

**GANGGUAN DEMENSIA TIPE ALZHEIMER PADA LANJUT
USIA YANG BERDZIKIR DENGAN YANG TIDAK
BERDZIKIR**

**Diajukan dan Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan dan Memperoleh Gelar Sarjana Pada Fakultas Psikologi
Universitas Medan Area**



OLEH :

ISMA ZULHAINI

06-860-0188

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MEDAN AREA
MEDAN
2012**

DIPERTAHANKAN DI DEPAN DEWAN PENGUJI SKRIPSI
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS MEDAN AREA
DAN DITERIMA UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN
SYARAT-SYARAT GUNA MEMPEROLEH
DERAJAT SARJANA (S1) PSIKOLOGI

Pada Tanggal: 23 Oktober 2012

MENGESAHKAN
FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MEDAN AREA

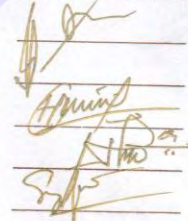
Dekan

Prof. DR Abdul Munir, M.Pd

DEWAN PENGUJI

1. Dra. Hj. Irna Minauli, M.Si
2. Nini Sriwahyuni, M.Pd
3. Rahmi Lubis, M.Psi
4. Istiana, M.Pd
5. Syafrizaldi, S.Psi, M.Psi

TANDA TANGAN



**JUDUL SKRIPSI : GANGGUAN DEMENSIA TIFE ALZHEIMER PADA
LANJUT USIA YANG BERDZIKIR DENGAN YANG
TIDAK BERDZIKIR**

NAMA MAHASISWA : ISMA ZULHAINI

NIM : 06 860 0188

BAGIAN : PSIKOLOGI ANAK DAN PERKEMBANGAN

Menyetujui

Komisi Pembimbing

**(Dra. Hj. Irna Minauli, M.Si)
Pembimbing I**

**(Nini Sriwahyuni, M.Pd)
Pembimbing II**

Mengetahui

Ketua Jurusan

Dekan

(Layli Alfita, S.Psi, MM)

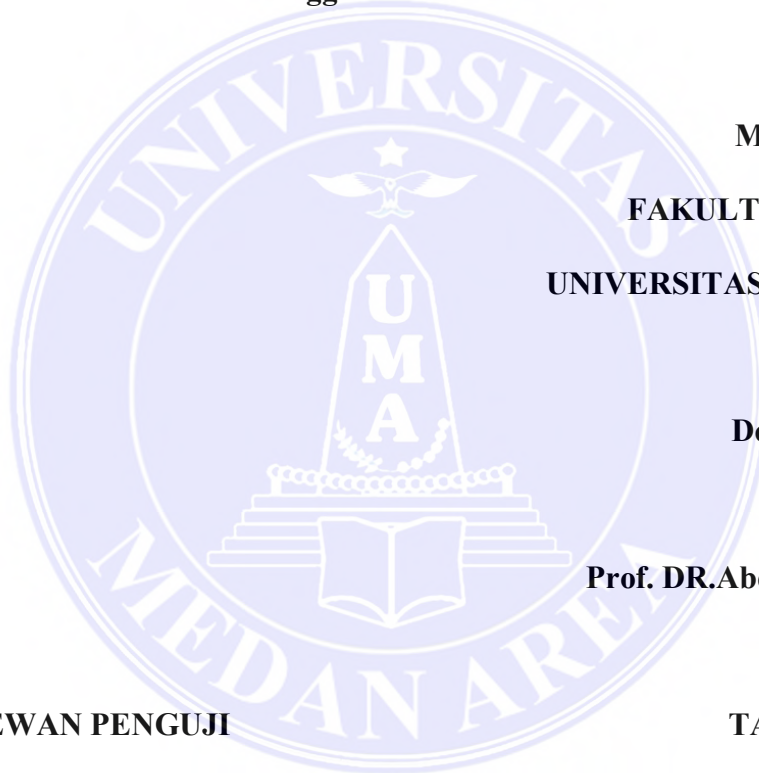
(Prof.Dr. Abdul Munir M.Pd)

Tanggal Lulus

23 Oktober 2012

**DIPERTAHANKAN DI DEPAN DEWAN PENGUJI SKRIPSI
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS MEDAN AREA
DAN DITERIMA UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN
SYARAT-SYARAT GUNA MEMPEROLEH
DERAJAT SARJANA (S1) PSIKOLOGI**

Pada Tanggal: 23 Oktober 2012



**MENGESAHKAN
FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MEDAN AREA**

Dekan

Prof. DR. Abdul Munir, M.Pd

DEWAN PENGUJI

TANDA TANGAN

- 1. Dra. Hj. Irna Minauli, M.Si**
- 2. Nini Sriwahyuni, M.Pd**
- 3. Rahmi Lubis, M.Psi**
- 4. Istiana, M.Pd**
- 5. Syafrizaldi, S.Psi, M.Psi**

ABSTRAKSI

FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS MEDAN AREA
OKTOBER 2012

Isma Zulhaini

Gangguan Demensia Tipe Alzheimer pada Lanjut Usia yang Berdzikir dengan yang tidak Berdzikir

(xiii + 183 halaman + 7 tabel + 5 lampiran + 36 daftar bacaan)

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif mengenai Demensia tipe Alzheimer pada lanjut usia yang berdzikir dengan yang tidak, yang diteliti adalah faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan memori, ciri-ciri Demensia tipe Alzheimer dan dampak dzikir pada lanjut usia yang berdzikir dengan yang tidak berdzikir.

Teknik pengumpulan data adalah wawancara dan observasi. Respondennya adalah dua orang wanita lanjut usia kategori *very old age* dan *elderly*. Informan adalah anak kandung dari responden. Penelitian kualitatif ini didukung oleh teori mengenai lanjut usia, Demensia tipe Alzheimer, dan Dzikir.

Hasil penelitian ini adalah faktor yang mempengaruhi penurunan memori yang dialami nenek Afifah (responden I) adalah faktor pendidikan, sedangkan nenek Sopi (responden II) adalah faktor Pendidikan, Kesehatan, Kegiatan dan Spiritual. Ciri-ciri Demensia tipe Alzheimer pada nenek Afifah (responden I) tidak ada, sedangkan nenek Sopi (responden II) adalah Aphasia motorik ringan, Apraksia, Agnosia, Gangguan pelaksanaan fungsi dan juga kemunduran memori. Dampak dzikir pada nenek Afifah (responden I) adalah semangat dalam hidup, berpikiran positif dan ketenangan hati, sedangkan nenek Sopi (responden II) tidak memiliki dampak pada dzikir.

Kata kunci: Demensia Tipe Alzheimer, Lanjut Usia dan Dzikir

PERSEMBAHAN

Karya ini saya persembahkan untuk ayahanda dan ibunda tersayang

Mereka lah yang selalu lembut serta menerima kembali ketika anaknya salah

Mereka juga sebagai penguat dalam meluruskan niat yang kadang tak terarah...

Pengorbanan serta jasa mereka tidak akan pernah terbalas sampai kapanpun.....walau dengan apapun, karena di dalam pengorbanan mereka ada keikhlasan yang tidak kita dapatkan dari orang lain.

“Back to home is the best choice to solving all problem’s”

KATA-KATA PENGINSPIRASI

Menghindari kata-kata yang buruk adalah pilihan.

Jika kita mendengarnya, hindari untuk menghiraukannya

meskipun kata-kata itu dialamatkan untuk kita. Berzikirlah kepada

Allah untuk memalingkan pendengaran kita dari kata-kata tersebut. Hindarilah

mendengarkan kata-kata yang membuat anda merasa lemah, rapuh,

putus asa, dan pesimis. Jika kita terlanjur mendengarnya,

janganlah memasukkannya ke dalam hati dan pikiran

kita. Lawanlah setiap suara-suara yang dapat

menghambat kemajuan.

Suara-suara itu

datangnya tidak hanya

dari luar, tapi juga datang dari dalam

diri yang sifatnya negatif. Ia datang dan berusaha

membuat kita merasa pasrah karena kita telah dikalahkan

oleh keadaan dan membisikkan di telinga kita bahwa kita bisa menjadi

lebih baik jika kondisi kita lebih baik. (Asharf Shaheen, “*Your Words make You*”).

Apapun kesulitan yang anda hadapi dalam kehidupan ini, tidak cukup kuat untuk menggagalkan

anda, kecuali jika anda menyerah dan berhenti. Kesalahan memberikan kesempatan

untuk memulai lagi dan meneruskan dengan kesungguhan baru dan cara

yang terbaik. Janganlah berkecil hati dengan kesulitan anda,

janganlah merasa rendah karena melihat keberhasilan

orang lain. Segala sesuatu ada waktunya,

bersabarlah. Waktu anda akan datang,

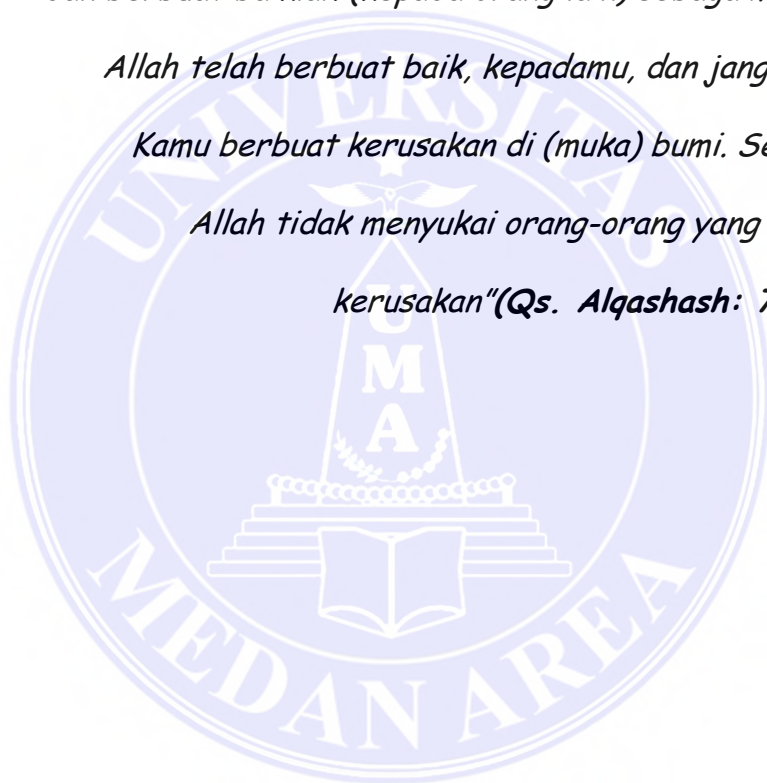
tetaplah manjakan hati hanya

kepada Allah.

(Mario Teguh)

Menyeimbangkan kehidupan di dunia dan akhirat:

"Dan carilah pada apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu (kebahagiaan) negeri akhirat, dan janganlah kamu melupakan bahagianmu dari (kenikmatan) duniawi dan berbuat baiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik, kepadamu, dan janganlah kamu berbuat kerusakan di (muka) bumi. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berbuat kerusakan"(Qs. Alqashash: 77).



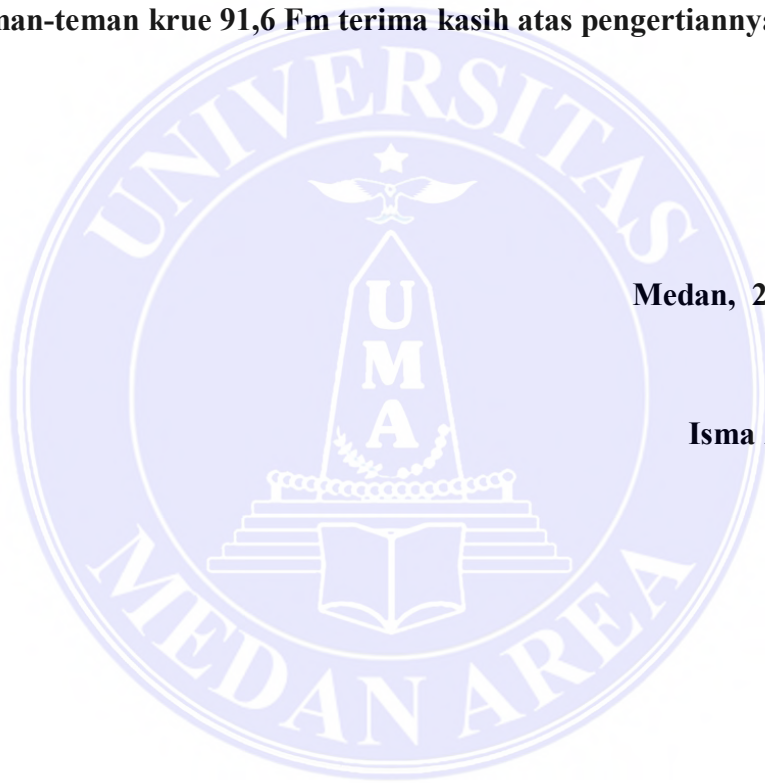
KATA PENGANTAR

Sesungguhnya orang yang pandai berterima kasih adalah orang yang tahu bagaimana caranya bersyukur, tidak hanya kepada Allah swt tapi juga kepada hambanya yang saling menolong. Pada kesempatan berharga ini peneliti ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ayahanda Zul Adham dan ibunda Trisnaini yang sangat tidak bisa di sebutkan jasa mereka satu persatu.
2. Dra. Hj. Irna Minauli, M.Si selaku dosen pembimbing I saya yang banyak menginspirasi ide-ide, tidak hanya mengenai skripsi, tapi juga mengenai bagaimana membuat sesuatu yang sederhana menjadi berkualitas dari sumber yang berkualitas juga, terima kasih bu.
3. Ibu Nini Sriwahyuni, M.Pd selaku dosen pembimbing II saya. Terima kasih bu telah ringan waktu memeriksa skripsi saya.
4. Bapak Zuhdi Budiman selaku dekan bidang akademik yang selalu *welcome* pada seluruh mahasiswa, semoga kebaikan bapak menjadi inspirasi kita semua.
5. Ibu Rahmi lubis sebagai dosen tamu pada sidang saya sekaligus sebagai dosen yang saya kenal *smart*, cekatan dan manis.
6. Bapak Syafrizaldi S.Psi. M.Psi selaku sekretaris pada sidang saya
7. Ibu Istiana M.Pd selaku ketua sidang saya.
8. Seluruh staff administrasi tata usaha Fakultas Psikologi UMA yang selalu sibuk, ada bang Dian, bang Nasir, Mas Misro, ibu Yanti, Ka Fida
9. Seluruh Dosen dari semester 1 sampai 8 yang telah membagi ilmunya dengan baik.
10. Kepada kak Dian Agusari S.Si, kakak yang kritis dan sekaligus ahli kritik, terima kasih kritikanmu selalu jadi masukan adikmu. Kepada adek Faisal SST dan bang Ipar Hendra Susanto
11. Kepada Aby Roni Syahputra ananda M.Afdhal Elshaarawy dan Alnayya.
12. Kepada sahabat-sahabat yang mengatasmakan 5five, terima kasih telah menjadi sahabat yang baik dari dulu sekarang hingga nanti,
Rini Safriza, sahabat yang kelekatan emosionalnya terasa, dia kuat, optimisme, ambisius, sahabat yang ringan membantu, punya *empaty* dan *simpaty* yang tinggi,
Nun Aslamy, sahabat yang selalu punya bahan untuk melawak, dan sahabat yang teliti dalam banyak hal.
Ririn Yuningsih, sahabat yang lembut hatinya, ringan mendengarkan dan tidak *menjudge* buruk masalah orang lain.

Ferayanty barasa, sahabat yang punya semangat baik, sahabat yang punya banyak cara untuk dapat bertahan hidup.

13. Sahabat yang tergabung dalam Psikonam (Psi 06), Teman-teman qost Gurila, Dina, Ningsih, Ramona, Fitri, Elis, Andri dan Vina, adek stambuk Faadhil, Randy, Era, Tika formasi dll...
14. Teman-teman di Temasi (Teater Psikologi), ada bang Eko, Kak Widia, Ka Fan, Kak Joe, Kak Dian, kak Oppie, Kak Wulan, Bang Rizie, Bang nang, Kak Mil, de' Moy. De Tika dan semuanya
15. Teman-teman di B'mind, tuk adik Rizka, Suci, dinda, Fitri, Intan, Erna, Adinda, Fariz, Pria, Lala dan sebagainya...
16. Teman-teman krue 91,6 Fm terima kasih atas pengertiannya



Medan, 23 Oktober 2012

Isma Zulhaini

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Sekarang sudah umum diakui bahwa suatu perkembangan tidak berhenti pada waktu orang mencapai kedewasaan fisik pada masa remaja atau kedewasaan sosial pada masa awal. Selama manusia berkembang terjadi perubahan-perubahan. Perubahan tersebut terjadi pada fungsi biologis dan motoris, pengamatan dan berpikir, motif-motif dan kehidupan afeksi, hubungan sosial serta integrasi masyarakat. Perubahan fisik yang menyebabkan seseorang berkurang harapan hidupnya disebut proses menjadi tua (Haditono, 2006).

Tahap penuaan pada lanjut usia adalah tahap dimana terjadi penurunan, penurunannya lebih jelas dan lebih dapat diperhatikan dari pada tahap usia baya. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan orang dewasa lain (Purwakania, 2008).

Menurut Walford (dalam Santrock, 2002) penuaan juga dipengaruhi oleh sistem kekebalan, otak, dan homeostasis. Pada dewasa awal, *thymus* (suatu kelenjar di atas dada yang merangsang sel-sel darah putih yang dibutuhkan untuk melawan infeksi dan kanker) telah menyusut. Seiring dengan kehidupan yang berlanjut, sistem kekebalan kehilangan beberapa kemampuannya untuk mengenali dan melawan bakteri, begitu juga dengan sel-sel kanker. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya penyakit-penyakit kekebalan (*autoimmune disease*) seperti radang sendi dan beberapa penyakit ginjal ringan.

Menurut Bondareff (dalam Santrock, 2002) penuaan juga dihubungkan dengan penurunan kemampuan otak dalam memproduksi neuron. Saat seseorang menjadi tua, ia akan kehilangan sejumlah neuron, unit-unit sel dasar dari sistem saraf. Beberapa peneliti memperkirakan kehilangan itu mungkin sampai 50% selama tahun-tahun dewasa. Perkiraan bahwa 5 sampai 10% dari neuron berhenti tumbuh sampai mencapai usia 70 tahun, setelah itu hilangnya neuron menjadi dipercepat.

Pengaruh bertambahnya usia juga membuat perubahan daya ingat lanjut usia. Hal ini alami karena saat kondisi tubuh kita mulai menurun, otak juga demikian. Faktor fisik juga dapat menjadi penyebabnya; berkurangnya pendengaran dan penglihatan dapat mempengaruhi fungsi ingatan karena kedua penurunan menghambat penyerapan informasi secara efektif dan efisien. Hal ini mempengaruhi ingatan jangka pendek. Grafik menunjukkan bahwa orang dewasa yang lebih tua membuat lebih

banyak kesalahan ingatan dibanding yang lebih muda. Ingatan aktif mereka cenderung menurun lebih dulu karena lobus depan otak merupakan bagian pertama yang melemah (Iddon & Williams, 2006).

Penurunan kemampuan otak ini banyak menimbulkan permasalahan yang dihadapi oleh lanjut usia, diantaranya adalah menurunnya produktivitas, pendapatan, perhatian, dan perubahan yang berdampak pada penurunan kualitas mental lanjut usia. Secara kognitif lanjut usia mengalami penurunan fungsi kognitif yang bisa menyebabkan timbulnya gangguan mental. Gangguan ini membuat orang semakin tergantung oleh pertolongan dan perawatan orang lain. Gangguan mental yang lazim dialami adalah depresi, kecemasan dan penyakit Alzheimer (Santrock, 2002).

Selain terkena gangguan mental, lanjut usia juga dapat mengalami penurunan intelektual. Isu mengenai penurunan intelektual selama bertahun-tahun dewasa merupakan suatu hal yang provokatif. Wechsler (dalam Santrock, 2002), yang mengembangkan skala intelegensi Wechsler, menyimpulkan bahwa masa dewasa dicirikan dengan penurunan intelektual karena adanya proses penuaan yang dialami setiap orang. Sekarang telah diterima secara luas bahwa kecepatan memproses informasi mengalami penurunan pada masa dewasa akhir. Ada juga beberapa bukti yang menunjukkan bahwa orang-orang lanjut usia kurang mampu mengeluarkan kembali informasi yang telah disimpan dalam ingatannya dan secara efektif menggunakan imajinasi mentalnya didalam

ingatan. Berikut cuplikan wawancara dengan seorang cucu dari nenek berusia 70 tahun yang lupa mengingat seseorang karena jarang melihatnya, namun dapat ingat kembali setelah menggunakan imajinasi mentalnya dalam mengingat:

“Pada waktu pesta pernikahan cicit nenek, aku lihat nenek duduk sendirian di dapur, terus aku hampir dengan menyalami tangannya, aku sempat kaget nenek menanyakan namaku, aku jadi sedih, terus aku coba mengingatkan julukan panggilan namaku yang sering disebutkannya dengan sebutan kue belu “nama julukan”, akhirnya dia ingat lagi. Aku sadar, usia nenek sudah tua banget, tapi aku belum siap nerima kenyataan kalau nenek harus pikun karena usianya, karena lebaran kemaren nenek masih aktif banget” (Wawancara informan, 12 Mei 2010).

Wawancara diatas menunjukkan lanjut usia yang jarang melihat seseorang yang ia kenal, sehingga ia lupa (pikun). Pikun yang dialami lanjut usia membuat mereka tidak mampu mengingat lagi. Pikun dalam kamus besar bahasa Indonesia mempunyai arti kelainan tingkah laku (sering lupa) yang biasa terjadi pada orang yang sudah berusia lanjut seperti linglung dan pelupa. Dalam Al-Qur’an juga telah diterangkan mengenai kepikunan dalam surat An-Nahl ayat 70 yaitu:

Artinya: Allah menciptakan kamu, kemudian mewafatkan kamu; dan di antara kamu ada yang dikembalikan kepada umur yang paling lemah (pikun), supaya Dia tidak mengetahui lagi sesuatupun yang pernah diketahuinya. Sesungguhnya Allah Maha mengetahui lagi Maha Kuasa (QS. An –Nahl ayat 70).

Gejala pikun dapat dilihat dengan adanya kemunduran intelektual.

Kemunduran tersebut juga cenderung mempengaruhi keterbatasan

memori tertentu. Misalnya seseorang yang memasuki masa pensiun, yang tidak siap menghadapi tantangan-tantangan penyesuaian intelektual sehubungan dengan masalah pekerjaan, dan kemungkinan lebih sedikit menggunakan memori atau bahkan kurang termotivasi untuk mengingat beberapa hal, jelas akan mengalami kemunduran memorinya. Menurut Ratner dkk (dalam Purwakarnia, 2008), penggunaan bermacam-macam strategi penghafalan bagi orang tua, tidak hanya memungkinkan dapat mencegah kemunduran intelektualitas, melainkan dapat meningkatkan kekuatan daya ingat pada lanjut usia tersebut.

Menurut Solso dkk (2007) pada teori *decay* (pembusukan) mengatakan bahwa lupa merupakan kegagalan seseorang di dalam menggali atau mengingat kembali informasi yang telah disimpan di gudang ingatan. Sebagian ahli mengatakan bahwa lupa terjadi karena ada kerusakan informasi yang disimpan di dalam ingatan akibat jarang digunakan, sehingga lama-kelamaan akhirnya mengalami kerusakan hilang dengan sendirinya. Jadi jika seseorang lupa menyebutkan nama kawan lama ketika berjumpa setelah beberapa tahun tidak berkomunikasi, maka terjadinya lupa disebabkan karena orang itu jarang menyebutkan nama temannya itu.

Proses menjadi lupa ini bisa saja normal, karena ketidakmampuan menggali informasi yang sudah disimpan. Namun hal yang tidak normal jika faktor lupa disebabkan penyakit pikun seperti Delirium, Demensia dan hilangnya ingatan yang parah (Purwakania, 2008). Menurut

USDHHS (*US. Department of Health and Human Service* dalam Nevid dkk, 2003) demensia atau kepikunan bukan merupakan hasil proses penuaan yang normal, ini tanda bahwa ada penyakit otak degeneratif.

Gangguan demensia yang ditandai dengan hilangnya ingatan dan fungsi kognitif lainnya disebut Demensia tipe Alzheimer (Nevid dkk, 2003). Demensia (PPDGJ III, 2003) merupakan sindrom akibat gangguan otak yang biasanya bersifat kronik-progresif, dimana terdapat gangguan fungsi luhur kortikal yang majemuk, termasuk didalamnya: daya ingat, daya pikir, orientasi, daya tangkap (*comprehension*), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan daya nilai (*judgement*). Sedangkan Alzheimer (Santrock, 2002) adalah suatu gangguan otak yang progresif dan tidak dapat balik, yang dicirikan dengan kemerosotan secara perlahan dari ingatan, penalaran, bahasa, dan fungsi fisik.

Individu yang mempunyai Demensia Alzheimer juga mengalami penurunan kemampuan untuk belajar material yang baru, atau mereka lupa materi yang sudah diajarkan sebelumnya. Sebagian besar individu dengan demensia mempunyai kedua bentuk melemahnya kemampuan daya ingat tersebut, walaupun kadang-kadang sulit untuk mendemonstrasikan materi yang baru saja dipelajari. Gangguan aktivitas sehari-hari seperti lupa menaruh dompet atau kunci, lupa untuk memasak di atas kompor, dan tidak mengenali tetangga mereka. Pada tahap selanjutnya demensia juga membuat seseorang lupa akan

pekerjaannya, sekolah, ulang tahun, anggota keluarga dan bahkan namanya sendiri (DSM IV-TM, 1994).

Selain lupa akan materi yang sudah diajarkan, gangguan dalam demensia juga mempunyai ciri melemahnya perkembangan kognitif secara majemuk termasuk rusaknya kemampuan memori yang dapat berdampak langsung pada fisiologi saat kondisi medis umum, atau untuk etiologi majemuk contohnya dampaknya dikombinasikan pada gangguan serebrovaskuler dan gangguan Alzheimer (DSM IV-TM, 1994).

Dugaan alzheimer diajukan apabila hendaya kognitif yang dialami lebih parah dan pervasif, mempengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi tanggung jawabnya yang biasa dalam pekerjaan sehari-hari dan peran-peran sosial. Seiring berjalannya penyakit, orang yang mengalami Alzheimer dapat tersesat di tempat parkir atau bahkan di rumah mereka (Kolata dalam Nevid, 2003), agitasi, perilaku berkeliling, depresi, dan perilaku agresif menjadi umum ketika penyakit semakin parah (Chen, dkk, Slone&Gleason, dalam Nevid, 2003). Penyakit Alzheimer ini sungguh menyakitkan, ia dapat merampas jati diri seseorang.

Berikut artikel mengenai kronologis pria berusia 65 tahun, yang tidak mampu lagi melakukan pekerjaan sehari-hari, aktivitas sosial, sampai ia mengalami agitasi, depresi, disorientasi tempat dan waktu sampai akhirnya ia meninggal dunia. Pemeriksaan neurologis mendiagnosis bahwa ia menderita Demensia tipe Alzheimer:

“Seorang pria juru gambar berusia 65 tahun mulai mengalami masalah dalam mengingat hal detail dalam pekerjaannya; di rumah ia mulai mengalami kesulitan untuk terus memperbaharui catatan keuangan dan membayar tagihan-tagihannya tepat waktu. Kemampuan intelektualnya berkurang secara progresif memaksanya untuk pensiun dari pekerjaannya. Masalah perilaku mulai tampak di rumahnya, dimana ia menjadi semakin keras kepala dan bahkan bersikap kasar secara verbal dan fisik terhadap orang lain ketika ia merasa terganggu. Pemeriksaan neurologis, menunjukkan bahwa ia mengalami disorientasi terhadap tempat dan waktu, ia meyakini bahwa ruang konsultasi merupakan tempat kerjanya dan tahun itu adalah ”tahun 1960 atau sekitarnya” padahal sebenarnya saat itu tahun 1982. Ia mengalami kesulitan dalam tes ingatan sederhana, gagal mengingat dari salah satu dari enam objek yang diperlihatkan padanya sepuluh menit sebelumnya, tidak dapat mengingat nama orang tua atau saudara kandungnya, atau nama presiden Amerika Serikat. Bicaranya tidak jelas dan penuh dengan frase yang tidak berarti. Ia tidak dapat melakukan perhitungan aritmetika sederhana, tetapi ia dapat menginterpretasikan peribahasa dengan benar. Tidak lama setelah konsultasi neurologis, pria itu ditempatkan di rumah sakit karena keluarganya tidak lagi mampu mengendalikan perilakunya yang bermasalah. Dirumah sakit, penurunan kemampuan mentalnya terus berlanjut, sedangkan sebagian besar perilaku agresifnya dikontrol dengan penenang mayor (obat-obatan antipsikotik). Ia didiagnosis menderita Demensia degeneratif primer tipe Alzheimer. Ia meninggal pada usia 74 tahun, sekitar 8 tahun setelah kemunculan awal simtomnya” (diadaptasi dari Spitzer dkk, dalam Nevid dkk, 2003).

Banyak faktor yang menyebabkan munculnya penyakit Alzheimer. Menurut Purba (2006) faktor penyebab demensia Alzheimer kemungkinan adanya faktor risiko umur, pendidikan, depresi dan kecemasan, trauma kapitis, stress yang berlebihan, rokok, sindrom down, faktor kromosom (genetik), aluminium, autoimun dan inflamasi, radikal

bebas, faktor hormonal, kelamin. Menurut DSM IV-TM (1994) penyebab secara medis adalah terhentinya pertumbuhan otak yang mengakibatkan perubahan histopathological, termasuk tanda kepikunan, kekusutan serat saraf otak (saraf yang terbelit-belit), degenerasi granuvaskuler, musnahnya sel-sel saraf otak, *astrocyticgliosis* dan amiloid protein.

Secara psikologis, segala gangguan/penyakit itu berawal dari gangguan mental, seperti depresi, emosi yang meledak-ledak, stress berkepanjangan, trauma yang mempengaruhi ekspresi dari *amyloid precursor protein* (APP)-mRNA dengan demikian mempermudah akumulasi β -amiloid (penyebab terbentuknya Alzheimer). Kesedihan dan ketegangan emosi juga dapat merangsang bagian saraf yang disebut saraf simpatis. Bila teraktivasi berlebihan, saraf ini membuat pembuluh darah memperkecil diameternya terus-menerus. Tentu saja keadaan ini akan mengakibatkan kerusakan jaringan otak. Bila jaringan otak rusak, akibatnya berkurangnya pasokan oksigen dalam darah yang menjadi timbulnya berbagai penyakit otak. Penyakit otak dapat mempengaruhi memori lanjut usia, karena ia menyerang bagian otak yang memproses memori (Purba, 2006). Kemunduran memori ini dapat berkembang menjadi gangguan Demensia Alzheimer.

Setelah dilihat uraian di atas dapat disimpulkan bahwa masalah utama yang dihadapi lanjut usia adalah kemunduran memori (daya ingat) yang menyebabkan kepikunan (lupa). Lupa pada lanjut usia disebabkan

tidak dilatihnya ingatan dengan aktivitas–aktivitas yang dapat menggerakkan otak untuk berpikir. Lupa juga dapat disebabkan penyakit otak seperti Demensia Alzheimer, karena banyak faktor yang mempengaruhinya. Selain faktor medis, faktor psikologis memberi pengaruh besar terhadap timbulnya Demensia Alzheimer. Kemunduran ini tidak dapat dihindarkan, tetapi dapat dipertahankan. Salah satu faktor yang dapat mempertahankan kemampuan daya ingat lanjut usia tersebut adalah dengan menyediakan lingkungan yang dapat merangsang ataupun melatih keterampilan intelektual, daya ingat, serta dapat mengantisipasi terjadinya kepikunan. Jalan untuk mencegah lanjut usia agar tidak terkena gangguan Demensia Alzheimer tidak hanya dengan memperhatikan kesehatan, pendidikan, serta pekerjaannya saja, namun juga melakukan pendekatan secara spiritual dengan agama.

Liebman mengatakan bahwa “Agama dapat memberikan jaminan maupun tujuan kerohanian dalam kehidupan”. Carl Jung juga mengatakan bahwa diantara ribuan orang yang datang untuk minta tolong, mereka yang menganut suatu kepercayaan, suatu agama yang lebih cepat sembuh (dalam Carnegie, 2000). Sedangkan menurut Hawari (dalam shulizwanto 08), lanjut usia yang religius maka penyembuhan penyakitnya lebih cepat dibandingkan yang nonreligius.

Penelitian yang dilakukan GW. Comstock dkk seperti yang dimuat di *Journal of Chronic Diseases* (dalam Saleh, 2010) menyatakan bahwa orang-orang yang terbiasa melakukan kegiatan keagamaan secara

teratur dan terbiasa memanjatkan doa kepada Tuhan mereka, ternyata risiko kematiannya lebih rendah dibanding orang-orang yang jarang atau tidak melakukan aktivitas keagamaan secara rutin dan tidak pernah berdoa kepada Tuhan mereka. Berikut cuplikan wawancara terkait dengan nenek berusia 96 tahun yang dekat dengan Tuhan dan penyembuhan penyakitnya lebih cepat:

“Kemaren nenek baru sakit demam, tapi sekarang udah sembuh, biasanya kalau sakit hanya yang ringan-ringan aja, seperti pusing, batuk, terkilir/keseleo, itupun jatuh dari kamar mandi karena licin. Kalo sakit biasanya sembuhnya sama macam orang muda ketika sakit” (wawancara personal dengan informan, 12 Mei 2010).

Berikut bandingkan cuplikan wawancara dengan seorang nenek yang berusia 61 tahun yang mengalami kemunduran memori, serta jarang beribadah yang penyembuhan penyakitnya lebih lambat:

“Nenek sekarang sering kencing sembarangan, nenek selalu menganggap semua tempat bisa di jadikan kamar mandi. Dalam seminggu sekali pasti nenek selalu sakit, (wawancara personal dengan informan, 15 Desember 2010).

Sebuah penelitian menyatakan bahwa lanjut usia yang lebih dekat dengan agama menunjukkan tingkatan yang tinggi dalam hal kepuasan hidup, harga diri dan optimisme. Kebutuhan religius sangat berperan memberikan ketenangan batiniah, khususnya bagi para lanjut usia. Sehingga religiusitas besar pengaruhnya terhadap taraf kesehatan fisik maupun kesehatan mental, hal ini ditunjukkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hawari bahwa:

- 1) Lanjut usia yang nonreligius angka kematiannya dua kali lebih cepat daripada orang yang religius.
- 2) Lanjut usia yang religius penyembuhan penyakitnya lebih cepat dibandingkan yang nonreligius.
- 3) Lanjut usia yang religius lebih kebal dan tenang menghadapi operasi atau masalah hidup lainnya.
- 4) Lanjut usia yang religius lebih kuat dan tabah menghadapi stres daripada yang nonreligius, sehingga gangguan mental emosional jauh lebih kecil.
- 5) Lanjut usia yang religius tabah dan tenang menghadapi saat-saat terakhir (kematian) daripada yang nonreligius (dalam Shulizwanto, 2008).

Orang yang religius dapat dikatakan orang yang mempunyai kecerdasan spiritual. Purwakania (2008) Kecerdasan spiritual adalah kecerdasan untuk menghadapi dan memecahkan masalah makna, pandangan dan nilai untuk menempatkan perilaku dan hidup manusia dalam konteks makna yang lebih luas dan kaya menilai bahwa tindakan atau jalan hidup seseorang lebih bermakna dibandingkan dengan orang lain.

Ian Marshall dan Danah Zohar (dalam Purwakania, 2008) mengatakan kecerdasan spiritual tidak harus berkaitan dengan agama. Namun orang yang religius sudah pasti cerdas secara spiritual. Kecerdasan spiritual lebih merupakan kebutuhan untuk menemukan makna dari pengalaman dan mencari jalan untuk mencapai integritas kehidupan. Namun kecerdasan spiritual merupakan kekuatan yang

mendasari keberadaan agama, merupakan kecerdasan jiwa atau kecerdasan diri yang paling mendalam.

Selain adanya hubungan antara agama dengan kecerdasan spiritual, Mahmud (dalam Jalaluddin, 2010) menjelaskan adanya hubungan agama dengan kesehatan mental, yaitu melalui pendekatan teori biokimia. Menurutnya didalam tubuh manusia terdapat 9 (Sembilan) jenis kelenjar hormon yang memproduksi persenyawaan-persenyawaan kimia yang mempengaruhi biokimia tertentu yang disalurkan lewat pembuluh darah. Selanjutnya memberi pengaruh kepada eksistensi dan berbagai kegiatan tubuh. Persenyawaan tersebut disebut hormon.

Individu yang sehat mentalnya membuktikan ia telah mendapatkan kecerdasan secara spiritual. Menurut Levin (dalam Safaria, 2007) kecerdasan spiritual artinya menyarankan cara berfikir kita menuju kepada hakekat terdalam kehidupan manusia, yaitu penghambaan diri pada sang maha suci dan maha meliputi. Kecerdasan spiritual yang tinggi hanya bisa dilihat oleh individu telah mampu mewujudkannya dan terefleksi dalam kehidupan sehari-harinya. Strategi untuk mencapai keadaan sehat menurut Abhidamma bukan berupa usaha langsung mencarinya atau menunjukkan sikap/keadaan-keadaan yang tidak sehat tetapi melalui meditasi. Praktek meditasi akan membuat individu mampu berkonsentrasi, memfokuskan pada pemahaman dan ketenangan.

Pada tahun 1984 organisasi kesehatan dunia (WHO) memasukkan dimensi spiritual keagamaan sama pentingnya dengan dimensi fisik, psikologis dan psikososial. Seiring dengan itu terapi-terapi yang dilakukan mulai menggunakan dimensi spiritual keagamaan, terapi yang demikian disebut dengan terapi holistik, artinya terapi yang melibatkan fisik, psikologis, psikososial dan spiritual (Ariyanto, 2006).

Salah satu terapi penyembuhan dimensi spiritual dalam agama Islam adalah dengan berdzikir. Saleh (2010) mengatakan bahwa berdasarkan pengamatannya terhadap pasien yang terbiasa mendzikirkan kalimat *La ilaha illallah* dan kalimat *Astaghfirullah* ketika mengalami sakit, ternyata proses penyembuhannya lebih cepat dibandingkan pasien lain yang tidak berdzikir. Keistimewaan kedua kalimat dzikir tersebut secara agamanya adalah; kalimat pertama mengandung makna pengakuan dan penegasan kita akan keesaan Allah bahwa tidak ada tuhan selain Allah, sementara kalimat kedua mengandung pengakuan akan segala dosa dan kesalahan kita sehingga timbul kerendah hatian, memohon ampunan kepada Allah atas segala dosa. Kajian makna dzikir tersebut tidak hanya dapat dianalisis secara keagamaan saja, tapi juga dikaji menurut ilmu saraf di kedokteran saraf modern.

Diketahui bahwa segala jenis penyakit timbul karena ada kerusakan pada jaringan saraf, saraf rusak karena dipengaruhi banyak faktor, faktor secara psikologisnya karena adanya gangguan mental/penyakit hati manusia (Saleh, 2010). Pengaruh dzikir dalam

menghindarkan gangguan saraf ini, berawal dari sifat dasar manusia yang cenderung memiliki gangguan mental atau penyakit hati tersebut. Penyakit hati dan batin ini dapat menimbulkan stress dan saraf otak menegang. Sel-sel saraf akan mengalami gangguan ketika seseorang menghadapi tekanan psikis (stress). Gold et al, Magarinos et al (dalam Purba, 2006) mengatakan bahwa beban stress yang berlebihan dan berkelanjutan (kronik) juga kan memicu munculnya alzheimer. Stress akan memperburuk fungsi hipokampus. Ini terjadi akibat intoksikasi kortisol yang secara langsung bisa menyebabkan gangguan metabolisme ataupun kematian neuron di hipokampus. Saleh (2010) juga mengatakan dalam keadaan stres, tubuh melepaskan steroid, yaitu racun saraf (neurotoksin) sehingga fungsi metabolisme sel akan terganggu. Bila dibiarkan akan terjadi kerusakan dan kematian sel.

Gangguan mental juga dapat memicu timbulnya berbagai macam penyakit, seperti kanker, jantung, infeksi, darah tinggi, gangguan pikiran, fibromyalgia, nyeri sendi, penyakit saraf, depresi, lumpuh karena stroke, tumor dan sebagainya (Suyadi, 2008). Gangguan ini dapat menyerang kekebalan tubuh individu termasuk kerusakan otak. Nevid (2003) apabila kerusakan otak terjadi, maka penurunan dalam intelektual, sosial, dan pekerjaan dapat terjadi secara cepat dan parah. Kerusakan otak juga akan menyebabkan munculnya demensia. Demensia yang progresif dan yang tidak dapat dikembalikan ke keadaan semula adalah Demensia tipe Alzheimer.

Untuk menghilangkan gangguan mental dan batin yang menjadi pemicu timbulnya berbagai macam penyakit ini dengan melakukan pendekatan secara agama, yaitu dzikir. Dzikir dapat menyehatkan saraf otak individu, karena dzikir berhubungan dengan perkembangan saraf-saraf otak. Menurut ilmu kedokteran, dalam otak terdapat zat kimiawi yang secara otomatis keluar ketika kita berdzikir. Zat itu dinamai endorfin. Zat ini mempunyai fungsi menenangkan otak dan ia berasal dari dalam tubuh. Pengaruh ketenangan hati yang dihasilkan melalui proses dzikir terhadap kesehatan jasmani dan ruhani adalah hati yang tenang yang dihasilkan melalui proses dzikir juga dapat menjaga keseimbangan tubuh dan meningkatkan ketahanan tubuh (imunologik), mengurangi risiko terkena penyakit jantung dan meningkatkan harapan hidup (Amru & Pahlevi, 2008).

Saleh (2010) tidak dapat dipungkiri, bahwa ketenangan dan kedamaian jiwa sangat mempengaruhi kesehatan tubuh. Berbagai penyakit fisik maupun psikis sebenarnya dapat diatasi dan disembuhkan jika kita memelihara ketenangan dan kestabilan jiwa. Dengan dzikir jiwa menjadi tenang dan organ-organ tubuh akan bekerja sesuai dengan fungsinya masing-masing dan fungsi biokimiawi akan berjalan secara normal dan terkendali. Contoh yang paling utama mengenai kestabilan dan kendali emosi yang sangat sempurna ditunjukkan oleh Nabi Muhammad saw. Jika ditelaah dalam hadist, tidak ditemukan hadist yang menunjukkan bahwa nabi berdakwah menyeru manusia ke jalan Allah

dengan kata-kata yang kasar dan memaksa. Nabi juga tidak pernah tertawa berlebihan, ketika tertawa beliau tidak pernah menampakkan giginya. Ini menunjukkan bahwa nabi saw selalu dapat mengendalikan emosinya, tidak pernah menunjukkan kegembiraan secara berlebihan. Kondisi jiwa yang seperti ini tidak akan pernah terserang depresi.

Suyadi (2008) mengatakan selain dzikir dapat memberi ketenangan, efek dzikir juga dapat mencerdaskan otak, dalam konteks ini orang yang tidak pernah berdzikir kepada Allah juga bisa menjadi cerdas, tetapi kecerdasannya hanya akan berhenti pada kecerdasan intelektual semata. Padahal jika kita ketahui bahwa bagian otak manusia tidak hanya terdiri dari otak yang mengolah kecerdasan intelektualitas saja. Dengan dzikir individu akan melibatkan semua kecerdasannya, seperti kecerdasan emosional, dan juga spiritual.

Berdzikir berarti mengingat, individu yang sering berdzikir berarti melatih otak yang memproses ingatannya. Solso dkk (2007) mengatakan bahwa peta wilayah otak yang berhubungan dengan ingatan khusus dan fungsi ingatan meliputi tiga tempat, yaitu korteks, serebellum dan hippocampus yang merupakan wilayah yang memproses informasi baru, dan *route cortex* untuk penyimpanan permanen. Suyadi (2008) mengatakan jika seseorang selalu berdzikir, maka ia juga melatih ingatan dan otaknya. Latihan ingatan ini membuat individu cerdas, tidak hanya cerdas secara intelektual, emosional, dan spiritual, tetapi juga kolaborasi ketiganya, yakni kecerdasan makrifat (*Maq*). Berikut kutipan wawancara

dari seorang cucu yang neneknya rajin menjalankan ibadah dzikir serta tidak pikun:

“Aku lihat nenek rajin shalat, dzikir, puasa Senin-Kamis (puasa sunat), kalo shalat nenek selalu duduk karena gak sanggup berdiri lama-lama, jalannya aja dah agak bungkuk. Yang aku heran di usia nenek yang tua kali nenek gak pikun, asal dipancing cerita mengenai masa lalu langsung nenek banyak kali ceritanya, dia ingat tempat kejadian dan nama orangnya walau kadang ada satu dua yang lupa, sangking lancarnya ngomong sampe-sampe mau interupsi ngomong susah, terus yang kulihat kadang kalo duduk sendirian atau lagi rame-rame nenek suka komat-kamit. Setelah aku tanya ternyata nenek sedang dzikir pake hitungan garis tangannya” (Wawancara personal dengan informan, 9 februari 2010).

Bandingkan dengan seorang yang tidak rajin berdzikir (beribadah mengingat Allah) dan mengalami kemunduran memori:

“Sejak dulu aku jarang melihat mamak shalat, jangankan shalat, ke mesjidpun mungkin hampir gak pernah, makannya aku sering berantem nyuruh dia tuk shalat, kadang aku takut-takuti tentang siksa kubur dan neraka, mamak malah balik marah gak suka diceramahin. Sekarang kadang mamak lupa nama kami, padahal setiap hari jumpa. Mamak juga sering lupa jalan pulang kalo habis keluyuran (wawancara informan, 12 September 2010).

Selain dzikir dapat melatih otak yang berfungsi dalam ingatan, ternyata dzikir dapat mengaktifkan bagian penghubung saraf otak (korpus kolosum). Penelitian ini dilakukan oleh Persinger & Ramachandran (dalam Purwakania, 2008) bahwa mereka menemukan adanya titik ketuhanan (God-spot) dalam otak manusia. Daerah ini berlokasi pada penghubung saraf pada *lobus temporal* otak. Selama dilakukan scan dengan topografi emisi positron, daerah neural ini

ternyata bercahaya. Penemuan titik ketuhanan ini kemudian menjadi dasar pengembangan teori tentang inteligensi spiritual, yang menunjukkan kapasitas pengolahan makna, visi, dan nilai-nilai. Korpus kolosum (Atkinson dkk, 2002) adalah jembatan penghubung antara belahan otak kiri dan kanan, yang tugasnya menyampaikan informasi secara terintegrasi pada dua belahan otak. Jika korpus kolosum tidak berfungsi dengan baik, maka individu tidak dapat mengendalikan fungsional tubuh kiri dan kanan termasuk mengolah informasi bahasa dan memori.

Suyadi (2008) juga mengatakan bahwa dengan khusyuknya dzikir, akan merangsang otak fokus dan konsentrasi dalam berpikir. Individu dapat memanfaatkan kekuatan dzikir untuk relaksasi, belajar dengan cepat, meningkatkan kreativitas tingkat tinggi, mengubah kebiasaan, mengembangkan imajinasi, bahkan membawa dampak yang senantiasa ceria dalam menjalani hidup ini. Orang-orang yang senantiasa menggunakan akalnya (baik berpikir, berkonsentrasi, berdzikir, dan lain-lain) wajahnya kelihatan awet muda dan harapan hidupnya lebih tinggi. Lain halnya dengan orang yang tidak pernah lagi menggunakan otaknya dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan mengasahnya dengan dzikir. Hidupnya bagaikan tak lagi punya harapan, sehingga tampak seperti si pikun yang dengan sabar menunggu kematian.

Harapan hidup lanjut usia yang tinggi serta senantiasa ceria dalam menjalani hidup ini dapat digambarkan dalam kutipan wawancara dari seorang cucu yang mempunyai nenek berusia 96 tahun berikut:

“Nenek selalu bangun jam empat pagi, shalat tahajud, setelah itu mulai buat gorengan pisang, bakwan dan sebagainya untuk dijual di kantin sekolah, walaupun kulihat kadang yang laku hanya beberapa tapi tetap terus jualan. Terus nenek pernah bilang kalo tanah warisannya terjual dia mau bangun rumah lagi, padahal rumah yang sekarang masih bagus” (Wawancara personal dengan Informan, 12 Mei 2010).

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas maka peneliti tertarik untuk melihat hubungan dzikir terhadap daya ingat lanjut usia. Dengan mengetahui dampak dzikir maka dapat diketahui pengaruhnya dalam mencegah gangguan demensia alzheimer pada lanjut usia, serta membandingkannya dengan lanjut usia yang mengalami Demensia Alzheimer karena tidak pernah berdzikir. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi lanjut usia dapat terkena gangguan Demensia Alzheimer. Faktor secara psikologis karena adanya gangguan mental atau individu yang cenderung dapat memicu timbulnya stress dan ketidakstabilan emosi sehingga mempengaruhi saraf dan kerja hormonal. Ketidakstabilan emosi ini juga dapat mempengaruhi hipokampus, dimana hipokampus berperan penting dalam proses memori, sehingga adanya penurunan fungsi otak permanen seperti Demensia Alzheimer. Padahal hampir semua aktivitas manusia selalu melibatkan aspek ingatan. Oleh sebab itu ingatan menjadi sesuatu hal yang penting

dalam proses kognitif manusia. Dengan demikian peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul:

“Gangguan Demensia tipe Alzheimer pada lanjut usia yang berdzikir dengan yang tidak berdzikir”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana faktor-faktor penurunan memori mempengaruhi responden?
2. Bagaimanakah ciri-ciri Demensia Alzheimer pada responden?
3. Bagaimana dampak dzikir pada lanjut usia yang berdzikir dengan yang tidak berdzikir?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak dari gangguan Demensia Alzheimer pada lanjut usia, dampak dzikir, serta hubungan dzikir dalam mencegah gangguan Demensia Alzheimer pada lanjut usia yang berdzikir dengan yang tidak berdzikir.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan, serta mampu memberikan sumbangan dan informasi yang bermanfaat bagi perkembangan dan psikologi klinis khususnya, sehingga dapat bermanfaat sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara praktis yaitu dapat memberikan informasi tentang perubahan kognitif pada lanjut usia, lalu apakah dampak dzikir dapat mencegah gangguan Demensia Alzheimer pada lanjut usia.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. LANJUT USIA

1. Pengertian Lanjut Usia

Menurut Hurlock (1980) lanjut usia merupakan periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah “beranjak jauh” dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu yang penuh dengan manfaat.

Sama seperti setiap periode lainnya dalam rentang kehidupan seseorang, lanjut usia ditandai dengan perubahan fisik dan psikologis tertentu. Afek-afek tersebut menentukan sampai sejauh tertentu, apakah pria atau wanita lanjut usia tersebut akan melakukan penyesuaian diri secara baik atau buruk (Hurlock, 1980). Pendapat tersebut diperkuat oleh pernyataan Papalia (2008) yang menyebutkan bahwa perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada lanjut usia dapat menyebabkan perubahan pada kondisi jiwanya. Salah satu contohnya adalah perubahan fisik pada lanjut usia mengakibatkan dirinya merasa tidak dapat mengerjakan berbagai aktivitas sebaik pada saat muda dulu. Hal ini menyebabkan lanjut usia kemudian menjadi demotivasi dan menarik diri dari lingkungan sosial.

Menurut Gummi (dalam Purwakania, 2008) mengatakan bahwa beberapa ilmuwan muslim membagi rentang kehidupan individu menjadi empat tahapan besar, tahapan yang pertama adalah tahapan anak-anak, yang kedua remaja, serta

yang ketiga dewasa, tahap keempat adalah tahap lanjut usia. Tahapan ini dimulai dari usia 60 sampai akhir kehidupan. Dalam tahap ini penurunan dari segi fisik dan mental lebih jelas dan lebih dapat diperhatikan.

Beberapa ahli perkembangan membedakan antara orang tua muda atau usia tua (usia 65 sampai 74 tahun) dan orang usia tua akhir (75 tahun sampai 85) (Baltes, Smith & Staudinger, Charness & Bosman, Neugarten), sedangkan orang usia tua lanjut (85 tahun atau lebih) (Johnson, Perlin, dalam Santrock, 2002).

Purwakania (2008) menyatakan bahwa lanjut usia merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Di usia tahap ini dimulai 60-an sampai akhir kehidupan. Periode ini digambarkan dalam Al-Hadist berikut:

“Masa penuaan umur umatku adalah enam puluh hingga tujuh puluh tahun” (HR. Muslim dan Nasa’i).

Sedangkan menurut Prayitno (dalam Aryo, 2002) mengatakan bahwa setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 56 tahun ke atas, tidak mempunyai penghasilan dan tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupannya sehari-hari.

Badan kesehatan dunia (WHO) menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses penuaan yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia. Lanjut usia banyak menghadapi berbagai masalah kesehatan yang perlu penanganan segera dan terintegrasi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu: usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, Lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*)

75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old age*) di atas 90 tahun (*perkembangan lansia-pdf-2010/10/11*).

Menurut Ericson (dalam Hurlock, 1980) lanjut usia dimulai sekitar usia 60 tahun, ketika seseorang mulai meninggalkan masa-masa aktif di masyarakat dan bersiap untuk hidup menyendiri. Sangat berbeda dengan rata-rata orang yang ketakutan dengan datangnya usia tua, pada masa ini adalah masa yang sama pentingnya dengan fase-fase sebelumnya. Bahkan pada masa ini mungkin masa yang paling penting karena ini adalah masa terakhir dimana kita harus bersiap untuk meninggalkan dunia ini. Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 dinyatakan sebagai berikut :

“Seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain”.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa rentang lanjut usia dimulai dari usia 60-90 tahun ke atas, dimana terjadinya penurunan perkembangan secara fisik, mental, kognitif serta sosial sehingga seorang lanjut usia tidak dapat melakukan aktivitas sebaik pada masa muda. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan rentang usia lanjut menurut ketentuan organisasi kesehatan dunia (WHO) yaitu lanjut usia yang tergolong lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun dan lanjut usia yang tergolong usia sangat tua (*very old age*) diatas 90 tahun.

2. Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia.

Menjadi tua bukanlah hal yang mudah untuk melewatinya, banyak perubahan yang dialami oleh lanjut usia, Santrock (2002) membagi perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia di antaranya:

a. Perubahan fisik

Perubahan fisik diasosiasikan dengan penuaan yang dapat dilihat dengan pengamatan biasa, seperti pada kulit yang menua menjadi memucat dan kurang elastis, seiring dengan mengkerutnya otot kulit, pembengkakan pada pembuluh darah dikaki, rambut yang memutih dan menipis. Selain itu juga tubuh pada orang dewasa yang lebih tua menjadi lebih pendek karena melemahnya tulang vertebrae dan menyebabkan mereka bungkuk karena penipisan tulang "*dowager hump*" pada belakang leher terutama pada wanita dengan osteoporosis, selain itu komposisi kimia tulang juga berubah itu menyebabkan keretakan yang lebih besar (Santrock, 2002).

Purwakanian (2008) juga mengatakan penuaan membuat seseorang mengalami perubahan struktur postur tubuh. Kepadatan tulang dapat hilang, tulang belakang dapat memadat, membuat tulang punggung menjadi lebih pendek atau melengkung. Selain itu, persendian dapat menjadi kaku atau kurang fleksibel, cairan sendi berkurang, otot menjadi kurang padat, membuat lengan dan kaki menjadi lebih gemuk. Jaringan otot menjadi kurang fleksibel dan otot dapat kehilangan kekuatannya.

Perubahan secara fisik pada lanjut usia menurut Santrock (2002) di bagi menjadi:

1) Perubahan Organisme dan Sistemis

Perubahan organisme dan sistemis diasosiasikan sebagai sistem tubuh menurun dengan tajam, penuaan bersamaan dengan stress kronis dapat menekan fungsi kekebalan tubuh dan menjadikan lebih rentan terhadap flu, pneumonia, infeksi pernapasan lainnya (Kiecolt-Glaser and Glaser, dalam Santrock, 2002). Selain itu juga pengaruh terhadap jantung cenderung menjadi lambat dan tidak teratur, timbunan lemak yang terakumulasi di sekeliling jantung dapat mengganggu fungsinya dan tekanan darah meningkat. Penurunan kemampuan pencadangan (*reserve capacity*) fungsi dari kemampuan pencadangan membantu sistem tubuh pada waktu stress (Santrock, 2002). Menurut Hurlock (1980) lanjut usia sering mengalami masalah persendian, beberapa orang yang berusia madya juga mempunyai masalah persendian, tungkai dan lengan yang membuat mereka sulit berjalan dan memegang benda yang jarang sekali ditemukan pada orang-orang muda. Selain itu, lanjut usia juga mengalami perubahan otot. Otot menjadi lembek dan mengendur disekitar dagu, pada lengan bagian atas dan perut. Selain itu Berat badan bertambah, selama usia madya lemak mengumpul terutama sekitar perut dan paha. Berkurangnya rambut dan beruban, rambut pada pria yang berusia madya mulai jarang, menipis dan terjadi kebotakan pada bagian atas kepala, rambut

dihidung, telinga dan bulu mata menjadi lebih kaku, sedangkan rambut pada wajah tumbuh lebih lambat dan kurang subur. Rambut pada wanita semakin tipis dan rambut di atas bibir atas dan dagu bertambah banyak. Baik rambut pria maupun rambut wanita mulai memutih menjelang usia 50 tahunan dan beberapa orang sudah beruban sebelum berusia madya (Hurlock, 1980). Lanjut usia juga mengalami perubahan pada kulit, kulit pada wajah, leher, lengan dan tangan menjadi lebih kering dan keriput. Kulit di bagian bawah mata mengembang seperti kantong dan lingkaran hitam dibagian ini menjadi permanen dan jelas. Warna merah kebiruan sering muncul disekitar lutut dan ditengah tengkuk. Tubuh lanjut usia juga menjadi gemuk, bahu seringkali berbentuk bulat dan terjadi penggemukan seluruh tubuh yang membuat perut kelihatan menonjol sehingga seseorang kelihatan lebih pendek. Lanjut usia juga mengalami perubahan pada gigi, gigi menjadi kuning dan harus lebih sering diganti sebagian/seluruhnya dan gigi palsu.

2) Penuaan Otak

Santrock (2002) mengatakan bahwa pada lanjut usia perubahan otak biasanya bersifat rendah. Pada usia 30 tahun otak kehilangan beratnya, pada usia 90 tahun otak kehilangan 10% dari beratnya. Penyebabnya adalah hilangnya neuron (sel saraf) di *cerebral cortex*. Fungsi neuron menangani sebagian besar tugas kognitif. Riset lain menjelaskan penciutan ukuran neuron berkaitan dengan kehilangan jaringan

kognitif: axons, dendrit dan sinapsis. Penyusutan itu berlangsung lebih awal dan bergerak lebih cepat pada *frontal cortex* yang merupakan bagian penting bagi ingatan dan fungsi kognitif tingkat tinggi pembentukan kerusakan pada bagian putih akson dapat mempengaruhi performan kognitif. Beberapa struktur otak serebral kortek menyusut lebih cepat pada pria dibandingkan pada wanita (Coffey dkk, 1998). Bersamaan dengan hilangnya bagian otak munculah perlambatan respon gradual disebabkan penurunan pada sistem saraf pusat yang mempengaruhi koordinasi fisik tetapi juga fungsi kognitif.

Pendapat ini diperkuat oleh Purwakania (2008) yang mengatakan penuaan juga mengubah sistem saraf. Masa sel saraf yang berkurang menyebabkan *atrophy* pada otak dan *spinal cord* (tulang belakang). Berat otak berkurang dibandingkan waktu muda. Jumlah sel saraf berkurang, dan masing-masing sel memiliki lebih sedikit cabang (dendrit). Beberapa sel saraf kehilangan pelapisnya dalam proses yang disebut *demyelination*. Perubahan ini memperlambat kecepatan transmisi pesan. Setelah saraf membawa pesan, dibutuhkan waktu singkat untuk beristirahat yang menyebabkan tidak mungkin ditransmisikan pesan lain. Selain itu juga terdapat pemupukan produksi buangan.

Menurut Legato (2006) seiring bertambahnya usia, komunikasi antara kedua sisi otak menurun (*corpus callosum*). Hal ini terjadi lebih awal pada laki-laki dibandingkan pada perempuan, yang mempertahankan

keterampilan berbahasa sampai setidaknya menopause, saat kadar estrogennya menurun.

3) Fungsi Sensoris dan Psikomotoris pada Masa Dewasa Akhir.

Sebagian besar para lanjut usia mengalami penurunan fungsi sensoris dan psikomotoris, meskipun ada beberapa yang merasa biasa-biasa saja alias tidak mengalami penurunan fungsi. Penurunan cenderung lebih parah pada masa tua (Santrock, 2002).

4) Masalah penglihatan

Rata-rata lanjut usia yang mengalami gangguan penglihatan, mereka kesulitan melihat warna, membaca buku, ataupun aktivitas lainnya. Tidak hanya penglihatan yang mengalami kerusakan pada masa dewasa akhir, akan tetapi juga pendengaran. Empat puluh persen lanjut usia mengalami gangguan pada pendengaran. Hal ini disebabkan oleh *pres-biculis*, penurunan dalam kemampuan mendengarkan suara bernada tinggi yang berkaitan dengan usia (Santrock, 2002).

Menurut Purwakania (2008) diperkirakan 30% lanjut usia yang berusia 65 tahun mengalami kerusakan pendengaran yang signifikan. Hilangnya pendengaran konduktif terjadi ketika suara mengalami kesulitan masuk melalui telinga luar dan telinga tengah. Hilangnya pendengaran sensori neural terjadi karena kerusakan telinga tengah, saraf auditorik dan otak.

Menurut Hurlock (1980) perubahan mata lanjut usia seperti mata kelihatan kurang bersinar daripada ketika mereka masih muda, dan cenderung mengeluarkan kotoran mata yang menumpuk disudut mata.

5) Fungsi Seksual

Fungsi seksual pada masa dewasa akhir bisa dipertahankan. Pria yang sehat masih bisa melakukan ekspresi seksual aktif pada usia tujuh puluhan. Wanita bisa aktif selama hidupnya memiliki pasangan seksual, halangan utama para wanita untuk melakukan hubungan seksual karena ketiadaan pasangan. Ada perbedaan antara seks pada masa dewasa akhir dengan saat pada kondisi lebih muda. Pria biasanya membutuhkan waktu yang lebih lama untuk ereksi dan ejakulasi, membutuhkan stimulus manual yang lebih banyak. Basahnya vagina wanita dan sinyal gairah seksual menjadi kurang intens dibanding sebelumnya. Vagina menjadi kurang fleksibel dan mungkin membutuhkan pelumas buatan. Tetapi, sebagian besar lanjut usia pria dan wanita dapat menikmati ekspresi seksual mereka (Santrock, 2002). Berkurangnya estrogen karena menopause, berkurang pula sensasi, terutama pada vagina, klitoris, dan wilayah selangkangan. Menurunnya kesensitifan ini bisa mempengaruhi seberapa mudah terangsang dan seberapa mudah mengalami orgasme. Dinding vagina mungkin menjadi kurang elastis, makin tipis, dan makin kering (Legato, 2006). Sebagai akibatnya merasa kurang suka melakukan hubungan seks.

6) Kesehatan Fisik dan Mental

Sebagian besar lanjut usia sehat, terutama jika mereka mengikuti gaya hidup sehat. Sebagian besar memang mengalami kondisi kronis, akan tetapi tidak sampai membatasi aktivitas mereka. Jumlah lanjut usia dengan ketidakberdayaan fisik telah menurun saat ini tetapi membutuhkan perawatan medis yang lebih. Kesehatan fisik ini dipengaruhi oleh latihan fisik.

b. Perubahan Kognitif

Beberapa aspek perkembangan kognitif yang terjadi pada lanjut usia di tandai dengan kemunduran: mudah lupa, ingatan tidak berfungsi dengan baik, orientasi umum dan persepsi terhadap waktu dan ruang, skor yang dicapai dalam tes intelegensi menjadi lebih rendah dan tidak mudah menerima ide-ide baru. Kecepatan memproses informasi secara pelan-pelan memang akan mengalami penurunan pada masa dewasa akhir, namun faktor perbedaan individu juga berperan dalam hal ini. Nancy Denney (dalam Santrock, 2002) menyatakan bahwa kebanyakan tes kemampuan mengingat dan memecahkan masalah mengukur bagaimana orang-orang dewasa lanjut melakukan aktivitas-aktivitas yang abstrak atau sederhana. Denney menemukan bahwa kecakapan untuk menyelesaikan problem-problem praktis, sebenarnya justru meningkat pada usia 40-an dan 50-an. Pada penelitian lain Denney (dalam Santrock, 2002) juga menemukan bahwa

individu pada usia 70-an tidak lebih buruk dalam pemecahan masalah-masalah praktis bila dibandingkan mereka yang berusia 20-an.

Menurut Purwakania (2008), periode lanjut usia terjadi berbagai penurunan kemampuan berpikir. Mereka juga lebih banyak mengingat masa lalu dan sering kali melupakan apa yang baru diperbuatnya. Kemampuan untuk memusatkan perhatian, berkonsentrasi dan berpikir logis menurun, bahkan sering kali terjadi loncatan gagasan.

Faktor-faktor Memori (kognitif) menurut Santrock (2002) :

1. Pendidikan

Orang-orang lanjut usia mungkin berusaha mencapai pendidikan yang lebih tinggi dengan sejumlah alasan (Mullins, Willis, dalam Santrock, 2002). Mereka mungkin ingin memahami lebih baik sifat dasar penuaannya. Mereka mungkin ingin memahami lebih mempelajari mengenai perubahan-perubahan sosial dan teknologi yang telah mengakibatkan perubahan-perubahan dramatis dalam kehidupannya.

2. Pekerjaan

Pekerjaan pada generasi kini lebih menekankan orientasi kognitif. Meningkatnya penekanan terhadap pengolahan informasi dalam pekerjaan mungkin meningkatkan kemampuan intelektual individual (Santrock, 2002).

Menurut Riley dkk mengatakan bahwa seorang yang dapat mengekspresikan ide-idenya dalam tulisan, semakin kuat pula pertahanannya terhadap kemungkinan terserang alzheimer (dalam

Solso, 2007). Karena hal tersebut perlu bagi para lanjut usia untuk melatih otaknya dengan melakukan aktivitas seperti membaca dan mengerjakan teka-teki silang.

3. Kesehatan

Olah raga berkorelasi dengan panjangnya usia. Olah raga juga membantu orang lanjut usia untuk berpikir lebih efisien ketika mereka hidup lebih lama. Pada suatu penelitian, hubungan antara olah raga yang giat dan kecakapan kognitif pada pria dan wanita 55 sampai 91 tahun telah dipelajari (Clarkson, Smith & Harley, dalam Santrock, 2002). Orang-orang yang giat berolah raga adalah orang lanjut usia yang terlibat sekurang-kurangnya seperempat jam berolah raga berat setiap minggu. Orang-orang lanjut usia yang berolah raga secara giat berkemampuan lebih baik pada tes-tes penalaran, ingatan, dan waktu reaksi daripada mereka yang berolah raga lebih sedikit atau tidak sama sekali. Hasil ini terjadi tanpa memperhatikan usia, tingkat pendidikan dan status kesehatan dari lanjut usia. Peneliti-peneliti lainnya juga setuju bahwa olah raga merupakan faktor penting untuk meningkatkan fungsi-fungsi kognitif (Santrock, 2002).

Menurut Solso (2007) Olahraga dan menjaga pola makan dapat mempertahankan sejumlah memori, termasuk dapat mengurangi dampak Alzheimer.

4. Spiritual

Cara lain untuk menguatkan memori lanjut usia adalah dengan menghadirkan Tuhan dalam kehidupannya. Untuk memperbaiki memori adalah mengkondisikan jiwa sehingga benar-benar berserah diri kepada Allah, menyerahkan nasibnya sepenuhnya kepada Allah, dan terus-terusan memuji-Nya.

c. Perubahan Psikososial.

Pada model penilaian kognitif, orang dewasa pada semua usia biasanya memilih penanganan berfokus pada masalah, hanya saja lanjut usia lebih sering melakukan penanganan berfokus pada emosi dibandingkan dewasa awal ketika situasi menghendaki hal tersebut. Di sisi lain, agama merupakan isu penting penanganan berfokus pada emosi bagi banyak lanjut usia (Santrock, 2002).

Ericson (dalam Purwakania, 2008) mengatakan bahwa bagi lanjut usia sangat tua (80-90 tahun) tahap perkembangan sosialnya memasuki tahap kebijaksanaan (*wisdom*). Tahap ini merupakan tantangan yang dihadapi orang tua yang kemandiriannya terhadap tubuh dan pilihan hidupnya terpengaruh dengan berlalunya usia.

d. Perubahan Mental

Pada umumnya lanjut usia berusia 65 tahun keatas menderita gangguan mental, sedikitnya 10%. Tiga gangguan yang lazim dialami oleh lanjut usia adalah depresi, kecemasan, dan penyakit alzheimer (Santrock, 2002).

1. Depresi

Depresi merupakan masalah utama yang dihadapi oleh banyak orang usia lanjut (Karel & Hinrichsen, dalam Nevid 2003). Depresi pada masa tua juga dihubungkan dengan tingkat penurunan fisik yang lebih cepat dan tingkat mortalitas yang lebih tinggi (Brenda dkk & Zubenko dkk, dalam Nevid 2003). Orang lanjut usia memiliki banyak kesamaan masalah dengan orang lanjut usia lainnya, seperti berkurangnya kesempatan untuk partisipasi sosial dan kesepian, tetapi mereka juga cenderung berhadapan dengan stress sosial seperti diskriminasi dan kemiskinan. Gangguan depresi umumnya menyerang orang-orang yang menderita berbagai macam gangguan otak, beberapa diantaranya gangguan alzheimer dan stroke, secara tidak seimbang mempengaruhi lanjut usia (Teri & Wagner, dalam Nevid 2003).

Depresi yang sering dialami lanjut usia adalah depresi mayor. Depresi mayor adalah suatu gangguan suasana hati (*mood disorders*) dimana individu merasa sangat tidak bahagia, kehilangan semangat (*demoralized*) merasa terhina (*self-derogatory*), dan bosan. Individu dengan depresi mayor tidak merasa sehat, mudah kehilangan stamina, memiliki nafsu makan yang kurang, dan lesu serta kurang gairah. Sebanyak 80% dari orang lanjut usia menunjukkan gejala depresi, sama sekali tidak mendapatkan perawatan. Depresi mayor tidak hanya menyelimuti individu dengan kesedihan, tetapi juga membangkitkan

kecenderungan bunuh diri. Empat faktor risiko terbesar untuk bunuh diri pada lanjut usia adalah hidup sendiri, laki-laki (*being male*), kehilangan pasangan hidup, dan penurunan kesehatan (Santrock, 2002).

2. Kecemasan

Gangguan kecemasan merupakan jenis gangguan mental yang paling umum menyerang orang tua. Sekitar dua kali lebih umum dibandingkan gangguan mood seperti depresi. Kurang lebih 1 dari 10 orang dewasa berusia lebih dari 55 tahun menderita gangguan kecemasan yang dapat didiagnosis. Wanita lanjut usia cenderung mudah terpengaruh gangguan kecemasan daripada laki-laki, dengan rasio 2 banding 1. Gangguan kecemasan yang sering terjadi adalah gangguan kecemasan menyeluruh (*generalized anxiety disorders/GAD*) dan gangguan fobia (Nevid, 2003).

Gangguan kecemasan adalah gangguan psikologis yang dicirikan dengan ketegangan motorik (gelisah, gemetar dan ketidakmampuan untuk rileks), hiperaktivitas (pusing, jantung berdebar-debar, atau berkeringat) dan pikiran serta harapan yang mencemaskan. Para ahli *gerontology* telah memberikan perhatian yang lebih terhadap masalah-masalah depresi dibandingkan dengan masalah kecemasan, namun penelitian terakhir menunjukkan bahwa orang lanjut usia yang mengalami kecemasan lebih tinggi dibandingkan yang depresi (George dkk, dalam Santrock, 2002).

3. Penyakit Alzheimer

Penyakit Alzheimer adalah suatu gangguan otak yang progresif dan tidak dapat balik, yang dicirikan dengan kemerosotan secara perlahan dari ingatan, penalaran, bahasa, dan tentunya fungsi fisik. Banyak hal yang dapat mengakibatkan lanjut usia terkena gangguan alzheimer, selain faktor genetik, kerusakan gen, namun ada pemicu lainnya terkait diet, merokok, stress, luka kepala, dan masalah-masalah tiroid.

e. Perubahan Spritual

Kehidupan keagamaan pada lanjut usia menurut penelitian Psikolog Agama ternyata meningkat (Robert H. Thouless, dalam Jalaluddin, 2010). M Argyle mengutip sejumlah penelitian yang dilakukan oleh Cavan yang mempelajari 1200 orang sampel berusia 60-100 tahun, temuan menunjukkan secara jelas kecenderungan untuk menerima pendapat keagamaan yang semakin meningkat pada umur umur ini. Pengakuan terhadap realitas tentang kehidupan akhirat baru muncul sampai 100% setelah usia 90 tahun (dalam Jalaluddin, 2010).

Sebuah penelitian menyatakan bahwa lanjut usia yang lebih dekat dengan agama menunjukkan tingkatan yang tinggi dalam hal kepuasan hidup, harga diri dan optimisme. Kebutuhan religius sangat berperan memberikan ketenangan bathiniah, khususnya bagi para lanjut usia. Religiusitas besar pengaruhnya terhadap taraf kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Hal ini ditunjukkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hawari bahwa:

- 1). Lanjut usia yang nonreligius angka kematiannya dua kali lebih besar daripada orang yang religius.
- 2). Lanjut usia yang religius penyembuhan penyakitnya lebih cepat dibandingkan yang non religius.
- 3). Lanjut usia yang religius lebih kebal dan tenang menghadapi operasi atau masalah hidup lainnya.
- 4). Lanjut usia yang religius lebih kuat dan tabah menghadapi stres daripada yang nonreligius, sehingga gangguan mental emosional jauh lebih kecil.
- 5). Lanjut usia yang religius tabah dan tenang menghadapi saat-saat terakhir (kematian) daripada yang nonreligius (dalam shulizwanto, 08).

Orang yang religius dapat dikatakan orang yang mempunyai kecerdasan spiritual. Purwakarnia (2008) mengatakan bahwa kecerdasan spiritual adalah kecerdasan untuk menghadapi dan memecahkan masalah makna, pandangan dan nilai untuk menempatkan perilaku dan hidup manusia dalam konteks makna yang lebih luas dan kaya menilai bahwa tindakan atau jalan hidup seseorang lebih bermakna dibandingkan orang lain.

Individu yang sehat mentalnya membuktikan ia telah mendapatkan kecerdasan secara spiritual. Menurut evin (dalam Safaria, 2007) kecerdasan spiritual artinya menyarankan cara berfikir kita menuju kepada hakekat terdalam kehidupan manusia, yaitu penghambaan diri pada sang maha suci

dan maha meliputi. Kecerdasan spiritual yang tinggi hanya bisa dilihat oleh individu yang telah mampu mewujudkannya dan terefleksi dalam kehidupan sehari-harinya. Strategi untuk mencapai keadaan sehat menurut Abhidamma (dalam Safaria, 2007) bukan berupa usaha langsung mencarinya atau menunjukkan sikap atau keadaan-keadaan yang tidak sehat tetapi melalui meditasi. Praktek meditasi akan membuat individu mampu berkonsentrasi, memfokuskan pada pemahaman dan ketenangan.

Purwakarnia (2008) mengatakan bahwa mereka yang memiliki kecerdasan spiritual yang tinggi memiliki berbagai karakteristik: lebih fleksibel, memiliki tingkat kesadaran diri tinggi, mampu menghadapi dan memanfaatkan penderitaan dan rasa sakit, memiliki visi, memiliki kemampuan untuk mengurangi kerugian sampai sekecil mungkin, kecenderungan untuk mencari dan mempertanyakan hal yang mendasar, dan kemampuan untuk bekerja sesuai dengan idealisnya yang mungkin bertentangan dengan pendapat umum, berfikir holistik, mampu melihat gambaran besar, memiliki sikap kritis, mempunyai kepercayaan sejati pada diri sendiri, kepemimpinan yang mereka miliki lebih didasarkan keinginan untuk mengabdikan, posisi dan status tidak mempengaruhi mereka.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa lanjut usia lebih mudah untuk menerima pendapat keagamaan, lebih mudah untuk mengakui realitas kehidupan akhirat. Lanjut usia yang lebih religius ternyata pengobatan secara fisik dan mentalnya semakin mudah. Lanjut usia yang religius mempunyai kecerdasan spiritual yang tinggi. Karakteristik lanjut usia yang

mempunyai spiritual yang tinggi adalah: lebih fleksibel, memiliki tingkat kesadaran diri tinggi, mampu menghadapi dan memanfaatkan penderitaan dan rasa sakit, memiliki visi, memiliki kemampuan untuk mengurangi kerugian sampai sekecil mungkin, kecenderungan untuk mencari dan mempertanyakan hal yang mendasar, dan kemampuan untuk bekerja sesuai dengan idealisnya yang mungkin bertentangan dengan pendapat umum, berfikir holistik, mampu melihat gambaran besar, memiliki sikap kritis, mempunyai kepercayaan sejati pada diri sendiri, kepemimpinan yang mereka miliki lebih didasarkan keinginan untuk mengabdikan, posisi dan status tidak mempengaruhi. Dalam penelitian ini peneliti meneliti lanjut usia yang tergolong religius seperti yang dikatakan purwakarnia.

B. DZIKIR

1. Pengertian Dzikir.

Menurut Amru & Pahlevi (2008) dzikir berasal dari kata *dzakara-yadzakuru-dzikran*. Kata ini secara bahasa memiliki beragam arti seperti menyebut, mengingat, memerhatikan, mengenang, menuturkan, menjaga, mengambil pelajaran, mengenal dan mengerti. Sedangkan arti dzikir dalam Al-quran merupakan kata *musytarak* (memiliki makna ganda atau aneka arti). Artinya bisa ilmu, shalat, Al-quran, dan ingat kepada Allah, inilah arti kata dzikir secara hakiki.

Menurut para ulama (Amru & Pahlevi, 2008), dzikir mempunyai dua pengertian sempit dan luas. Dzikir dalam arti sempit adalah dzikir yang dilakukan dengan lisan saja. Dzikir dengan lisan adalah menyebut-nyebut Allah atau apa yang berkaitan dengannya, seperti mengucapkan tasbih, tahmid dan tahlil. Bisa juga pengucapan lidah disertai dengan kehadiran hati, yakni membaca kalimat-kalimat tersebut disertai dengan kehadiran hati tentang kebesaran Allah yang dilukiskan oleh kandungan makna kata yang disebut-sebut itu.

Dzikir dalam pengertian luas adalah kesadaran tentang kehadiran Allah dimana dan kapan saja, serta kesadaran akan kebersamaan-Nya dengan makhluk; kebersamaannya dalam arti pengetahuan-Nya terhadap apapun di alam raya ini serta bantuan dan pembelaan-Nya terhadap hamba-hambanya yang taat (Amru & Pahlevi, 2008). Dzikir peringkat inilah yang menjadi pendorong utama melaksanakan tuntunan-Nya dan menjauhi larangan-Nya, bahkan hidup bersamanya. Menurut Abu Bakar al-Kalabadzi, hakikat dzikir adalah anda melupakan apa-apa selain yang disebut (Allah) dalam dzikir. Karena Allah berfirman yang artinya “Jika seseorang telah melupakan apa-apa selain Allah, berarti seseorang tersebut telah berdzikir kepada-Nya”. Menurut bahasa, dzikir dapat diartikan dengan mengingat. Sedangkan menurut istilah, dzikir adalah membaca lafaz-lafaz tertentu dengan maksud mengingat dan mendekatkan diri kepada Allah (Tatang, 2002).

Pengertian dzikir secara *lughawi* (arti sebenarnya) juga mengingat atau menyebut. Jika diartikan menyebut maka peranan lisan lebih dominan, tetapi

jika diartikan mengingat, maka kegiatan berpikir dan merasa (kegiatan psikologis) yang lebih dominan. Dzikir dipahami dan diajarkan dengan mengucapkan kalimat-kalimat *thayyibah* secara keras (*dzikr jahr*), dan dengan kalimat-kalimat *thayyibah* yang memfokus, dari kalimat syahadat *La ilaha illa Allah* ke lafazh Allah dan sampai ke lafazh *hu* (Tegar, 2010).

Dzikir bukan hanya diucapkan di bibir atau dipikirkan di kepala serta dirasakan getarannya dalam hati, melainkan keterampilan untuk menciptakan “peristiwa ingatan” di dasar hati yang paling dalam. Orang yang berdzikir kepada Allah melalui lisannya tanpa penghayatan akal pikiran serta lubuk hati yang paling dalam, tentu tidak akan mengandung kekuatan kecuali sangatlah kecil. Tetapi bagi mereka yang berdzikir dengan lisannya, kemudian diyakini dengan hati, serta pikirannyapun mengukuhkannya, maka dzikir yang demikian itulah yang mampu mengundang bisikan-bisikan kecerdasan dari Tuhan (Suyadi, 2008).

Ketika manusia berdzikir kepada Allah secara khusyuk, maka ia akan tenteram hatinya, tenang pikirannya, dan bahagia perasaannya. Dalam keadaan yang demikian itu sesungguhnya manusia sedang “menghimpun” energi vibrasi. Orang yang tenang, tenteram, dan bahagia dapat melakukan apa saja yang ia pikirkan secara matang sebelumnya. Hasil dari pemikiran otak manusia yang dilandasi oleh ketenangan hati dan kebahagiaan perasaan tersebut, merupakan pikiran-pikiran orisinal yang digerakkan oleh kekuatan dzikir itu sendiri (Suyadi, 2008). At-Tusturi (dalam Asy-syahawi, 2009) juga mengatakan bahwa

ketenangan akan tertancap dalam hati seorang hamba jika diiringi dengan ilmu, dzikir, ridha, dan tawakal kepada Allah SWT.

Dzikir yang mengantarkan ketenangan dan ketenteraman hati bukanlah dzikir sekedar ucapan lisan semata, melainkan ia harus dimaksudkan untuk mendorong menuju kesadaran tentang kebesaran dan kekuasaan Allah. Ketika kita menyadari bahwa Allah adalah penguasa tunggal dan pengatur alam raya dan yang dalam genggamannya segala sesuatu, maka menyebut-nyebut namanya, mengingat kekuasaan-Nya serta sifat-sifat-Nya yang agung pasti akan melahirkan ketenangan dan ketenteraman dalam jiwa (dalam Amru & Pahlevi, 2008).

Dari uraian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengertian dzikir secara bahasa adalah mengingat, sedangkan menurut istilah adalah membaca lafaz-lafaz tertentu dengan maksud mengingat dan mendekati diri kepada Allah. Arti dzikir secara sempit adalah yang dilakukan dengan lisan saja, sedangkan arti secara luas adalah kesadaran tentang kehadiran Allah dimana dan kapan saja, serta kesadaran akan kebersamaan-Nya dengan makhluk; kebersamaannya dalam arti pengetahuan-Nya terhadap apapun di alam raya ini. Dzikir yang khuyuk/konsentrasi tidak hanya dengan lisan saja, tapi dengan menghadirkan hati dan pikiran, sehingga menciptakan perasaan tenang, otak yang cerdas dan pikiran yang jernih.

2. Macam-macam Dzikir

Istilah yang mengungkapkan macam-macam dzikir sangat banyak sekali. Umpamanya, untuk menyebut istilah dzikir yang dilakukan dengan hati saja, digunakan berbagai istilah, seperti dzikir *khafi* (samar), dzikir *sirr* (rahasia), dan dzikir *qalbi* (hati). Demikian pula dengan dzikir yang dilakukan dengan lisan. Dzikir model ini terkadang disebut juga dengan dzikir *jahr* (dengan suara keras) dan dzikir lisan. Selain dzikir yang dilakukan dengan hati dan lisan, ada pula istilah dzikir ruh, dzikir sosial, dzikir *fardi* (individu) dzikir *jamai* (jamaah) dzikir *mutlak* (tidak terikat dengan waktu) dan dzikir *muqayyat* (terikat dengan waktu) .

a. Dzikir jahr

Dzikir jahr ialah dzikir yang dilakukan dengan suara keras. Dzikir ini disebut pula dengan dzikir lisan, yakni dengan mengucapkan *tasbih*, *tahmid*, *tahlil*, *takbir*, dan atau menyebut nama Allah dan sifat-sifatnya. Dzikir tingkat ini adalah dzikir pada taraf elementer. Dzikir yang dilakukan dengan lisan akan membimbing hati agar selalu ingat kepada Allah. Dzikir disyariatkan baik secara jahr maupun secara sirr. Rasulullah juga menganjurkan dzikir dengan kedua model ini. Akan tetapi, para ulama menegaskan bahwa dzikir *jahr* lebih utama dari dzikir *sirr* atau *khafi* jika terbebas dari hasrat pamer atau tidak mengganggu orang yang sedang sholat, orang yang sedang membaca Alqur'an, atau orang yang sedang tidur. Sebaliknya, menurut An-Nawawi, dzikir khafi atau *sirr* lebih utama jika seorang pedzikir takut akan hasrat pamer atau

takut mengganggu orang-orang yang sedang sholat dan yang sedang tidur.

b. Dzikir Khafi

Dzikir khafi artinya samar atau dzikir rahasia atau dzikir dalam hati. Perbedaan istilah ini disebabkan karena beda sudut pandang yang tidak berbeda dalam esensinya. Orang yang melakukan khafi atau dzikir hati akan merasakan kehadiran Allah. Jika hendak melakukan suatu tindakan ataupun perbuatan, ia meyakini dalam hatinya yang paling dalam bahwa Allah senantiasa bersamanya. Ia sadar bahwa Allah selalu melihatnya. Dzikir hati ini lazim disebut dengan Ihsan. Dalam HR. Muttafak Alaih disebutkan bahwa ihsan adalah engkau menyembah Allah seakan-akan engkau melihat-Nya. Jika engkau tidak dapat melihatnya, yakinlah bahwasannya Dia melihatmu, dengan demikian, dzikir hati berarti kita sadar dan merasa selalu dilihat dan diawasi oleh Allah. Jika kita sudah bisa mencapai tingkat kesadaran semacam ini, akan timbul dampak yang besar bagi kita.

c. Dzikir Af'al

Dzikir Af'al (perbuatan) merupakan refleksi dari dzikir lisan dan dzikir hati. Ia merupakan dzikir yang bersifat aktif dan berdimensi sosial. Ia diwujudkan dalam perbuatan sehari-hari, seperti menyantuni kaum papa, menginfakkan sebagian harta untuk kepentingan sosial. Manfaat dzikir ini lebih bersifat sosial.

3. Bentuk-bentuk Dzikir

Apabila kita menelaah Al-Quran, kita akan melihat bahwa berbagai macam ibadah itu adalah dzikir atau mengandung makna untuk melaksanakan dzikir. Nabawi Siraj mengatakan bahwa dzikir tidak hanya terbatas pada tasbih, tahmid, dan menyebut asma husna-Nya. Sesungguhnya ia mencakup segala hal yang mengikat seorang mukmin dengan Rabb-nya dengan ikatan ketaatan. Bentuk-bentuk dzikir yang dibahas di bawah ini adalah kalimat-kalimat singkat yang dianjurkan oleh Rasulullah Saw. Dzikir yang dimaksud di sini adalah dzikir dalam pengertian sempit (dalam Amru & Pahlevi, 2008).

a. Istighfar

Kalimat istighfar adalah kalimat dzikir yang digunakan untuk memohon ampun kepada Allah. Dengan kesadaran ini dalam diri akan tumbuh niat untuk bertaubat kepada Allah. Inilah dimensi kecerdasan spiritual dari energi istighfar ini (Amru & Pahlevi, 2008). Kalimat *Astaghfirullah* terdapat huruf *ghayn*, *ra*, dan dua *lam* sehingga ada empat huruf *jahr* yang harus dilafalkan keras dan mengakibatkan udara yang keluar dari dalam paru melalui mulut lebih banyak dibandingkan dengan kalimat dzikir lainnya.

b. Tahlil

Kalimat tahlil berbunyi "*Laa ilaaha illallah*" artinya tiada Tuhan selain Allah. Inilah kalimat dzikir yang paling utama. Mentauhidkan Allah. Manusia sebagai bagian dari yang banyak dan tampak, sudah menjadi kewajiban untuk mengakui bahwa kita (yang disini) memang diciptakan

oleh-Nya (Amru & Pahlevi, 2008). Menurut Saleh (2010) kalimat *la ilaha illallah* di dalamnya ada huruf *jahr* (arti secara harfiah; terang atau jelas, menurut istilah artinya: tertahannya aliran (embusan) nafas ketika mengucapkan huruf, karena kuatnya tekanan terhadap *makhraj* huruf tersebut) yang diulang sebanyak tujuh kali, yaitu huruf *lam*. Secara ilmiah kalimat dzikir ini memberikan efek kesehatan, karena lebih banyak mengeluarkan karbondioksida lebih banyak.

c. Tasbih

Kalimat tasbih berbunyi “*Subhanallah*” artinya Allah Maha Suci, yang dimaksud adalah kesempurnaan Allah dari segala sifat kurang dan kotor. sehingga menjadi renungan bagi manusia untuk menjadi yang terbaik selama hidup di dunia. Kalimat tasbih ini, semakin banyak diucapkan, disadari, dan direnungkan arti dan maknanya, maka kalimat tersebut akan terinternalisasi ke dalam alam kesadaran kita, maka kecerdasan kita akan mencakup keluasan pengetahuan tentang ciptaan Allah. Pada titik inilah dimensi kecerdasan makrifat itu mulai tumbuh. Sementara, dimensi kecerdasan intelektual kalimat tasbih ditunjukkan Allah melalui hamba-hamba-Nya yang berpikir.

d. Tahmid.

Kalimat tahmid berbunyi, “*Alhamdulillah*” artinya segala puji hanya bagi Allah semata. Kalimat ini terucap dengan penuh kesadaran bahwa kita mustahil bisa hidup tanpa adanya nikmat dari Allah SWT. Sebagai

orang yang mempunyai kecerdasan emosional , tentu akan bersyukur kepada Allah dan mengucapkan terima kasih kepada lingkungan sekitar.

e. Takbir.

Kalimat takbir berbunyi “*Allahu Akbar*”, artinya Allah Maha Besar. Kalimat ini juga mengiringi hampir setiap gerakan dalam shalat. Shalat sebagai dzikir yang utama. Dimensi kecerdasan intelektual dalam dzikir takbir ini adalah kesadaran bahwa manusia adalah kecil dan lemah. Berangkat dari kesadaran ini maka untuk mengemban tugas kemanusiaan (sebagai khalifah), maka manusia perlu bersatu untuk membuat kekuatan baru yang mampu membangun peradapan yang lebih besar. Dalam prosesnya, manusia tidak boleh egois sehingga saling menindas, mengalahkan manusia yang lain, apalagi merasa dirinya lebih kuat dari yang lain.

f. Hauqalah

Kalimat *Laa haula wa laa quwwata illa billah* artinya tiada daya dan tiada kemampuan kecuali dengan (bantuan) Allah. Kalimat ini menafikan dua hal. Pertama, menafikan haul atau daya untuk mendatangkan kemashlahatan dan hal-hal positif. Kedua, menafikan Quwwah atau kemampuan untuk menghalangi dan menampik hal yang terasa tidak berkenan dihati. Dengan demikian, bacaan kalimat dzikir ini merupakan bentuk pengakuan akan kelemahan manusia. Jika kita sering membaca dan menghayati makna bacaan hauqalah ini, akan tertanam dalam jiwa rasa rendah hati, tidak angkuh dengan sukses yang diraih.

g. Ihtisab.

Kalimat dzikir ini adalah “*Hasbunallah waani'malwakiil*” artinya Cukuplah Allah sebagai penolong dan Allah adalah sebaik-baik pelindung, dikenal juga dengan ihtisab. Maksudnya adalah hanya Allah penjamin segala kebutuhan kita dan Dialah sebaik-baik penolong dan sebaik-baik penjamin urusan kita.

h. Shalawat

Kalimat shalawat adalah *Allahumma shalli 'alla muhammadin wa'aala aali muhammadin kama sholaita 'ala Ibrahim wabarik 'alal muhammadin wa 'ala aali muhammadin kama barakta 'ala Ibrahim innaka hamiidummajid*. Bershalawat kepada Nabi untuk mengingat-ingat keistimewaan dan jasa beliau. Kalau bukan karena jasa beliau, kita mungkin tidak akan mengenal nikmat iman dan islam. Maka sudah sepantasnyalah kita memperbanyak shalawat kepada beliau.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa bacaan dzikir tidak terbatas pada tasbih, tahmid, dan menyebut asma husna-Nya, namun segala doa yang dimaksudkan untuk beribadah serta mengingat Allah. Dzikir singkat yang dianjurkan Rasulullah adalah: *Subhanallah, Alhamdulillah, Allahu Akbar, Astaghfirullah, Laa ilaaha illallah Hasbiyallah wa ni'mal wakil, lahaulawala quwwata illa billah* dan *shalawat*. Dalam penelitian ini peneliti meneliti dzikir yang sering digunakan responden, yaitu tidak hanya sebatas dzikir tasbih, tahmid serta Asma-Nya, tapi juga dzikir Af'al (perbuatan).

4. Dzikir yang Menyembuhkan.

Dzikir yang berefek positif terhadap kesehatan tubuh adalah dzikir yang dilafalkan dengan baik dan benar sesuai dengan kaidah pengucapan dalam bahasa Arab atau sesuai dengan aturan ilmu tajwid. Bagian ilmu tajwid yang paling erat hubungannya dengan pembahasan tentang pengaruh dzikir terhadap kesehatan jaringan saraf adalah bagian tentang *makharij al-huruf* (tempat keluarnya huruf dari perangkat auditoris manusia (Saleh, 2010).

Dzikir yang dapat menyembuhkan juga bukan hanya diucapkan di bibir atau dipikirkan di kepala saja. tetapi dapat dirasakan getarannya dalam hati, lalu menciptakan keterampilan dalam mengingat “peristiwa ingatan” di dasar hati yang paling dalam. Orang yang berdzikir kepada Allah melalui lisannya tanpa penghayatan akal pikiran serta lubuk hati yang yang paling dalam, tentu tidak akan mengandung kekuatan kecuali sangatlah kecil. Tetapi bagi mereka yang berdzikir dengan lisannya, kemudian diyakini dengan hati, serta pikirannya pun mengukuhkannya, maka dzikir yang demikian itulah yang mampu mengundang bisikan-bisikan kecerdasan dari Tuhan (Suyadi, 2008).

Menurut Saleh (2010), dzikir yang menyembuhkan adalah dzikir yang dilakukan setiap saat secara rutin dalam hidup. Dzikir yang rutin dilakukan akan memberikan hasil yang maksimal pada kesehatan tubuh dan jiwa. Kebahagiaan, ketenangan, dan kesehatan jelas terlihat pada diri orang-orang yang terbiasa berdzikir dan istikamah beribadah.

5. Manfaat Dzikir

Menurut beberapa ahli, manfaat dzikir dapat dibagi atas tiga aspek yaitu:

a. Aspek Religius

- 1) Alexis Carrel, salah seorang ahli bedah Prancis (1873- 1941) dan peraih nobel dalam bidang kedokteran dalam bukunya *Pray*, ia menceritakan tentang pengalamannya dalam mengobati pasien. Carrel mengatakan banyak di antara pasien memperoleh kesembuhan dengan jalan berdo'a, karena pada saat itu jiwa manusia terbang menuju TuhanNya (dalam Amru&Pahlevi, 2008).
- 2) Menurut para ulama yang berkecimpung dalam dunia olah batin, di antara penyakit hati atau batin adalah kufur, munafik, sombong, bangga diri, suka pamer, dendam, dengki, gila pangkat, kemegahan dan cinta harta dan dunia. Solusi untuk mendapatkannya adalah Al-Quran dan dzikir kepada Allah. Dalam QS. Yunus 10:57, ayat ini menegaskan bahwa Al-Quran adalah obat bagi apa yang terdapat dalam hati (Suyadi, 2008).

b. Aspek Kesehatan

- 1) Dzikir sebagai penangkal penyakit jasmani dan ruhani (dalam Amru& Pahlevi, 2008). Sebuah penelitian membuktikan bahwa jiwa (hati) yang tenang dapat meningkatkan ketahanan tubuh imunologik, mengurangi risiko terkena penyakit jantung, dan meningkatkan harapan hidup. Sebaliknya, jiwa yang merintih, meronta, gelisah, dan penuh kemunafikan, bukannya kedamaian yang didapat, melainkan

- kegersangan. Jika kondisi ini terus menerus dibiarkan, pemilik jiwa bisa terserang infeksi dan kanker.
- 2) Efek penyembuhan do'a dan dzikir ini telah diteliti oleh Herbert Benson, dalam bukunya dijelaskan bahwa dzikir dalam Islam mempunyai efek menyembuhkan berbagai penyakit, khususnya tekanan darah tinggi dan penyakit jantung. Efek penyembuhannya tidak hanya terbatas pada penyembuhan darah tinggi dan penyakit jantung, tetapi pada sampai tingkat mampu menghilangkan rasa nyeri (dalam Amru&Pahlevi. 2008).
 - 3) Menurut Saleh (2010), dzikir dapat menghilangkan kelumpuhan akibat stroke, depresi pascastroke, gangguan memori, gangguan emosi, gangguan tidur, gangguan hormonal, gangguan seksual serta gangguan yang terkait dengan saraf.
 - 4) Dzikir terhadap kesehatan serta penyembuhan penyakit saraf yang sering diderita pasien, seperti nyeri (nyeri kepala tipe tegang, migren, fibromialgia, nyeri sendi, nyeri neuropati akibat kencing manis kronis, nyeri pinggang akibat iritasi akar saraf atau saraf terjepit), lumpuh karena stroke, depresi pascastroke, gangguan pikiran dan emosi serta gangguan tidur (insomnia) (Saleh, 2010) .
 - 5) Menurut ilmu kedokteran, dalam otak terdapat zat kimiawi yang secara otomatis keluar ketika kita berdzikir. Zat itu dinamai endorphen. Zat ini mempunyai fungsi menenangkan otak dan ia berasal dari dalam tubuh. Pengaruh ketenangan hati yang dihasilkan melalui proses dzikir

terhadap kesehatan jasmani dan ruhani adalah hati yang tenang yang dihasilkan melalui proses dzikir juga dapat menjaga keseimbangan tubuh dan meningkatkan ketahanan tubuh (imunologik), mengurangi risiko terkena penyakit jantung dan meningkatkan harapan hidup (Amru&Pahlevi, 2008).

- 6) Dalam kajian ilmu tajwid (Saleh, 2010) mendzikirkan kalimat *laa ilaaha illallah* dan *astaghfirullah* dapat mengeluarkan karbondioksida lebih banyak saat udara diembuskan keluar mulut. Efeknya, ketika seseorang melakukan dzikir secara intens dan khushyuk seraya memahami artinya, maka pembuluh darah di otak akan membuat aliran karbondioksida yang keluar dari pernapasan menjadi lebih banyak. Kadar karbondioksida dalam otakpun akan turun secara teratur. Tubuhpun akan segera menunjukkan kemampuan reflex kompensasi.

c. Aspek Psikologis

- 1) Surat al-Ra'd / 13:28, menyebutkan bahwa dengan mengikat (dzikir) kepada Allah maka hati menjadi tenteram.
- 2) Suyadi (2008) menyatakan bahwa dzikir adalah penenteram hati dan penenang jiwa serta pencerdas akal pikiran. Dzikir akan menjadikan kita untuk berpikir, cara mudah untuk dapat berpikir dengan konsentrasi, dan cara termudah berkonsentrasi adalah dengan berdzikir, dengan demikian kecerdasan akan diperoleh. Dalam konteks ini orang yang tidak pernah berdzikir kepada Allah juga bisa

menjadi cerdas, tetapi kecerdasannya hanya akan berhenti pada kecerdasan intelektual semata.

- 3) Dzikir dapat menghilangkan rasa takut dan was-was. Dengan berdzikir kita akan mendapatkan kekuatan dan keberanian dalam menghadapi setiap tantangan kehidupan (Safarinah, 2007).
- 4) Suyadi (2008) dzikir dapat mengembangkan kreativitas manusia dalam berpikir.
- 5) Safarinah (2007) dzikir dapat melepaskan manusia dalam kesulitan hidup, menghilangkan keputusasaan. Dengan berdzikir individu mampu membangun sikap optimis dalam menghadapi kesulitan-kesulitan.
- 6) HM. Amin Syukur (dalam Amru&Pahlevi, 2008) mengatakan bahwa dzikir kepada Allah akan menumbuhkan energi yang sangat luar biasa, sebab dengan dzikir, hati menjadi tenang dan tenteram. Dalam dunia kedokteran ada satu teori yang mengatakan psiko-neuro-endokrin-imunologi (artinya, keadaan jiwa akan mempengaruhi saraf, hormon, dan kekebalan tubuh).

C. Demensia dengan Tipe Alzheimer

1. Pengertian Demensia

Demensia merupakan suatu sindrom akibat penyakit atau gangguan otak yang biasanya bersifat kronik-progresif, gangguan fungsi luhur kortikal yang majemuk termasuk di dalamnya daya ingat, daya pikir, orientasi, daya tangkap (*comprehension*), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa dan daya nilai (*judgement*). Umumnya disertai dan diawali dengan kemerosotan (*deterioration*) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi hidup (dalam PPDGJ III, 2001).

Menurut Dr. Turana, demensia merupakan suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan kemunduran kognitif dan fungsional, sehingga mengakibatkan gangguan fungsi sosial, pekerjaan dan aktivitas sehari-hari (*dalam www.pikhospital.co.id, 2010*).

Individu yang mempunyai demensia juga mengalami penurunan kemampuan untuk belajar material yang baru, atau mereka lupa materi yang sudah diajarkan sebelumnya. Sebagian besar individu dengan demensia mempunyai kedua bentuk melemahnya kemampuan memori tersebut, walaupun kadang-kadang sulit untuk mendemonstrasikan materi yang baru saja dipelajari. Gangguan aktivitas sehari-hari seperti lupa menaruh dompet atau kunci, lupa untuk memasak di atas kompor, dan tidak mengenali tetangga mereka. Pada tahap selanjutnya demensia juga membuat seseorang lupa akan pekerjaannya, sekolah, ulang tahun, anggota keluarga dan bahkan namanya sendiri (DSM IV-TM, 1994).

Selain lupa akan materi yang sudah diajarkan, gangguan dalam demensia juga mempunyai ciri melemahnya perkembangan kognitif secara majemuk termasuk rusaknya kemampuan memori yang dapat berdampak langsung pada fisiologi saat kondisi medis umum, atau untuk etiologi majemuk contohnya dampaknya dikombinasikan pada gangguan serebrovaskuler dan gangguan alzheimer (DSM IV-TM, 1994).

Demensia dapat dibedakan antara yang dapat dipulihkan dan tidak, yang tidak dapat pulih biasanya berhubungan dengan otak, antara lain Demensia *Senilis*, yaitu suatu bentuk kepikunan seperti orang lanjut usia dan penyakit *Alzheimer*. Sementara yang dapat ditangani adalah demensia karena keracunan obat, radang selaput otak, depresi berat, tumor, atau beberapa penyakit ginjal, hati, jantung, dan paru-paru (dalam www.Republika.co.id, 2010). Demensia yang disebabkan Alzheimer disebut dengan Demensia dengan tipe Alzheimer.

Alzheimer (dalam Santrok, 2002) adalah suatu gangguan otak yang progresif dan tidak dapat balik, yang dicirikan dengan kemerosotan secara perlahan dari ingatan, penalaran, bahasa, dan fungsi fisik.

Alzheimer atau sebutannya *az-zhai-me*, merupakan sejenis penyakit penurunan fungsi saraf otak yang kompleks dan progresif. Penyakit alzheimer bukannya sejenis penyakit menular. Penyakit alzheimer adalah keadaan di mana daya ingatan seseorang merosot dengan parahnya sehingga pengidapnya tidak mampu mengurus diri sendiri. (www.Wikipedia.com, 2010).

Demensia yang dikaitkan dengan alzheimer meliputi suatu deteriorasi progresif dari kemampuan mental yang meliputi ingatan, bahasa dan pemecahan

masalah. Kehilangan ingatan sementara atau menjadi pelupa pada usia pertengahan (misalnya, lupa dimana ia meletakkan kaca matanya) merupakan konsekuensi yang normal dari proses penuaan dan bukan merupakan suatu tanda dari tahapan awal penyakit alzheimer (Bazell dalam Nevid dkk, 2003). Orang-orang yang berusia lanjut (dan beberapa dari individu mungkin tidak hidup hingga usia tersebut) mengeluh tidak dapat mengingat nama-nama seperti dulu, atau lupa nama-nama yang sebelumnya mereka kenal dengan baik.

Orang yang menderita alzheimer mungkin mengalami kebingungan atau waham dalam pemikiran mereka dan mungkin merasakan bahwa kemampuan mental mereka menghilang tetapi tidak dapat memahami mengapa hal itu terjadi. Kebingungan dan ketakutan mungkin membawa pada waham paranoid atau keyakinan bahwa orang yang mereka cintai mengkhianati si penderita, merampok mereka, atau tidak peduli pada mereka. Mereka mungkin melupakan nama-nama orang yang mereka cintai (Nevid dkk, 2003). Karakteristik psikotik seperti waham dan halusinasi ditemukan pada sekitar satu dari tiga orang yang menderita alzheimer dalam penelitian baru (Jeste dkk, dalam Nevid, 2003). Munculnya simtom-simtom psikotik tampaknya berhubungan dengan hendaya kognitif yang semakin besar dan deteriorasi yang lebih cepat. Individu yang menderita penyakit alzheimer sering kali mengalami depresi atau kecenderungan bunuh diri, tetapi dokter-dokter mereka mungkin melewatkan tanda-tanda bahaya atau mengabaikannya (Teri&Wagner, dalam Nevid, 2003).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa demensia alzheimer adalah gangguan dengan rusaknya keadaan kognitif seseorang karena penurunan fungsi

saraf otak yang kompleks dan progresif yang mengakibatkan seperti daya ingat, daya pikir, orientasi, daya tangkap (*comprehension*), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa dan daya nilai (*judgment*). Umumnya disertai dan diawali dengan kemerosotan (*deterioration*) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi hidup.

2. Ciri-ciri Demensia Alzheimer

Dalam DSM IV-TM (1994) dijelaskan bahwa karakteristik Demensia Alzheimer adalah:

a. Gangguan perkembangan kognitif ganda yang ditunjukkan

- 1) Kerusakan memori (melemahnya kemampuan untuk mempelajari informasi baru atau untuk memanggil kembali informasi yang dipelajari).
- 2) Gangguan kognitif diantaranya:
 - a) *Aphasia* (gangguan bahasa).

Aphasia merupakan hendaya dalam kemampuan memahami bahasa (Nevid dkk, 2003). Ada dua jenis *aphasia*, yaitu :

- i) *Aphasia sensoris (reseptif)* adalah individu yang mengalami kesulitan dalam memahami bahasa yang tertulis atau yang diucapkan, tetapi tetap memiliki kemampuan untuk mengekspresikan diri mereka dengan berbicara.
- ii) *Aphasia motorik* adalah kemampuan untuk mengekspresikan pikiran dengan berbicara yang terganggu, tetapi individu ini

dapat memahami bahasa yang diucapkan. Seorang dengan aphasia motorik mungkin tidak dapat mengingat nama objek-objek yang familier atau mungkin mengacaukan urutan normal dari kata-kata.

b) *Apraksia* (menurunnya kemampuan aktivitas motorik).

Apraksia merupakan hendaya dalam kemampuan menampilkan gerakan yang bertujuan, walaupun tidak ada gangguan dalam fungsi motorik (Nevid dkk, 2003). Apraksia dapat ditandai dengan perilaku seperti tidak dapat mengikat tali sepatu atau mengancingkan baju, meskipun orang ini dapat menjelaskan bagaimana aktivitas tersebut dilakukan dan terlepas dari fakta bahwa tidak ada sesuatu yang salah dengan lengan atau tangan orang tersebut. Orang tersebut mungkin mengalami kesulitan untuk memperagakan penggunaan objek (misalnya: menyisir rambut).

c) *Agnosia* (kegagalan untuk mengenali objek meskipun kemampuan sensori utuh. Agnosia adalah ketidakmampuan mengenali objek meskipun sistem sensoris baik (Nevid dkk, 2003). Agnosia terbatas pada saluran-saluran tertentu. Seseorang dengan agnosia visual mungkin tidak dapat mengenali sebuah garpu apabila ditunjukkan gambar pada objek tersebut, meskipun ia memiliki sistem visual yang baik dan mungkin dapat mengenali objek jika diizinkan untuk menyentuh dan memainkannya dengan tangan. Agnosia auditori ditandai oleh hendaya pada kemampuan untuk mengenali suara; pada

agnosia taktil, orang tidak dapat mengenali objek (seperti koin atau kunci) dengan cara memegang atau menyentuhnya.

Contoh agnosia sebagai berikut: Seorang musisi dan guru kehilangan kemampuan mengenali objek secara visual, ia tidak dapat mengenali wajah murid-muridnya. Ia tidak hanya gagal mengenali wajah muridnya, tetapi terkadang mempersepsikan wajah yang tidak ada. Ia menepuk kepala pompa air pemadam kebakaran yang di kira adalah anak-anak. Beberapa ciri dari wajah tertentu akan tetap dapat dikenalnya, seperti gambar Einstein, dari rambut dan kumis khasnya, serta ia dapat mengenali gambar saudara laki-lakinya dari rahangnya yang persegi dan giginya yang besar, namun ia berespon terhadap ciri-ciri yang khusus, bukan menangkap pola-pola wajah sebagai satu keseluruhan (Nevid dkk, 2003).

- d) Gangguan dalam pelaksanaan fungsi seperti merencanakan, mengorganisasikan, mengurutkan atau berfikir secara abstrak. Deskripsi dari gangguan ini seperti: Seorang manajer kantor yang sebelumnya memegang keuangan dan penjadwalan kehilangan kemampuan untuk mengelola aliran kerja dikantor atau untuk beradaptasi dengan tuntutan yang baru. Seorang guru bahasa inggris kehilangan kemampuan untuk menyimpulkan makna dari sebuah puisi atau cerita (Nevid dkk, 2003).

3) Kerusakan kognitif

Dalam kriteria A1 dan A2 masing-masing menyebabkan gangguan dalam bidang sosial atau fungsional dalam pekerjaan serta kemunduran dari fungsi sebelumnya (DSM IV-TM, 1994).

4) Onsetnya perlahan-lahan dan penurunan kognitif yang berkelanjutan.

5) Kerusakan kognitif dalam kriteria A1 dan A2 tidak perlu/wajib disertakan dibawah ini:

(a) Kondisi sistem saraf pusat yang menyebabkan gangguan progress pada memori dan kognisi seperti penyakit serebrovaskuler, penyakit Parkinson, penyakit Huntington, subdural hematoma, tumor otak, tekanan hidrosepalus).

(b) Kondisi sistemik yang menyebabkan demensia (seperti hipotiroid, vitamin B12 atau defisiensi *Folic acid*, *hiperkalsemia*, *neurospilis*, infeksi HIV).

3. Faktor penyebab Demensia Alzheimer

Purba (2006) Sampai sekarang belum diketahui dengan pasti etiologi penyakit alzheimer. Namun beberapa peneliti memberikan teori kemungkinan sebagai penyebab dan risiko terhadap penyakit ini, atas dasar kelainan yang ditemukan sebagai berikut:

a. Faktor umur

Umur berperan sebagai faktor risiko (Farrer dkk, dalam Purba, 2006)

Dengan bertambahnya angka harapan hidup maka prevalensi penderita alzheimer akan bertambah (Katzaman&Kawas, dalam Purba, 2006)

Prevalensi demensia berlipat ganda dalam waktu 5 tahun pada individu berumur antara 65 sampai 85 tahun.

b. Faktor kelamin

Legato (2006) mengatakan bahwa perempuan mempunyai risiko terkena alzheimer yang lebih tinggi daripada laki-laki sebaya, dan mungkin lebih rentan akan demensia daripada laki-laki. Walaupun perempuan mempertahankan lebih banyak fungsi otak secara lama dalam hidupnya, begitu hilang, kemampuan itu benar-benar hilang. Adapun alasan mengapa perempuan lebih rentan terkena Demensia, para peneliti mengajukan hal berikut (dalam Legato, 2006):

i) Hilangnya massa otak.

Perempuan mungkin kehilangan lebih sedikit massa otak dibandingkan laki-laki, tetapi mereka juga memulai dengan lebih sedikit. Karena perempuan mulai dengan lebih sedikit saraf daripada laki-laki. Keterkaitan antara saraf dalam korteks perempuan mungkin juga menjelaskan mengapa perempuan lebih rentan akan demensia saat ia mengalami penuaan.

ii) Rentang hidup yang lebih lama.

Perempuan lebih lama mempunyai rentang hidup. Laki-laki lebih rentan terhadap penyakit dan kematian awal daripada perempuan. Sebagai akibatnya, pada usia 85 tahun, perempuan mengalahkan laki-laki sebesar dua banding satu (Legato, 2006).

c. Faktor pendidikan

Sampai sekarang ini tidak banyak ditemukan data yang memungkinkan adanya hubungan kelainan patologik biologi sel otak antara penderita alzheimer dengan pendidikan. Namun beberapa peneliti menemukan bahwa orang yang mempunyai pendidikan yang tinggi mempunyai kapasitas otak yang jauh lebih besar (misalnya sinapsis korteksnya lebih banyak) dibanding dengan yang berpendidikan rendah yang berarti lebih resisten terhadap kematian sel-sel (Katzman dkk dalam Purba, 2006) walaupun dilain pihak beberapa peneliti tidak menemukan adanya korelasi antara yang berpendidikan tinggi dan rendah terhadap etiologi penyakit alzheimer (Hagnell dkk, Katzman dkk, Ott dkk, Rocca dkk, Zhang dkk dalam Purba, 2006).

d. Depresi dan Kecemasan

Usia lanjut disamping menderita keluhan gangguan fungsi kognitif dan memori juga sering menderita depresi. Demensia pada penderita depresi bisa sifatnya sebagai pseudodemensia. Dalam hal ini depresi dapat memperburuk fungsi kognitif (Purba, 2006). Orang lanjut usia mungkin sangat rentan terhadap depresi yang disebabkan oleh stress dalam menghadapi perubahan-perubahan kehidupan, seperti pensiun, penyakit atau ketidakmampuan fisik, penempatan dalam rumah-rumah jompo, kematian pasangan, saudara kandung serta teman-teman yang dapat menjaga kesehatannya. Pensiun dapat melemahkan perasaan bermakna dalam hidup dan menyebabkan hilangnya identitas peran. Kematian

keluarga dan teman menimbulkan duka cita dan mengingatkan orang yang berusia lanjut akan usianya (Nevid, 2003).

e. Trauma Kapitis

Menurut Chandra dkk, Sulkava dkk (dalam Purba, 2006) trauma kapitis juga berkorelasi dengan penyakit alzheimer. Trauma akan mempengaruhi ekspresi dari *amyloid precursor protein (APP)-mRNA* dengan demikian mempermudah akumulasi β -amiloid (gentleman dalam Purba, 2006).

f. Stres yang berlebihan

Gold dkk, Magarinos dkk (dalam Purba 2006) mengatakan bahwa beban stress yang berlebihan dan berkelanjutan (kronik) juga kan memicu munculnya alzheimer. Stress akan memperburuk fungsi hipokampus. Ini terjadi akibat intoksikasi kortisol yang secara langsung bisa menyebabkan gangguan metabolisme ataupun kematian neuron di hipokampus seperti yang terlihat terhadap gangguan belajar dan memori baik pada hewan percobaan maupun juga manusia (Frodl dkk dalam Purba, 2006). Legato (2006) juga mengatakan *stress* kronis merupakan hal yang mematikan bagi hipokampus dan memori, pemaparan berkepanjangan terhadap kadar tinggi “hormon stress” kortisol menghancurkan sel pada bagian otak ini. Beberapa hasil penelitian menemukan adanya perubahan struktur di sistem susunan saraf terutama di beberapa bagian dari sistem limbik-hipotalamus-adrenal (McEwen dkk dalam Purba, 2006). Kejadian ini terjadi pada kelompok usia lanjut

yang diperkirakan sebagai bagian dari faktor risiko terhadap penyebab penyakit alzheimer. Hal ini dibuktikan melalui penelitian klinikopatologi pada penderita demensia atau gangguan fungsional dan neuropatologi dari demensia (Lupien dkk, Riley dalam Purba, 2006). Depresi sebagai kelanjutan dari distress psikologis, bisa merupakan penyebab gangguan memori periodik (Wilson dkk dalam Purba 2006) yang selanjutnya juga dianggap sebagai faktor risiko penyakit alzheimer (Devanan dkk; Wilson dalam Purba, 2006).

Banyak faktor yang dapat membuat individu menjadi stress. Salah satunya karena faktor kesedihan. Ternyata terdapat lebih banyak aktivitas pada area otak yang mengendalikan kesedihan (Legato, 2006), namun terdapat lebih sedikit aktivitas di amigdala, area otak yang mengendalikan emosi dan motivasi. Semakin dalam kepedihan yang dirasakan maka semakin sedikit aktivitas yang dilihat.

g. Sindroma Down

Limapuluh sembilan persen (59%) dari Sindroma Down ditemukan kesalahan pada kromosom 21. Kebanyakan Sindrom Down meninggal pada sekitar umur 30 tahun. Gambaran histologis jaringan otak dari sindroma ini ditemukan hampir sama dengan yang ditemukan pada penderita alzheimer. Persamaan yang ditemukan antara lain terletak pada; distribusi alzheimer, kondisi neurotransmitter dan properti antigen dari NFT. Dari hasil penelitian juga ditemukan bahwa protein gen dari *senile plaque* (SP) dari penderita alzheimer ataupun sindroma down

yang diisolasi disebut dengan protein A4 ditemukan pada kromosom yang sama (dalam Purba, 2006).

h. Faktor Kromosom (keturunan).

Faktor genetik juga memegang peranan penting sebagai penyebab penyakit alzheimer. Penelitian epidemiologis menunjukkan bahwa penyakit ini kemungkinan besar ditemukan pada generasi berikut dari anggota keluarga penderita alzheimer. Penelitian lain menemukan sekitar 70% autosomal dominan dari penyakit alzheimer presenil terletak pada kesalahan di kromosom 14 (Mullan dkk, Schellenberg dkk, Van Broekhoven dkk, dalam Purba, 2006). Hal ini juga dikemukakan oleh dikatakan Ertekin-Taner dkk, Myers dkk.; USDHHS (dalam Nevid dkk, 2003) faktor genetik berperan penting dalam munculnya Penyakit alzheimer.

Penyakit alzheimer yang munculnya lebih lambat terkait dengan gen-gen yang mengatur produksi protein yang disebut *apolipoprotein E* (APOe) (Voelker, dalam Purba 2006). Protein ini mengantarkan kolesterol melalui aliran darah. Individu yang menunjukkan kerusakan gen-gen ini dapat mulai menunjukkan tanda-tanda deteriorasi otak bahkan sebelum simtom-simtom ingatan muncul (*New Use of Brain Scan*, dalam Purba 2006).

Otak si penderita tampaknya bekerja lebih keras saat melakukan tugas-tugas ingatan, yang menandakan bahwa otak mencoba mengimbangi abnormalitas yang terjadi (Bookheimer dkk, 2000). Gen-gen lain

mungkin juga terlibat pada penyakit alzheimer, termasuk gen-gen yang terlibat dalam metabolisme sel, dan dalam produksi dari beta *amyloid* (Bertram dkk., Ertekin-Taner dkk, dalam Nevid dkk, 2003).

i. Aluminium

Disebutkan bahwa Aluminium bisa merupakan penyebab penyakit alzheimer. Hal ini didasari oleh hasil penelitian dengan penyuntikan aluminium ke otak hewan percobaan. Ternyata bahwa aluminium dapat merusak sel-sel. Demensia (*dialisa ensefalopati*) sering ditemukan pada pasien dialisa ginjal dengan mempergunakan cairan pembersih yang mengandung aluminium (Crapper McLachlan dkk, dalam Purba, 2006). Pada proses penuaan kadar aluminium memang meningkat di otak, tapi apakah peningkatan kadar ini pada penderita penyakit alzheimer melebihi kadar yang ditemukan pada proses penuaan yang normal belum jelas diketahui (Hebderson, dalam Purba, 2006).

j. Autoimun dan inflamasi

Proses autoimun juga memungkinkan mempercepat proses penuaan dan merusak sel-sel otak. Auto-antibodi yang bereaksi dengan sel-sel saraf dapat juga ditemukan pada plasma hewan percobaan demikian juga pada usia lanjut. Pada serum penderita alzheimer sering ditemukan antigen terhadap neurofilamen (Sotelo dkk) Imuno-marker yang lain seperti *human leukocyte antigen* (HLA-B7, BW15, dan CW3) juga ditemukan meningkat sebagaimana yang ditemukan pada penyakit-penyakit autoimun lainnya. Proses inflamasi berperan dalam patofisiologi

penyakit alzheimer dimana meningkatnya IL-1 dan menurunnya CD8 bisa menyebabkan kerusakan neuron (Roger, dalam Purba, 2006). Berbeda dengan penyakit Parkinson dan demensiavaskuler maka penderita penyakit Alzheimer ditemukan penumpukan sitokin yakni IL-1 β , IL-2 dan IL-3 pada jaringan hipokampus (Griffin dkk, dalam Purba, 2006).

k. Radikal Bebas

Radikal bebas merupakan suatu molekul senyawa organik atau juga anorganik yang terbentuk sebagai produk intermedier dalam metabolisme sel yang normal. Radikal bebas dapat menyebabkan perubahan kimiawi yang nantinya dapat merusak berbagai komponen jaringan tubuh seperti protein, lipid, karbohidrat dan nukleotida. Proses peroksidasi lipid terjadi pada membran sel yang akan berlanjut menjadi autokatalisis dimana hal ini juga bisa terjadi pada neuron sebagai risiko penyebab penyakit alzheimer dan penyakit neuro degenerative lainnya. Proses ini secara langsung membuat kematian neuron yang nantinya juga berdampak pada aktivasi neurotransmitter lainnya seperti asam amino eksitatorik (Purba, 2006).

I. Faktor Hormonal

i) Hormon Tiroid

Kelainan pada hormon tiroid merupakan salah satu faktor penyebab demensia dan penyakit alzheimer. Beberapa peneliti menemukan bahwa seseorang penderita tiroid dengan kadar *thyroid stimulating hormone* (TSH) jauh dibawah kadar normal selama 2 tahun berisiko tiga kali lebih tinggi terhadap demensia dan penyakit alzheimer (Henderson, Hogervorts dkk, dalam Purba, 2006). Ada beberapa penjelasan tentang menurunnya TSH pada penderita alzheimer. Kadar TSH yang menurun kemungkinan diakibatkan oleh proses degenerasi di hipotalamus dimana secara langsung sekresi *neuron* penghasil *thyrotropin-releasing hormone* (TRH) ikut serta terdegenerasi. Studi lain menemukan bahwa penurunan TRH mengakibatkan peningkatan fosfolirase dari protein *tau* serta protein lainnya yang berpotensi dalam pathogenesis penyakit alzheimer (Luo dkk, dalam Purba, 2006).

ii) Hormon Testosteron.

Secara fisiologis peningkatan umur berkorelasi dengan penurunan pembentukan testosteron. Efek fisiologisnya pada usia lanjut adalah antara lain penurunan otot, osteoporosis dan penurunan libido (Swerdloff&Wang). Beberapa penelitian membuktikan bahwa kadar testosteron bebas berkorelasi dengan fungsi kognitif secara global. Kadar testosteron rendah berasosiasi dengan peningkatan faktor

risiko terhadap penyakit alzheimer yang tidak berkaitan dengan kondisi kesehatan, umur ataupun pendidikan (Moffat et al, dalam Purba, 2006).

iii) Hormon estrogen

Hormon estrogen juga berperan dalam transportasi dan metabolisme glukosa di otak. Defisiensi hormon ini dapat mengakibatkan beberapa gangguan fungsi otak termasuk gangguan transportasi glukosa ke hipokampus. Gangguan ini terjadi bukan hanya pada wanita menopause tapi juga secara umum pada usia lanjut termasuk pada pria. Estrogen ini juga berfungsi sebagai neuroprotektor yang berarti memperlambat manifestasi penyakit alzheimer.

m. Plak Amiloid, Neuropatologi dan Biokimia

Menurut Kosik (dalam Santrock, 2002), otak para penderita alzheimer penuh dengan plak, yang terbentuk dari potongan-potongan sel-sel saraf dan protein, amiloid. Plak itu terkumpul pada tempat saraf-saraf berhubungan dan menghambat komunikasi di antara sel-sel saraf otak. Menurut McDonal & Nemeroff (dalam Santrock, 2002) ada sesuatu yang salah dengan neurotransmitter asetilkoline pada para penderita alzheimer, susunan kimiawi ini penting dalam ingatan dan kontrol motorik pada otot-otot.

Menurut DSM IV-TM (1994) di sebagian besar kasus demensia tipe alzheimer, otak mengalami terhentinya pertumbuhan, dengan meluasnya *kortikal sulci* dan luasnya kamar serebral daripada

seharusnya yang terjadi pada proses penuaan normal. Hal ini dapat diperlihatkan dengan *computed tomography* (CT) atau *magnetic resonance imaging* (MRI), mengungkapkan perubahan histopathological, termasuk tanda kepikunan, kekusutan serat saraf otak (saraf yang terbelit-belit), degenerasi granuvaskuler, musnahnya sel-sel saraf otak, *astrocyticgliosis* dan amiloid protein.

Menurut dr Zubairi (dalam [www. republika .co.id/25/12/2010](http://www.republika.co.id/25/12/2010)). menyatakan juga bahwa penderita Alzheimer pada tingkat mikroskopik di otak dijumpai kelainan pada neurofibril dan juga ditemukan plak amiloid, kadang juga disertai atrofi, pengecilan korteks otak. Tidak mudah untuk mendiagnosis alzheimer. Ada beberapa rekomendasi dari Perhimpunan Neurologi Amerika, antara lain pemeriksaan kadar cobalamin dan pemeriksaan skrining fungsi kelenjar tiroid. Pemeriksaan yang lain diserahkan kepada klinisi, dokter yang menangani. Seringkali dokter harus menyingkirkan berbagai kemungkinan penyakit-penyakit lain, termasuk penyakit hematologi, liver, kelenjar adrenal dan penyakit sifilis. Pemeriksaan CT Scan dan MRI kepala, diperlukan untuk menilai berapa luas atrofi didapatkan pada otak atau korteks. Pemeriksaan EEG juga kadang diperlukan untuk menentukan ada tidaknya penyebab demensia yang lain. Ada juga pemeriksaan yang agak rumit seperti tes protein *Tau* atau genotip apolipoprotein.

Sedangkan menurut dr. Maria Ingrid, Sp.S mengatakan penyebab paling jelas penyakit alzheimer karena di dalam otak terjadi

penurunan enzim otak bernama asetikolin. Penurunan itu membuat pembentukan enzim asetikolin berkurang, hal ini juga dikarenakan penuaan, tetapi pada penderita alzheimer, asetikolin rusak lebih cepat dibandingkan orang normal. Asetikolin adalah salah satu zat kimia penting pada otak yang dibutuhkan manusia untuk belajar dan mengingat apa yang sudah pernah kita ketahui sebelumnya (dalam [www.Hers magazine online. Htm](http://www.Hersmagazineonline.Htm), 2010).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab dan risiko gangguan demensia alzheimer adalah adanya faktor risiko umur, pendidikan, depresi dan ansietas, trauma kapitis, stress yang berlebihan, sindrom down, faktor kromosom (genetik), aluminium, autoimun dan inflamasi, radikal bebas, faktor hormonal, kelamin. Penyebab secara medis adalah terhentinya pertumbuhan otak yang mengakibatkan perubahan histopathological, termasuk tanda kepikunan, kekusutan serat saraf otak (saraf yang terbelit-belit), degenerasi granuvaskuler, musnahnya sel-sel saraf otak, *astrocyticgliosis* dan amiloid protein. Dalam penelitian ini faktor penyebab timbulnya gangguan demensia alzheimer yang akan diukur adalah faktor psikologisnya, yaitu akibat stress, depresi, kecemasan, trauma.

4. Alat Ukur Demensia Alzheimer

Sebenarnya tidak ada alat tes yang jelas untuk mediagnosis Penyakit alzheimer (Nevid dkk, 2003). Diagnosis alzheimer biasanya didasarkan pada proses pengecualian dan hanya diberikan ketika kemungkinan penyebab lain dari demensia dapat dihilangkan. Kondisi medis dan psikologis lain mungkin mirip

penyakit alzheimer, seperti depresi yang parah, yang menyebabkan hilangnya ingatan dan hendaya fungsi kognitif. Akibatnya kesalahan diagnosis dapat terjadi, terutama pada tahap-tahap awal dari penyakit (Nevid, 2003). Ternyata penyakit Alzheimer banyak salah terdiagnosa. Dari pengamatan yang dilakukan pada otak pasien yang terdiagnoa Alzheimer semasa hidupnya, ternyata kondisi otaknya tidak memiliki gejala penyakit Alzheimer. Alzheimer gejalanya tidak jelas dan baru bisa dipastikan melalui pengamatan kondisi otak setelah meninggal. Pengamatan dilakukan pada 426 orang Amerika keturunan Jepang di Hawaii yang, rata rata meninggal pada umur 87 tahun. Dari ke 426 yang diamati, 211 terdiagnosa dengan penurunan fungsi otak yang diduga akibat dari alzheimer. Yang menjadi masalah adalah penurunan fungsi otak pada usia lanjut tidak hanya disebabkan oleh Alzheimer, namun bisa diakibatkan oleh depresi, pengobatan berlebihan, masalah dengan kelenjar tyroid, kekurangan vitamin B₁₂, penyakit jantung dan stroke ringan. Umumnya kerusakan fungsi otak yang akibat faktor non Alzheimer lebih mudah diobati (www.Arofahstore.com/Alzheimer sering salah terdiagnosa).

a. Alat test secara Psikologis

Menurut DSM IV-TM dan informasi di Wikipedia alat untuk mengukur alzheimer dapat dilakukan dengan tes skrining yang mengukur tingkat kerusakan intelektualitas yang terkait gangguan alzheimer pada lanjut usia, yaitu dengan menggunakan *Mini Mentalstate Examination* (tes mini mental) untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Tes ini adalah tes global kognitif fungsi, dengan melibatkan item-item menilai

orientasi, mengingat kata, perhatian dan perhitungan, kemampuan bahasa, dan kemampuan visual spasial (www.wikipedia-MiniMentalState Examination, 2011).

Menurut *American Psychological Association* (1996) *Mini mental state examination* dapat mengukur gangguan kognitif dari pasien yang menderita penyakit alzheimer moderat, dan menggambarkan penurunan kognitif pada pasien demensia. Namun ada kritikan mengenai alat ukur MMSE ini terkait kesensitifannya dalam mendiagnosis pasien yang mengalami gangguan kognitif dengan pasien yang menderita alzheimer, yaitu:

- a) Kegagalan untuk membedakan antara individu dengan Demensia ringan dan yang tidak demensia.
- b) Terbatasnya kemampuan untuk mendeteksi kerusakan yang dikarenakan luka fokal (*focal lesions*), terutama sekali itu terjadi di belahan otak kanan.
- c) Penggunaan item bahasa yang sederhana mengurangi kesensitifan dalam mendiagnosis gangguan bahasa yang ringan.
- d) Sejumlah angka menunjukkan kesalahan-positif error karena bias terhadap individu dengan pendidikan rendah.

Dalam merespon masalah tersebut, beberapa ahli mencoba untuk membuat perubahan untuk memajukan MMSE, dan hasilnya terbentuklah *Modified Mini-Mental State Examination* (3MS) yang kini sudah dihadirkan dan direvisi. Teng & Chui (dalam jurnal APA, 1996)

menambahkan subtest (tanggal dan tempat lahir, kelancaran bahasa, kesamaan, dan terlambat memanggil kata-kata). Maksimum skor terdiri dari 30 sampai 100 poin, dan sebuah skoring yang digabungkan merupakan prosedur yang ketetapanya boleh disebagian kredit pada beberapa item. Manfaat dari penggabungan 3MS dan MMSE, skor dapat diperoleh dari administrasi singel. Penggunaan 3MS telah menunjukkan kesensitifan dan kespesifikan. Teng, Chui, dan Gong (dalam jurnal APA, 1996) melaporkan bahwa 3MS lebih reliabel dan lebih sensitif dalam mendeteksi demensia daripada MMSE.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa alat ukur untuk mendeteksi gangguan demensia alzheimer yang lebih reliabel dan sensitif adalah alat ukur 3MS (Modified Mini-Mental State Examination), yang menggabungkan skor tes MMSE dan 3MS.

b. Pengukuran secara Neurosains

Neurosains adalah cabang ilmu yang meliputi studi terhadap neuroanatomi, neurifisiologi, fungsi otak, dan model cara kerja otak dari disiplin psikologi maupun dari disiplin ilmu komputer. Lebih jelasnya neurosains dan ilmu kognitif yang disatukan menghasilkan ilmu tentang otak dan pikiran (Solso dkk, 2007). Ilmu ini dapat memberikan kebutuhan dalam menemukan bukti-bukti fisik yang mendukung struktur pikiran. Perkembangan peralatan yang canggih telah memungkinkan untuk mengidentifikasi dengan bukti material,

keberadaan proses-proses psikologis yang penting seperti bahasa, persepsi, identifikasi bentuk, berfikir, memori, dan fungsi-fungsi kognitif yang lain.

Penggabungan neurosains dan ilmu kognitif ini juga merupakan sasaran klinis untuk menemukan korelasi antara pathologi otak dan perilaku (simtom). Teknik-teknik yang digunakan ilmuwan untuk mengintip ke dalam otak manusia meliputi pemindaian (PET) (*positron emission tomography*), pemindaian CT (*computed axial tomography*), teknologi MRI (*magnetic resonance imaging*). Teknik-teknik ini tidak bersifat invasif (tidak melukai pasien) (Solso, 2007).

Berikut klasifikasi kegunaan peralatan yang digunakan ilmuwan untuk mengungkapkan struktur otak dan fungsionalnya (Solso, 2007):

Akronim	Nama	Alat	Informasi yang direkam	Tampilan	Informasi yang didapat
CT	Computed Axial Tomography	Pemindai X-ray	Kepadatan jaringan	Tampilan 3D	Struktur otak
PET	Positron Emission Tomography	Pemindai radioaktif	Aliran darah serebral regional (penggunaan glukosa)	Tampilan 3D yang diberi kode-kode berwarna	Fungsi otak
MRI	Magnetic Resonance Imaging	Pemindai elektromagnetik	Kepadatan atom-atom hidrogen	Tampilan 3D	Struktur otak

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa alat untuk mendiagnosis gangguan alzheimer adalah dengan menggunakan alat CT, MRI dan PET.

Dalam penelitian ini peneliti tidak mengukur keadaan fungsi otak responden.

D. Hubungan Zikir dalam Mencegah Gangguan Demensia Alzheimer

1. Secara Spiritual (Agama)

Menurut Mushthafa Mahmud, agama memandang lupa atau “*ghafalah*” dalam bingkai yang lebih luas dari pandangan psikologi modern, yakni bingkai relasi manusia dengan Allah. Barangsiapa yang dekat dengan Tuhan dan ia senantiasa berdzikir kepada-Nya, maka daya ingatannya akan selalu dalam keadaan sempurna dan tidak ada sesuatupun yang luput dari benaknya. Hal ini disebabkan karena ia sedang dalam lingkaran cahaya. Sebaliknya, barangsiapa yang jauh dari Tuhan, maka ia akan masuk dalam lingkaran kegelapan, tenggelam kedalam telaga kelupaan, kebimbangan, dan keterasingan. Dan, pada akhirnya ia menjadi orang yang lalai dan lupa (dalam Amru&Pahlevi, 2008).

Saleh (2010), dzikir merupakan media untuk kembali kepada Allah Swt. Dzikir akan membawa seseorang menyerahkan dirinya kepada Allah sehingga secara perlahan Allah menjadi tempat perlindungan dan bentengnya dari segala hal. Ia akan senantiasa berlindung kepada Allah dari setiap musibah dan kesulitan yang menghadangnya. Dzikir juga akan meningkatkan derajat manusia disisi Allah. Seorang hamba yang berdzikir setiap saat, di saat sehat maupun sakit, di saat senang maupun susah, tempat tidur, di pasar, maupun ditengah pekerjaan, niscaya ia akan berada sangat dekat dengan Allah hatinya akan dipenuhi dan disinari oleh cahaya dzikir.

HR. Bukhari, Muslim, dan Tirmidzi (dalam Saleh, 2010) Barangsiapa yang mengucapkan “*laa ilaha illa allahu la syarika lahu, lahu al-mulk wa lahu al-*

hamd wa huwa ala kulli syay'in qadir (tiada Tuhan selain Allah, tiada sekutu bagiNya, kepunyaanNya segala kerajaan dan segala puji, dan Dia maha berkuasa atas segala sesuatu) sebanyak seratus kali dalam sehari maka ia mendapatkan pahala seperti membebaskan sepuluh budak dan akan dituliskan baginya seratus kebaikan serta dihapuskan seratus kesalahan. Ia pun akan memiliki perisai dari segala godaan setan pada hari itu hingga sore menjelang. Tiada seorangpun yang lebih baik darinya kecuali apabila ada seseorang yang mengerjakan hal itu lebih banyak darinya. Barangsiapa yang mengucapkan “*subhanallah wa bi hamdihi* (Maha suci Allah dan dengan pujian untukNya)” seratus kali dalam sehari maka semua dosa dan kesalahannya akan diampuni walaupun dosa dan kesalahannya bagaikan buih di lautan.

2. Secara Psiko-Neurologi

Menurut Syukur (dalam Amru & Pahlevi, 2008) menyatakan bahwa dzikir ada kekuatan psikoreligius, yang dalam keilmuan termasuk dalam cabang psiko-neuro-endokrin-inmunologi. Maksudnya, kondisi psikis akan mempengaruhi saraf dan selanjutnya mempengaruhi kelenjar, dan kelenjar akan mengeluarkan cairan dalam tubuh yang disebut dengan endokrin. Cairan ini akan mempengaruhi kekebalan tubuh. Dengan kata lain, kekuatan spiritual melalui sistem saraf yang di teruskan ke kelenjar hormonal memulihkan keseimbangan hormonal, imunitas tubuh pulih sehingga pertumbuhan sel-sel radikal atau kanker akan terhambat, terhenti, bahkan bisa hilang dan kembali menjadi yang normal.

Secara kognitif jika seseorang selalu beribadah (dzikir) maka ia melatih otaknya untuk berfikir fokus (Suyadi, 2008). Peta wilayah otak yang berhubungan dengan ingatan khusus dan fungsi ingatan meliputi tiga tempat, yaitu *cortex*, *serebellum*, dan *hippocampus*. Korteks (bagian luar otak) merupakan wilayah kognisi yang tinggi seperti berpikir, problem solving, dan mengingat. Serebellum merupakan wilayah regulasi fungsi-fungsi motorik dan ingatan motorik. Hippocampus merupakan wilayah yang memproses informasi baru dan route korteks untuk penyimpanan permanen, Solso (2007).

Secara kognitif, dzikir juga dapat mengaktifkan bagian penghubung saraf otak (korpus kolosum). Penelitian ini dilakukan oleh Persinger & Ramachandran (dalam Purwakania, 2008). Korpus kolosum (Atkinson dkk, 2002) adalah jembatan penghubung antara belahan otak kiri dan kanan, yang tugasnya menyampaikan informasi secara terintegrasi pada dua belahan otak. Jika korpus kolosum tidak berfungsi dengan baik, maka individu tidak dapat mengendalikan fungsional tubuh kiri dan kanan termasuk mengolah informasi bahasa dan memori.

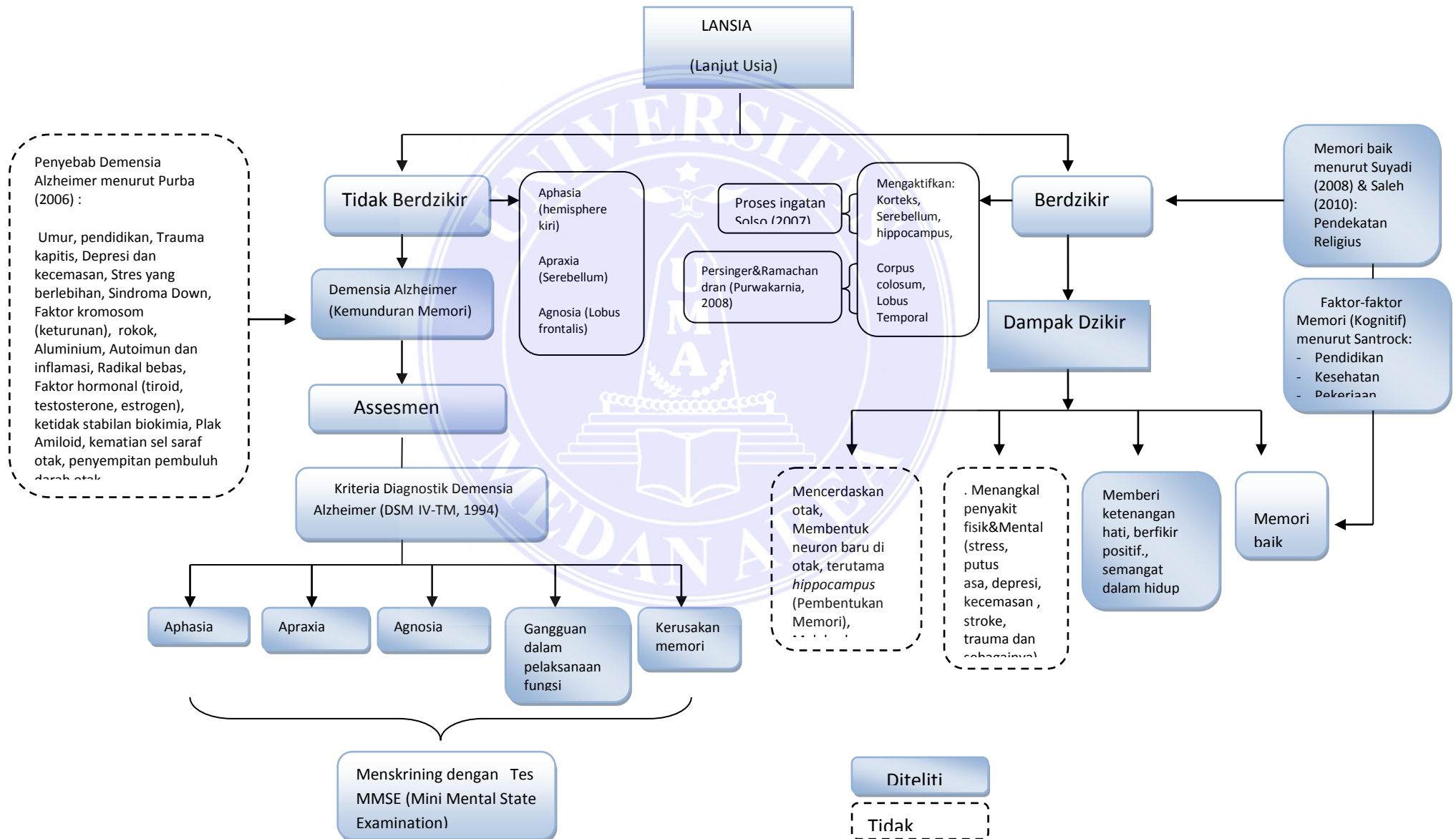
Hubungan Dzikir dalam mencegah gangguan demensia alzheimer pada lanjut usia dapat dijelaskan menurut ilmu saraf. Menurut Saleh (2010), hampir semua sumber penyakit itu dikarenakan faktor gangguan saraf. Gangguan saraf berawal dari gangguan kejiwaan yang berefek pada penyakit fisik (psikosomatis) seperti; depresi, stress, gangguan emosi dan penyakit hati lainnya. Lanjut usia rentan terkena gangguan psikis karena proses penuaannya. Kesedihan dan ketegangan emosi merangsang bagian saraf yang

disebut saraf simpatis. Bila teraktivasi berlebihan saraf ini membuat pembuluh darah memperkecil diameternya terus menerus. Beban psikis yang dirasakan individu juga akan memicu respon tubuh berupa ketegangan otak. Ketegangan otak ini dapat merangsang suatu jenis serabut saraf pengirim rangsang nyeri ke otak sehingga memunculkan perasaan tidak nyaman. Sel-sel saraf akan mengalami gangguan ketika seseorang menghadapi tekanan psikis (stress). Dalam keadaan seperti itu, tubuh melepaskan steroid, yaitu racun saraf (*neurotoksin*) sehingga fungsi metabolisme sel akan terganggu. Bila dibiarkan, akan terjadi kerusakan dan kematian sel (Purba, 2006). Menurut DSM IV-TM (1994) di sebagian besar kasus Demensia tipe Alzheimer, otak mengalami terhentinya pertumbuhan, dengan meluasnya *kortikal sulci* dan luasnya kamar serebral daripada seharusnya yang terjadi pada proses penuaan normal. Hal ini dapat di perlihatkan dengan *computed tomography* (CT) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) mengungkapkan perubahan histopathological, termasuk tanda kepikunan, kekusutan serat saraf otak (saraf yang terbelit-belit), degenerasi granuvaskuler, musnahnya sel-sel saraf otak, *astrocytic gliosis* dan amiloid protein.

Kematian sel saraf ini dikarenakan adanya penurunan kadar oksigen dan glukosa yang disebabkan oleh turunnya pasokan aliran darah setelah pengecilan pembuluh darah. Pembuluh darah ke otak dapat menyempit serentak di sekitar bagian otak yang dikenal dengan iskemia. Proses penyempitan ini berfungsi untuk melindungi otak (Purba, 2006). Ditinjau dari ilmu saraf, terdapat suatu hubungan antara aliran udara pernapasan keluar yang mengandung zat CO₂

(karbondioksida) dengan dzikir. Hal ini dapat di kaji melalui ilmu tajwid (salah satu ilmu bahasa untuk mempelajari huruf-huruf dalam bahasa arab lengkap dengan pelafalannya setiap hurup dari tempat keluarnya, panjang pendeknya), mendzikirkan kalimat dzikir *la ilaha illallah* dan *astaghfirullah* akan mengeluarkan CO₂ lebih banyak saat udara di hembuskan keluar mulut karena unsur-unsur kalimat *la ilaha illallah* di dalamnya ada huruf *jahr* (arti secara harfiah; terang atau jelas, menurut istilah artinya: tertahannya aliran (hembusan) nafas ketika mengucapkan huruf, karena kuatnya tekanan terhadap makhraj huruf tersebut) yang diulang sebanyak tujuh kali, yaitu huruf *lam*, dan dalam *astaghfirullah* terdapat huruf *ghayn*, *ra* , dan dua *lam* sehingga ada empat huruf *jahr* yang harus dilafalkan keras dan mengakibatkan udara yang keluar dari dalam paru melalui mulut lebih banyak dibandingkan dengan kalimat dzikir lainnya. Pembuluh darah di otak, ketika seseorang melakukan dzikir secara intens dan khusyuk seraya memahami artinya, akan membuat aliran CO₂ yang keluar dari pernapasan lebih banyak, terutama dalam melafalkan huruf lam dengan benar. Pengucapan kalimat dzikir ini akan mengakibatkan kadar CO₂ di dalam otak secara teratur menurun jumlahnya, secara kimiawi. Hal ini mengakibatkan diameter dinding pembuluh darah cenderung mengecil (Saleh., 2010).

PARADIGMA PENELITIAN





BAB III

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini peneliti akan menjelaskan metode yang akan digunakan dalam penelitian. Metode penelitian ini mencakup beberapa hal, yaitu metode penelitian kualitatif, responden penelitian, teknik pengumpulan data, metode analisis data, prosedur penelitian, keabsahan dan kejelasan penelitian.

A. METODE PENELITIAN KUALITATIF

1. Pengertian Metode Kualitatif

Menurut Krik dan Miller (dalam Wulandari, 2009) istilah penelitian kualitatif pada mulanya bersumber pada pengamatan kuantitatif. Pengamatan kuantitatif melibatkan pengukuran tingkat suatu ciri tertentu. Untuk menemukan sesuatu dalam pengamatan, pengamat harus mengetahui apa yang menjadi ciri sesuatu itu. Berdasarkan pertimbangan tersebut, peneliti menyatakan bahwa penelitian kuantitatif mencakup setiap jenis penelitian yang didasarkan atas perhitungan statistik atau angka kuantitas. Atas dasar pertimbangan itulah maka kemudian penelitian kualitatif tampaknya diartikan sebagai penelitian yang tidak mengadakan perhitungan.

Bogdan dan Taylor (Poerwandari, 2007) mengadakan pengkajian selanjutnya terhadap istilah penelitian kualitatif, yang mendefinisikan

“metodologi kualitatif” sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Menurut mereka, pendekatan ini diarahkan pada latar belakang dan individu tersebut secara holistik. Penelitian kualitatif menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkrip wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, rekaman, video, dan lain sebagainya. Peneliti menggunakan metode ini karena peneliti ingin melakukan penelitian terhadap suatu fenomena dalam situasi dimana fenomena tersebut dapat dilihat dalam konteks alamiah (apa adanya), serta peneliti dapat memperoleh pemahaman jelas tentang realitas dan kondisi nyata kehidupan responden pada penelitian ini (Poerwandari, 2007).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa metode kualitatif adalah metode yang tidak menggunakan perhitungan tapi merupakan rangkaian prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Perilaku yang diamati tidak dibuat-buat tapi bersifat apa adanya.

2. Karakteristik Penelitian Kualitatif

Menurut Poerwandari (2007) penelitian kualitatif memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

a. Mendasarkan diri pada kekuatan narasi

Yang mendasar diri pada penelitian kualitatif adalah bahwa untuk dapat mengungkapkan kompleksitas realitas sosial yang diteliti bertumpu pada

kekuatan narasi. Elaborasi naratif dapat dibantu dengan tampilan visual seperti skema, bagan, atau gambar.

b. Studi dalam situasi alamiah.

Peneliti tidak berusaha untuk memanipulasi *setting* penelitian, melainkan melakukan studi terhadap suatu fenomena dalam situasi dimana fenomena itu ada.

c. Analisis induktif

Dikatakan induktif karena peneliti tidak memaksakan diri untuk hanya membatasi penelitian pada upaya menerima atau menolak duga-dugaannya, melainkan mencoba memahami situasi (*make sense of the situation*) sesuai dengan bagaimana situasi tersebut menampilkan diri.

d. Kontak personal langsung

Kegiatan lapangan merupakan aktivitas sentral dari sebagian besar peneliti kualitatif. Mengunjungi lapangan berarti mengembangkan hubungan personal langsung dengan orang-orang yang diteliti agar peneliti memperoleh pemahaman jelas tentang realitas dan kondisi nyata kehidupan sehari-hari.

e. Perspektif holistik

Pendekatan holistik mengasumsikan bahwa keseluruhan fenomena perlu dimengerti sebagai suatu sistem yang kompleks, dan bahwa yang menyeluruh tersebut lebih besar dan lebih bermakna daripada penjumlahan bagian-bagian.

f. Perpektif dinamis

Penelitian kualitatif melihat gejala sosial sebagai sesuatu yang dinamis dan berkembang, bukan sebagai suatu hal yang statis dan tidak berubah dalam perkembangan kondisi waktu.

g. Orientasi pada kasus unik

Penelitian kualitatif akan menampilkan kedalaman dan detail, karena fokusnya memang pada penyelidikan yang mendalam pada sejumlah kecil kasus. Kasus dipilih sesuai minat dan tujuan khusus yang diuraikan dalam tujuan penelitian.

h. Bersandar pada netralitas-empatis

Empati mengacu pada sikap peneliti terhadap subjek yang dihadapi dan diteliti, sementara netralitas mengacu pada sikap peneliti menghadapi temuan penelitian. Peneliti dengan netralitas-empatis akan memasuki arena penelitian tanpa teori yang harus dibuktikan, tanpa senjata untuk menggali, tanpa dugaan tentang hasil-hasil yang harus didukung atau ditolak (bersikap netral).

i. Ada fleksibilitas desain

Berhubungan dengan keluesan desain, tidak ada aturan pasti dalam jumlah sampel yang harus diambil dalam penelitian kualitatif. Jumlah sampel sangat tergantung pada apa yang ingin diketahui peneliti, tujuan peneliti, konteks saat itu, apa yang dianggap bermanfaat dan dapat dilakukan dengan waktu dan sumber daya yang tersedia.

j. Sirkuler

Penelitian kualitatif bersifat sirkuler karena tidak selalu mengikuti tahap-tahap kaku terstruktur seperti yang berlangsung dalam penelitian kuantitatif.

k. Peneliti adalah instrumen kunci

Peneliti berperan besar dalam seluruh proses penelitian, mulai dari memilih topik, mendekati topik tersebut, mengumpulkan data hingga menganalisis dan melakukan interpretasi.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa karakteristik penelitian kualitatif adalah mendasarkan diri pada kekuatan narasi, dilakukan dalam situasi alamiah, dianalisis induktif, melakukan kontak personal langsung, perspektif holistik, dinamis, berorientasi pada kasus unik, sirkuler, bersandar pada netralitas-empatis, adanya fleksibilitas desain dan peneliti merupakan instrumen kunci.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif karena peneliti ingin mempelajari lebih mendalam dan mendetail tentang kasus yang dialami oleh responden yang berdzikir dengan yang tidak berdzikir, serta hubungannya dengan gangguan Demensia tipe Alzheimer.

3. Langkah-Langkah Penelitian Dalam Pendekatan Kualitatif

Menurut Berg (dalam poerwandari, 2007) mengatakan bahwa langkah-langkah dalam melaksanakan penelitian adalah:

- a. Memiliki ide
- b. Memiliki teori
- c. Memiliki desain
- d. Melakukan pengumpulan data
- e. Melakukan Analisis
- f. Mendapatkan temuan

Sedangkan menurut Sedyaningsih (dalam makalah “ metode kualitatif”, 2007), langkah-langkah penelitian dalam pelaksanaan penelitian kualitatif yaitu:

- a. Permasalahan

Deskriptif – Pembuktian – Evaluasi – Interpretasi – Prediksi.

- b. Studi literature

Menyusun kerangka berpikir- mempertajam fokus – mendesain proposal – menentukan metode pengumpulan data – menentukan analisis data.

Dengan demikian, langkah-langkah dalam penelitian kualitatif yaitu, penentuan masalah, menetapkan tujuan, menggunakan metode, melakukan pengumpulan data, melakukan interpretasi data, evaluasi dan melakukan prediksi.

4. Rancangan Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif menyusun rancangan penelitiannya bersifat sementara, karena ketika penelitian berlangsung, peneliti secara terus-menerus menyesuaikan rancangan tersebut dengan proses penelitian dan kenyataan yang terjadi di lapangan. Jadi, secara ketat dan kaku sebelum penelitian dilaksanakan (Alsa, 2003). Hal ini disebabkan karena; (a) peneliti kualitatif belum dapat membayangkan tentang kenyataan-kenyataan yang akan terjadi di lapangan, (b) peneliti belum dapat meramalkan tentang perubahan yang akan terjadi ketika interaksi antara peneliti dan kenyataan yang akan diteliti dan (c) bermacam-macam sistem nilai yang terkait berhubungan dengan cara yang dapat diramalkan.

B. RESPONDEN PENELITIAN.

1. Karakteristik Responden.

Pada penelitian ini karakteristik responden yang digunakan yaitu:

- a. Lanjut usia yang tidak Demensia Alzheimer karena rajin berdzikir.
- b. Lanjut usia yang Demensia Alzheimer yang tidak pernah berdzikir.
- c. Lanjut usia kategori *elderly* (60-74 tahun) dan *very old* (90 tahun keatas).

2. Jumlah Responden

Menurut Pantton (dalam Poerwandari, 2007), desain kualitatif memiliki sifat luwes, oleh sebab itu tidak ada aturan yang pasti dalam jumlah sampel yang harus diambil untuk penelitian kualitatif. Jumlah sampel sangat tergantung pada apa yang dianggap bermanfaat dan dapat dilakukan dengan waktu dan sumber daya yang tersedia.

Sarantoks (Poerwandari, 2007) mengemukakan karakteristik prosedur penentuan responden dalam penelitian kualitatif pada umumnya adalah sebagai berikut :

- (1) Diarahkan tidak pada jumlah sampel yang besar.
- (2) Tidak di tentukan secara kaku sejak awal, tetapi dapat berubah baik dalam hal jumlah ataupun karakteristik sampelnya sesuai dengan pemahaman konseptual yang berkembang dalam penelitian.

(3) Tidak di arahkan pada keterwakilan melainkan pada kecocokan konteks. Dalam hal ini, jumlah sampel penelitian kualitatif tidak mempersoalkan jumlah sampel.

Dalam penelitian ini, jumlah sampel responden adalah sebanyak 2 (dua) orang. Responden utama kategori lanjut usia *very old*, tidak Demensia Alzheimer serta rajin berdzikir. Responden kedua kategori *elderly*, mengalami Demensia Alzheimer dan tidak pernah berdzikir.

3. Prosedur Pengambilan Responden

Prosedur pengambilan sampel berdasarkan teori atau konstruk operasional tertentu. pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu pengambilan sample berdasarkan teori atau berdasarkan konstruk operasional (*theory-based/operasional construct sampling*), dengan kecenderungan peneliti untuk memilih responden yang dianggap mengetahui masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang akurat.

4. Informan Penelitian

Informan Penelitian ini adalah orang yang memberikan informasi tentang responden kepada peneliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah anak responden.

C. TEKNIK PENGAMBILAN DATA

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara dan observasi.

a. Wawancara

Menurut Banister, dkk (Poerwandari, 2007) Wawancara adalah percakapan dan Tanya jawab yang di arahkan untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Wawancara kualitatif dilakukan bila peneliti bermaksud untuk memperoleh pengetahuan tentang makna-makna subjektif yang di pahami individu berkenan dengan topik yag di teliti, dan bermaksud melakukan eksplorasi terhadap isu tersebut, suatu hal yang tidak dapat di lakukan melalui pendekatan lain.

Variasi dalam wawancara menurut Patton (Poerwandari, 2007) yaitu :

i) Wawancara Informal

Proses wawancara di dasarkan sepenuhnya pada berkembangnya pertanyaan secara spontan dalam interaksi alamiah.

ii) Wawancara dengan Pedoman Umum.

Peneliti di lengkapi dengan pedoman wawancara yang sangat umum, yang mencantumkan isu-isu yang harus diliput tanpa bentuk pertanyaan eksplisit.

iii) Wawancara dengan Pedoman terstandar yang terbuka.

wawancara di tulis secara rinci, lengkap dengan set pertanyaan dan penjabarannya dalam kalimat.

Dalam Penelitian ini peneliti menggunakan wawancara dengan pedoman umum.

b. Observasi

Menurut Banister, dkk (Poerwandari, 2007), observasi menjadi bagian dalam penelitian psikologis, dapat langsung dalam waktu konteks eksperimental dan alamiah. Patton (Poerwandari, 2007) menjelaskan bahwa persepsi selektif pada manusia menyebabkan munculnya keraguan terhadap validitas dan reliabilitas observasi sebagai suatu metode pengumpulan data.

Menurut Minauli (2006) terdapat beberapa pembagian jenis-jenis observasi dengan karakteristiknya masing-masing:

i) Observasi Terkendali dan Tidak Terkendali

Para peneliti psikologi dan para ahli psikodiagnostik cenderung untuk menjadi observer yang lebih sistematis dibandingkan orang awam lainnya, namun mereka juga mendapat informasi mengenai orang lain melalui observasi informal, dan tidak dikendalikan (*uncontrolled observation*) mengenai perilaku seseorang dalam situasi alami. Sedangkan observasi terkendali (*controlled observation*) terdiri dari observasi-observasi yang di buat dalam situasi yang telah diatur sebelumnya.

ii) Observasi Partisipan dan Nonpartisipan

Pada observasi partisipan, observer menjadi bagian dari mereka

yang diobservasi dan dapat memperoleh pengamatan dari tangan pertama karena dapat merasakan langsung bagaimana situasi tersebut. Sedangkan observasi nonpartisipan, observer hanya bertindak sebagai peneliti total yang tidak terlibat dalam peristiwa tersebut.

iii) Observasi-diri (*Self-Observation*)

Self-observation (pengamatan diri) yang kadang-kadang dilakukan seseorang adalah suatu metoda pengumpulan data baik data konteks penelitian maupun klinis.

Dalam Penelitian ini peneliti menggunakan observasi partisipan dan nonpartisipan.

D. ALAT BANTU PENGUMPULAN DATA

Menurut poerwandari (2007) dalam metode wawancara alat yang terpenting bagi peneliti adalah alat bantu untuk memudahkan proses penelitian. Adapun alat bantu yang di gunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Pedoman wawancara.

Pedoman ini bertujuan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian selain itu juga sebagai alat bantu untuk mengkategorisasikan jawaban sehingga memudahkan pada tahap analisis datanya nanti.

2. Alat perekam (*tape recorder*)

Dalam wawancara tidak bijaksana apabila menghandalkan ingatan saja, karena indera manusia memiliki keterbatasan yang memungkinkan peneliti melewatkan hal-hal yang dapat mendukung hasil penelitian, maka dari itu perlu menggunakan alat perekam (*tape recorder*).

Alat perekam digunakan untuk memudahkan peneliti dalam mengulang kembali hasil wawancara yang telah dilakukan. Dengan adanya hasil rekaman wawancara tersebut, akan memudahkan peneliti apabila ada kemungkinan data yang kurang jelas. Penggunaan alat perekam ini dilakukan dengan memperoleh persetujuan responden terlebih dahulu.

3. Informed Consent

Merupakan lembaran pernyataan persetujuan antara peneliti dan subjek penelitian. Yang salah satu tujuannya, untuk menjaga kerahasiaan subjek penelitian sehingga tidak menimbulkan masalah baru yang dapat memberatkan subjek penelitian.

E. PROSEDUR PENELITIAN

1. Persiapan Penelitian

Dalam tahap persiapan penelitian di lakukan hal-hal sebagai berikut yaitu mempersiapkan judul masalah yang akan diteliti, menentukan rumusan masalah yang akan di teliti, memilih subjek yang di teliti, membuat pedoman wawancara yang akan di tanyakan kepada subjek, melengkapi semua alat bantu yang akan di gunakan.

Sebelum memulai wawancara peneliti menjelaskan tentang identitasnya dan tujuan penelitian. Peneliti menginformasikan pada responden bahwa wawancara ini akan direkam dan hasil dari wawancara ini bersifat rahasia. Sebelum penelitian, terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan peneliti, yaitu :

- a. Menyiapkan surat keterangan dari Fakultas Psikologi Universitas Medan Area untuk menjelaskan identitas peneliti.
- b. Menghubungi individu-individu yang dapat menghubungkan peneliti dengan individu yang memiliki karakteristik yang sesuai untuk penelitian ini.

2. Pelaksanaan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian akan di lakukan dengan cara berikut :

- a. Melakukan wawancara dengan responden.
- b. Melakukan observasi secara langsung kepada subjek dan ditambah

dengan wawancara dengan informed consent.

- c. Penelitian dilaksanakan di tempat yang telah di sepakati bersama sebelumnya dan dengan mendatangi langsung tempat tinggal responden, agar dapat sekaligus mengobservasi bagaimana keadaan subjek di lingkungan tempat tinggalnya.

E. METODE ANALISIS DATA

Langkah penting pertama yang perlu sebelum analisis lakukan adalah membubuhkan kode-kode pada materi yang diperoleh. Koding dimaksudkan untuk dapat mengorganisasikan dan mensistematisasikan data secara lengkap dan mendetail sehingga data dapat memunculkan gambaran tentang topik yang dipelajari. Semua peneliti kualitatif menganggap tahap koding sebagai tahap yang penting, meskipun peneliti yang satu dan yang lain memberikan usulan prosedur yang tidak sepenuhnya sama (dalam poerwandari, 2007).

Secara praktis dan efektif, langkah awal koding dapat dilakukan melalui: pertama, peneliti menyusun transkrip verbatim (kata demi kata) atau catatan lapangan. Hal ini memudahkan peneliti membubuhkan kode-kode atau catatan-catatan tertentu diatas transkrip tersebut. Kedua, peneliti secara urut dan kontinyu melakukan penomoran pada baris-baris transkrip atau catatan lapangan tertentu. Ketiga, peneliti memberikan nama untuk masing-masing berkas dengan kode tertentu. Jangan lupa memberi tanggal ditiap berkas.

Analisis tematik bukan metode kualitatif yang baru dikembangkan, melainkan suatu proses yang digunakan dalam mengolah informasi kualitatif. Analisis tematik adalah proses yang dapat digunakan dalam hampir semua metode kualitatif, dan memungkinkan penterjemah gejala/informasi kualitatif menjadi data kualitatif yang sesuai dengan kebutuhan peneliti (Boyatzis dalam Poerwandari, 2007). Analisis tematik merupakan proses mengkode informasi, yang dapat menghasilkan daftar tema, model tema atau indikator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema itu, atau hal-hal diantara atau gabungan yang telah disebutkan.

Beberapa hal yang dapat dilakukan peneliti dalam menganalisis hasil wawancara (Smith dalam Poerwandari, 2007) adalah :

1. Membaca transkrip berulang-ulang untuk mendapatkan pemahaman tentang kasus atau masalah, kemudian menggunakan salah satu bagian kosong untuk menuliskan pemadatan fakta-fakta, tema-tema yang muncul atau kunci-kunci yang dapat menangkap esensi data dari teks yang dibaca.
2. Peneliti kemudian menggunakan satu sisi yang lain untuk menuliskan apapun yang muncul saat peneliti membaca transkrip tersebut.
3. Dilembar terpisah, peneliti dapat mendaftar tema-tema yang muncul tersebut, dan mencoba memikirkan hubungan diantara mereka.
4. Setelah peneliti melakukan proses yang ada di atas pada tiap-tiap transkrip atau catatan lapangan, ia dapat menyusun master berisikan daftar tema-tema dan kategori-kategori, yang telah disusun sehingga menampilkan pola hubungan antar kategori.

F. KEABSAHAN DAN KEAJEKAN PENELITIAN.

Menurut Poerwandari (2007) penelitian adalah suatu kegiatan ilmiah dan konsep-konsep yang dikembangkan sering didiskusikan untuk mengukur ilmiah suatu penelitian seperti validitas, reliabilitas, replikasi dan objektivitas. Konsep-konsep tersebut selanjutnya disebut dengan keabsahan dan keajejan penelitian. Konsep-konsep tersebut juga sering di gunakan untuk mengevaluasi penelitian dengan pendekatan kualitatif. Hal penting yang dapat meningkatkan keabsahan dan keajejan penelitian adalah dengan melakukan triangulasi.

Menurut Patton (dalam poerwandari, 2007) triangulasi mengacu pada usaha untuk memperoleh data dari sumber yang berbeda dan cara yang berbeda untuk memperoleh kejelasan suatu hal. Triangulasi dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk yaitu:

1. Triangulasi data: Menggunakan sumber data yang berbeda.
2. Triangulasi peneliti: menyertakan beberapa peneliti dan evaluator yang berbeda.
3. Triangulasi teori: menggunakan perspektif yang berbeda untuk menginterpretasi data yang ada.
4. Triangulasi metode: Menggunakan metode yang berbeda untuk meneliti suatu hal yang sama.

Adapun dalam penelitian ini peneliti menggunakan triangulasi data, triangulasi peneliti, dan triangulasi teori.

e. Analisis Intrapersonal Responden I (nenek Afifah) dengan Informan (wak Sammy).

Berikut ini akan diuraikan analisis intrapersonal responden I (nenek Afifah) dengan informan (wak Sammy) pada tabel 3:

Tabel 3.

Analisis Intrapersonal Responden I (nenek Afifah dengan Informan (wak Sammy)

NO	Aspek Penelitian	Responden I (nenek Afifah)	Informan (wak Sammy)	Kesimpulan
1	Faktor Penurunan memori pada responden	<p>a. Faktor Pendidikan: Mengenai pendidikan, nenek hanya sekolah dasar selama dua bulan.</p> <p>b. Faktor Kesehatan: Nenek sering memasak sayur rebus-rebusan, ikan, daging dan sebagainya. Nenek tidak memakai penyedap masakan, ketika memasak mie instan nenek merendamnya dahulu agar hilang lemak-lemaknya. Dalam hal makanan nenek tidak mempunyai pantangan, walaupun giginya sudah banyak yang ompong, nenek akan menghaluskan makanan yang keras, seperti jika makan jagung, daging, buah, sehingga tidak ada pantangan untuk memakannya. Nenek selalu rutin minum air putih setengah gelas setelah kumur-kumur, air putih yang diminum adalah air yang sudah diembunkan semalaman.</p>	<p>a. Faktor Pendidikan: Nenek tidak mendapatkan pendidikan di usia lanjutnya.</p> <p>b. Faktor kesehatan: Nenek biasanya selalu masak sayuran seperti kangkung, rebung, daun ubi, buncis, terung, kacang panjang dan segala jenis sayuran.</p> <p>c. Faktor Kegiatan: Selain jualan, nenek juga sering rewang jagain beras, sayuran yang belum diolah, serta menjadi pawang hujan.</p> <p>d. Faktor Spiritual: Nenek selalu bangun jam empat untuk tahajjud, nenek juga sering berdzikir menggunakan jari tangannya.</p>	<p>Walaupun di usia lanjutnya tidak mendapatkan pendidikan namun memori nenek Afifah masih baik, karena ia selalu menjaga pola makannya, aktif bekerja dan selalu beribadah,</p>

		<p>c. Faktor Pekerjaan: Aktivitas nenek berjualan kue di sekolah dasar depan rumahnya, melakukan pekerjaan rumah dan memenuhi kebutuhan pribadinya sehari-hari.</p> <p>d. Faktor Spiritual: Setiap pagi nenek bangun jam empat pagi untuk shalat tahajjud. Nenek rajin melakukan puasa sunat Senin-Kamis,serta selalu berdzikir. Dzikir yang sering dilakukan nenek adalah dzikir <i>Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar</i> sebanyak 500 kali. Jam lima pagi nenek duduk sambil dzikir, sehabis dzikir lalu berdoa memohon untuk dihindarkan dari sakit. Selain doa tersebut nenek juga sering do'a surah-surah pendek atau panjang. Sebelum tidur nenek selalu baca Alfatihah sebanyak 100 kali rutin, tujuannya adalah agar sehat</p>		
2	Ciri-ciri Demensia Alzheimer pada Responden	<p>a. Aphasia (gangguan bahasa). Tes MMSE: nenek mampu menyebutkan nama benda sesuai dengan namanya, lalu nenek mampu mengulang kata “namun”, “tanpa”, dan “bila” dengan baik.</p>	<p>a. Aphasia (gangguan bahasa). Dalam segi bahasa dan menyampaikan ide nenek masih mampu, selain itu nenek tidak pernah terbolak-balik memanggil nama kucingnya.</p>	<p>Ciri-ciri Demensia Alzheimer pada responden tidak ada. Faktor lupa pada nenek masih kategori wajar, dikarenakan tidak adanya informasi/media</p>

		<p>b. Apraxia (menurunnya kemampuan aktivitas motorik). Tes MMSE: nenek mampu mengikuti instruksi untuk memegang kertas HVS, lalu melipatnya menjadi dua bagian, lalu mengembalikannya ke peneliti. Nenek juga mampu menggambar segi lima, namun gagal mengikuti instruksi untuk menulis secara spontan.</p> <p>c. Agnosia (kegagalan untuk mengenali objek meskipun kemampuan sensori utuh). Nenek mampu mengenali objek sesuai dengan namanya seperti menyebutkan nama organ di wajah serta mampu mengulanginya kembali (<i>recall</i>). Nenek juga dapat mengekspresikan keadaan emosinya seperti tertawa, sedih.</p> <p>d. Gangguan dalam Pelaksanaan Fungsi (seperti mengorganisasikan, mengurutkan, atau berfikir secara abstrak). Pada tes atensi dan kalkulasi, Nenek mampu berhitung angka puluhan. Tes mengeja kata terbalik “WAHYU”, nenek hanya mendapat skor satu. Nenek mampu memecahkan</p>	<p>b. Apraxia (menurunnya kemampuan aktivitas motorik). Nenek mampu melakukan tugas sehari-hari seperti memasak, mandi, beribadah, mencuci.</p> <p>C. Agnosia (kegagalan mengenali objek meskipun kemampuan sensori utuh) Nenek tidak pernah salah dalam mengenali barang-barang dan salah menyebutkan sesuatu.</p> <p>e. Gangguan dalam Pelaksanaan Fungsi (seperti mengorganisasikan, mengurutkan, atau berfikir secara abstrak). Nenek tidak memiliki gangguan fungsi, nenek dapat menyimpan uangnya dengan baik, berpikir secara abstrak seperti perbaikan tiang penyangga depan rumahnya yang miring.</p> <p>f. Kerusakan Memori Nenek tidak pernah lupa dimana menaruh kuncinya, mengingat berapa jumlah ikan yang dimasaknya, serta mengingat nama kucing peliharaannya.</p>	<p>yang mengharuskan nenek untuk mengingat.</p>
--	--	---	---	---

		<p>masalahnya seperti masalah warisan dan lingkungan sekitar.</p> <p>e. Kerusakan Memori.</p> <p>Nenek masih mengingat memori ketika pertama kali jumpa kakek dan akhirnya menikah. Nenek mampu mengingat nama anak-anaknya, namun lupa nomor urutnya. Nenek mampu menyebutkan jumlah cucu, cicit serta cangganya sekarang.</p>		
3	Dampak dzikir pada responden	<p>Dampak dzikir yang terlihat pada nenek adalah Nenek selalu tenang dalam menghadapi anak-anaknya yang serakah terhadap harta warisan. Nenek juga mampu berfikir positif ketika ada orang yang mencoba menjelek-jelekinya, dengan mengucapkan syukur <i>Alhamdulillah</i>. Semangat hidup nenek dapat di lihat dari kemauannya terus berjualan, beribadah, beraktivitas setiap hari tanpa rasa mengeluh, dan juga memori nenek yang masih baik. Nenek dapat mengingat sejumlah nama anak-anaknya walaupun urutan lahirnya terbalik-balik. Nenek masih dapat mengingat masa lalunya, seperti mengingat awal perjumpaan dengan kakek, mengingat nama orang</p>	<p>Dampak dzikir yang terlihat adalah memori nenek yang masih baik, nenek selalu mengingati wak Sammy untuk mengunci pagar, pintu, jendela, mematikan dan menghidupkan lampu, nenek juga tidak pernah lupa menaruh kunci nenek selalu menjalankan aktivitasnya dengan semangat.</p>	<p>Dampak dzikir menjadikan nenek selalu semangat dalam mengerjakan aktivitas, selalu berfikiran positif, ketenangan hati dalam menghadapi masalah serta mampu menguatkan memori nenek.</p>

		<p>tuanya. Dampak dzikir lainnya, nenek tidak mengalami gangguan mental, Ketika menghadapi suaminya yang meninggal, sahabat-sahabat yang tidak ada lagi, keadaan perekonomian yang menuntutnya untuk bekerja. Nenek selalu sabar dan tidak mengeluh.</p>		
--	--	--	--	--

e. Analisis Intrapersonal Responden II (nenek Sopi) dengan Informan (Ratna).

Berikut ini akan diuraikan analisis intrapersonal responden I (nenek Sopi) dengan informan (Ratna) pada tabel 6:

Tabel 6:

Analisis Intrapersonal Responden II (nenek Sopi dengan Informan (Ratna))

No.	Aspek penelitian	Responden II (nenek Sopi)	Informan II (Ratna)	Kesimpulan
1.	Faktor Penurunan memori pada responden	<p>a. Faktor Pendidikan Mengenai pendidikan, nenek hanya tamat SD.</p> <p>b. Faktor Kesehatan Nenek suka makan bakso, lontong, ikan, serta nasi</p> <p>c. Faktor Pekerjaan Nenek Sopi lupa aktivitas apa saja yang sering dikerjakan ketika masih dengan suami pertama. Aktivitas selama bersama suami kedua adalah ikut bertambak.</p> <p>d. Faktor Spiritual Mengenai spiritual nenek, ternyata nenek jarang sekali melakukan ibadah</p>	<p>a. Faktor Pendidikan Nenek Sopi sekolah hanya sampai tamat SD. Lalu umur 14 tahun menikah dengan ayah Ratna.</p> <p>b. Faktor Kesehatan Nenek biasanya sering masak sayuran yang menggunakan bumbu penyedap, makanannya selalu berminyak. Nenek juga sering jajan, seperti bakso, cendol, mie ayam dan sebagainya.</p> <p>c. Faktor Pekerjaan Aktivitas nenek Sopi sewaktu dengan suami pertama sebagai ibu rumah tangga, dengan suami kedua bertambak ikan dan udang.</p>	<p>Nenek sopi jarang melakukan kegiatan yang dapat melatih aktivitas otaknya seperti bekerja, membaca, shalat dan berdzikir.</p> <p>Nenek sopi juga tidak menjaga asupan gizi makan dan pola makannya. Ini jelas terlihat setelah kepergian suaminya nenek jarang makan, dan makannya sembarangan.</p>

			<p>d. Faktor Spiritual</p> <p>Nenek tidak pernah shalat dan berdzikir. Dahulu sewaktu suami keduanya masih hidup nenek masih mau melakukan shalat atas perintahnya, walaupun tidak sering. Sekarang sama sekali tidak mau shalat.</p>	
2.	Ciri-ciri Demensia Alzheimer	<p>Tes MMSE:</p> <p>a. Aphasia (gangguan bahasa) Pada pemeriksaan orientasi nenek hanya mampu menjawab lima dari sepuluh yang di tanyakan, skornya 5. Tes bahasa, nenek mampu menyebutkan 2 benda yang ditunjuk peneliti. Lalu nenek gagal mengulang kata-kata “namun”, “tanpa”, “bila”.</p> <p>b. Apraxia (menurunnya kemampuan aktivitas motorik). Nenek dapat melakukan perintah melipat kertas menjadi dua bagian dan meletakkannya di lantai. Lalu nenek gagal membaca dan melakukan perintah “pejamkan mata anda”. Menulis dengan spontan nenek tidak dapat melakukannya. Lalu menggambar bentuk limas juga</p>	<p>a. Aphasia (gangguan bahasa) Tingkah laku nenek seperti anak-anak. Sering terdengar nenek bicara sendiri pelan namun tidak jelas. Bahasanya juga sering terbalik-balik, seperti anak-anak bicara, tidak teratur, terulang-ulang dan salah-salah. Nenek tidak mengetahui warna, yang di ketahuinya hanya warna merah, kuning, hitam, dan putih.</p> <p>b. Apraxia (menurunnya kemampuan aktivitas motorik). Nenek Sopi kadang buang air kecil tidak pada tempatnya. tidak peduli jika ada orang yang melihat, seolah-olah ia</p>	<p>Hasil dari pemeriksaan tes MMSE (Mini Mental State Examination) dari 11 item yang ditanyakan mendapatkan skor total 14 dari 30 skor yang harus didapatkan, dari skor tersebut nenek Sopi terkena gangguan kognitif definite. Nenek sopi mempunyai hendaya dalam berbahasa (aphasia), jenis aphasia ringan yang dialami nenek adalah aphasia motorik, yaitu ketidakmampuan mengekspresikan pikiran dengan berbicara, ini bisa dilihat kata-kata nenek sering terbalik-balik ketika berbicara. Nenek Sopi juga tidak</p>

		<p>gagal, skor tes bahasa mendapat 5.</p> <p>c. Agnosia (Kegagalan untuk mengenali objek meskipun kemampuan sensori utuh). Pemeriksaan registrasi nenek mampu menyebutkan tiga nama benda yang di tunjuk, skornya 3.</p> <p>d. Gangguan dalam Pelaksanaan Fungsi (seperti mengorganisasikan, mengurutkan, atau berfikir secara abstrak). Tes atensi dan kalkulasi nenek gagal mengurangi angka 100 dengan</p> <p>e. Kerusakan Memori Tes mengingat kembali (<i>recall</i>) Nenek hanya mampu menjawab 1 dari 3 benda, skornya 1. Nenek dapat mengingat sembilan nama anak-anaknya dari suami pertama, namun lupa urutannya.</p>	<p>sedang di kamar mandi. Tangan nenek sopi kadang suka gemeteran. Sering terlihat jika ia melamun sendirian tangannya suka goyang-goyang. Nenek Sopi juga kadang mengeluh dadanya sesak.</p> <p>c. Agnosia (kegagalan untuk mengenali objek meskipun kemampuan sensori utuh). Nenek pernah salah memanggil nama anaknya.</p> <p>d. Gangguan dalam Pelaksanaan Fungsi (seperti mengorganisasikan, mengurutkan, atau berfikir secara abstrak). Ketika suami keduanya meninggal, nenek suka menyendiri, berubah jadi egois dan keras kepala pada anaknya. Dahulu nenek juga keras kepala, namun masih bisa di arahkan suaminya, ia patuh sekali dengan suami keduanya. Sekarang setelah suaminya meninggal ia hanya ngikuti keinginannya sendiri. Nenek Sopi tidak mampu membuat keputusan, seperti jika diberi</p>	<p>mampu melaksanakan fungsi seperti merencanakan serta mengorganisasikan sesuatu. Gangguan kognitif yang dialami nenek menyebabkan gangguan dalam bidang sosial atau fungsional dalam pekerjaan. Gangguan kognitif nenek Sopi disebabkan kematian pasangan, masalah ekonomi yang menyebabkan depresi, cemas, serta stress. Depresi yang berkepanjangan merupakan salah satu pemicu penyebab Alzheimer. Cemas yang dialami nenek sopi menyebabkan gemeteran dan kebingungan.</p>
--	--	--	---	--

			<p>uang, maka ia akan meghabiskannya, berapapun yang dikasih akan dibelanjakannya, apa yang dibelinya tidak pernah nampak. Ketika sakit, nenek Sopi tidak lepas dari obat. Seperti jika sakit kepala, sakit rematik, lemas sedikit badannya, ia langsung minum obat. Obat yang tidak lepas dikonsumsi adalah obat rematik. Cara berpakaian nenek Sopi kadang terlihat rapi namun kebanyakan tidak rapinya. Jika dipantau anaknya berpakaian ia akan rapi, tapi jika tidak ada yang memperhatikan ia akan suka-suka hati memilih pakaian yang tidak sesuai.</p> <p>e. Kerusakan memori Nenek tidak mengingat tahun kelahirannya, tidak mengingat aktivitas selama dengan suami pertamanya.</p>	
3.	Dampak dzikir responden yang tidak berdzikir	Nenek sopi tidak pernah beribadah, baik itu shalat maupun berdzikir. Merasa kehilangan dan sedih di tinggal suaminya. Nenek Sopi tidak memiliki memori yang baik.	Ketenangan bathin nenek tidak ada, nenek selalu merasa kesepian, cemas dan stress ketika harus menghadapi hidup tanpa suaminya. Nenek juga selalu memaki orang yang	Dampak dzikir pada Nenek Sopi tidak ada.

			membuatnya marah dan merasa terhina. Nenek sopi memiliki nafsu makan yang kurang, dan kurang bersemangat jika melakukan sesuatu. Memori nenek Sopi kurang baik.	
--	--	--	---	--

B. ANALISIS INTERPERSONAL

Nenek Afifah (responden I), merupakan lanjut usia yang berusia 96 tahun. Nenek Afifah sudah menjanda sejak 15 tahun yang lalu. Nenek Afifah tinggal berdua bersama anaknya yang masih lajang (wak Sammy). Kegiatan nenek sehari-hari adalah berjualan kue disekolah dasar depan rumahnya. Selain itu nenek mengerjakan pekerjaan rumahnya sendiri. Diusianya yang tergolong sangat tua, nenek masih mampu mengingat masa lalunya dan informasi yang baru saja diterima. Hal inilah yang membuat nenek masih mampu berkomunikasi dan bersosialisasi dengan orang lain.

Nenek Afifah hanya mendapatkan pendidikan dibangku sekolah dasar kelas dua. Selain itu nenek hanya mendapatkan pengajaran pelatihan manasik haji selama setahun pada tahun 1995. Kemampuan memori nenek Afifah tidak didapat dari pendidikan, karena diusia lanjutnya nenek tidak mendapatkan pendidikan apapun. Hal ini dapat dilihat nenek tidak mampu membaca, karena sekolah hanya sampai kelas dua SD saja (W-I/RI 0427).

Nenek Sopi juga tidak mendapatkan pendidikan diusia lanjutnya. Pendidikan terakhirnya hanya sampai tamat sekolah dasar saja. Diusia lanjutnya juga tidak mendapatkan pendidikan (Wawancara Informan).

Mengenai kesehatan, nenek Afifah masih sehat secara fisik dan mental, walaupun ada beberapa organ yang mengalami kemunduran, seperti mata yang semakin rabun dan tulang belakang yang kehilangan kepadatannya. Nenek Afifah selalu menjaga pola makan

makanan yang harus dimakannya, dan rajin minum setengah gelas air putih yang diembunkan, nenek juga tidak mempunyai gangguan stroke, diabetes, hipertensi, jantung (W-2/R1 0093, 0095, 0255).

Sedangkan nenek Sopi malas untuk makan dan selalu makan sembarangan. Secara fisik dan mental nenek Sopi perlahan-lahan mengalami kemunduran. Seperti penyakit rematik yang semakin parah, sering gemetaran,, gangguan pikiran yang menyebabkan cemas serta depresi, gangguan dalam berbahasa dan gangguan memori jangka panjang dan pendek (R2 0071, 0777, 0779, 0782, 0626, 0569).

Mengenai pekerjaan, nenek Afifah masih sangat aktif dan lincah dalam mengerjakan pekerjaannya sendiri. Nenek masih sanggup jualan walaupun anak-anaknya melarang. Nenek masih bisa belanja kepasar, mencuci, menyapu, masak, serta beribadah (R1 0469, 0486).

Sedangkan nenek Sopi tidak mempunyai kegiatan tetap sehari-harinya. Pekerjaan rumahnya selalu dibantu oleh anaknya. Jika tidak dikerjakan anaknya nenek Sopi akan membiarkannya, seperti piring kotor, pakaian menumpuk, rumah tidak disapu dan sebagainya (W4/R2 0761, 0755).

Perbandingan spiritual nenek Afifah dan nenek Sopi terlihat jelas. Nenek Afifah rajin berdzikir sedangkan nenek Sopi tidak sama sekali. Nenek Afifah tidak hanya berdzikir setelah shalat saja, tapi juga pada waktu luang atau lagi duduk-duduk sendiri. Nenek Afifah selalu berdzikir sebanyak 500 kali. Bacaan dzikir yang sering di ucapkan adalah *Subhanallah*, *Alhamdulillah*, *Astaghfirullah*, dan *Allahu Akbar* (W-1/R1 0019, 0027).

Mengenai ciri-ciri Demensia Alzheimer pada nenek Afifah tidak ada, karena nenek masih sangat lancar dalam berbahasa, mampu merencanakan dan merancang kegiatan masa depan, mampu mengenali objek beserta namanya dengan benar, serta nenek masih kuat memorinya dalam menceritakan masa remajanya, menikah, mengingat jumlah anak, cucu, cicitnya dan mengingat nama orang yang baru saja dikenalnya (W-1/ R2 0014, W-2 0109, W-2 0116, 0200, 0206, 0208, 0209, 0223, 0225, 0248, 0250).

Sedangkan nenek Sopi mempunyai beberapa ciri-ciri gangguan Demensia Alzheimer, seperti dalam berbahasa nenek sering bersalahan, terbolak-balik dan selalu mengulangi kata-kata yang sama. Lalu nenek kehilangan sebagian memorinya bersama suami pertamanya, dan lebih cenderung mengingat memori bersama suami kedua. Nenek Sopi juga mengalami sedikit disorientasi ruang dan waktu. Selain itu nenek tidak dapat merencanakan dan memprogram hal-hal kedepan yang akan

dilakukannya. Nenek Sopi juga sering lupa mengingat nama orang yang baru saja dikenalkan padanya (W, R2 0569, 0584, 0779, 0782, 0784, 0790, 0794, 0806).

Dampak dzikir pada nenek Afifah dapat di lihat dari semangatnya dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. Selain itu nenek masih mampu mempertahankan memori jangka panjang dan pendeknya. Dampak dzikir lainnya dapat dilihat dari ketenangan nenek Afifah dalam menghadapi masalah yang ada dikeluarganya serta masalah yang berkaitan dengan penuaannya. Nenek Afifah juga selalu berfikiran positif sehingga segala pekerjaan dan masalah lancar dikerjakan. Selain itu nenek juga selalu bijak dalam berbuat, kritis dan cekatan (W-1/R2 0019, 0027, 0029, 0439, 0453, 0469, 0546, 0559).

Karena nenek Sopi tidak pernah beribadah dan berdzikir maka dapat dilihat kemunduran secara fisik dan mentalnya. Seperti nenek Sopi mudah tersinggung, tidak sabaran, selalu marah-marah, kehilangan sebagian memorinya, selalu merasa cemas, kemunduran dalam berbahasa serta mengalami gangguan fungsi (W- /R2 0569, 0580, 0587, 0596, 0602, 0605, 0769, 0777, 0816, 0818).

Uraian diatas dapat dilihat dalam Ringkasan Analisis Interpersonal pada tabel 7 di bawah ini:

Berikut ini akan diuraikan analisis interpersonal responden I (nenek Afifah) dengan responden II (nenek Sopi) pada tabel 7:

Tabel 7.

Analisis Interpersonal Responden I (nenek Afifah) dengan R esponden II (nenek Sopi)

No	Aspek Penelitian	Responden I (Nenek Afifah)	Responden II (nenek Sopi)	Kesimpulan
1	Faktor Penurunan memori pada responden	<p>a. Faktor Pendidikan Nenek Afifah hanya sekolah SD selama dua bulan saja, diusia lanjutnya nenek tidak mendapatkan pendidikan apapun.</p> <p>b. Faktor Kesehatan Nenek selalu menjaga kesehatannya dengan pola makan dan apa yang dimakannya.</p> <p>c. Faktor Pekerjaan Nenek Afifah masih aktif dan lancar dalam</p>	<p>a. Faktor Pendidikan Nenek Sopi hanya tamatan sekolah dasar, diusia lanjutnya nenek tidak mendapatkan pendidikan apapun.</p> <p>b. Faktor Kesehatan Nenek Sopi jarang makan, dan jika makan ia lebih suka makan mie, dan jajan sembarangan.</p> <p>c. Faktor Pekerjaan Pekerjaan sehari-hari nenek Sopi selalu dibantu anaknya,</p>	<p>a. Faktor memori pada nenek Afifah tidak didapat dari pendidikannya, tapi dari dampak dzikir yang membuat nenek sadar menjaga kesehatannya dengan pola makan yang baik, lalu dari aktivitas yang sering dilakukannya turut mempertahankan memorinya.</p> <p>b. Sedangkan faktor memori nenek Sopi tidak ada, selain tidak mendapatkan pendidikan yang tinggi, nenek juga jarang melakukan aktivitas yang</p>

		<p>mengerjakan pekerjaannya sehari-hari.</p> <p>d. Faktor Spiritual Nenek Afifah rajin berdzikir, nenek tidak hanya berdzikir setelah shalat saja, tapi juga pada waktu luang atau lagi duduk-duduk sendiri. Nenek Afifah selalu berdzikir sebanyak 500 kali, bacaan dzikir yang sering di ucapkan adalah <i>Subhanallah</i>, <i>Alhamdulillah</i>, <i>Astaghfirullah</i>, dan <i>Allahu Akbar</i>.</p>	<p>namun jika tidak di bantu nenek membiarkannya.</p> <p>d. Faktor Spiritual Nenek Sopi tidak pernah beribadah sama sekali.</p>	<p>dapat meningkatkan memorinya, nenek juga tidak menjaga kesehatan dan tidak pernah berdzikir.</p>
2	<p>Ciri-ciri Demensia Alzheimer pada Responden</p>	<p>Ciri-ciri Demensia Alzheimer pada nenek Afifah tidak ada, karena nenek masih sangat lancar dalam berbahasa, mampu merencanakan dan merancang kegiatan masa depan, mampu mengenali objek beserta namanya</p>	<p>Nenek Sopi mempunyai beberapa ciri-ciri gangguan Demensia Alzheimer, seperti dalam berbahasa nenek sering bersalahan, terbolak-balik dan selalu mengulangi kata-kata yang sama. Lalu nenek kehilangan sebagian memorinya bersama suami</p>	<p>Nenek Afifah tidak memiliki Demensia Alzheimer, sedangkan nenek Sopi mempunyai beberapa ciri-ciri Demensia Alzheimer.</p>

		dengan benar, serta memori nenek masih kuat dalam menceritakan masa remajanya, menikah, dan mengingat nama orang yang baru saja dikenalnya	pertamanya, dan lebih cenderung mengingat memori bersama suami kedua. Nenek Sopi juga mengalami sedikit disorientasi ruang dan waktu. Selain itu nenek tidak dapat merencanakan dan memprogram hal-hal kedepan yang akan dilakukannya. Nenek Sopi juga sering lupa mengingat nama orang yang baru saja di kenalkan padanya	
3	Dampak dzikir pada responden	Responden yang berdzikir: Dampak dzikir pada nenek Afifah dapat dilihat dari semangatnya dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. Selain itu nenek masih mampu mempertahankan memori jangka panjang dan pendeknya. Dampak dzikir	Responden yang tidak berdzikir: Karena nenek Sopi tidak pernah beribadah dan berdzikir maka dapat dilihat kemunduran secara fisik dan mentalnya. Seperti nenek Sopi mudah tersinggung, tidak sabaran, selalu marah-	Nenek Afifah mendapatkan dampak dari dzikir , seperti memberi ketenangan hati, berfikir positif, semangat dalam hidup dan terhindar dari Demensia Alzheimer yaitu gangguan memori yang sifatnya perlahan-lahan. Sedangkan nenek Sopi tidak

		<p>lainnya dapat dilihat dari ketenangan nenek Afifah dalam menghadapi masalah yang ada di keluarganya serta masalah yang berkaitan dengan penuaannya. Nenek Afifah juga selalu berfikiran positif sehingga segala pekerjaan dan masalah lancar dikerjakan. Selain itu nenek juga selalu bijak dalam berbuat, kritis dan cekatan.</p>	<p>marah, kehilangan sebagian memorinya, selalu merasa cemas, kemunduran dalam berbahasa serta mengalami gangguan fungsi.</p>	<p>mendapatkan dampak dari dzikir, sehingga kemunduran fisik dan mental dapat terlihat jelas, dan faktor depresi selama bertahun-tahun menyebabkan nenek mengalami Demensia Alzheimer.</p>
--	--	---	---	--

LAMPIRAN A

LAMPIRAN A

PEDOMAN WAWANCARA

1. Faktor-faktor memori pada responden:
 - a. Kesehatan
 - b. Pendidikan
 - c. Pekerjaan
 - d. Spiritual
2. Ciri-ciri Demensia Alzheimer pada responden:
 - a. Kerusakan memori
 - b. Aphasia (gangguan berbahasa)
 - c. Apraxia (Menurunnya kemampuan motorik)
 - d. Agnosia (Gagal mengenali objek)
 - e. Gangguan pelaksanaan fungsi
3. Dampak dzikir pada responden:
 - a. Ketenangan hati
 - b. Berfikir positif
 - c. Semangat dalam hidup
 - d. Memori yang baik

LAMPIRAN B

LAMPIRAN B

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, bersedia berperan serta dalam penelitian.

Nama :

Jenis Kelamin :

Usia :

Pekerjaan :

Saya telah diminta dan telah menyetujui untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian ini. Peneliti telah menjelaskan penelitian ini beserta dengan tujuan dan manfaatnya, dengan demikian saya menyatakan tidak berkenaan memberikan informasi dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan kepada saya.

Saya menyetujui bahwa identitas diri dan juga informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan digunakan untuk tujuan penelitian.

Medan, 2011

Responden

Peneliti

()

()

LAMPIRAN C

LAMPIRAN D

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI (MMSE)

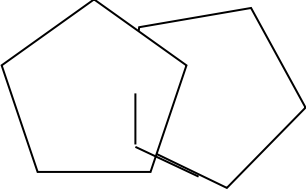
Sumber: Pokdi Fungsi Luhur PERDOSSI (modifikasi FOLSTEIN)

Nama Pasien:.....(Lk/Pr) Umur:.....Pendidikan:.....Pekerjaan:.....

Riwayat Penyakit Stroke () DM () Hipertensi () Peny.Jantung () Peny. Lain.....

Alasan diperiksa.....Pemeriksa:.....Tgl.....

Item	Tes	Nilai Mak.	Nilai
1	ORIENTASI Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar).	5	
3	REGISTRASI Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata “WAHYU” (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; uyahw = 2 nilai)	5	
5	MENGINGAT KEMBALI (RECALL) Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda diatas.	3	
6	BAHASA Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku)	2	
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata: “namun”, “tanpa”, “bila”	1	
8	Pasien disuruh melakukan perintah: “Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan	3	

9	letakkan di lantai”. Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata anda”	1	
10	Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	
11	Pasien disuruh menggambar bentuk dibawah ini 	1	
Total		30	

Skor: Nilai: 24-30: Normal
 Nilai: 17-23: Probable gangguan Kognitif
 Nilai: 0-16: Define gangguan kognitif

LAMPIRAN D

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI (MMSE)

Sumber: Pokdi Fungsi Luhur PERDOSSI (modifikasi FOLSTEIN)

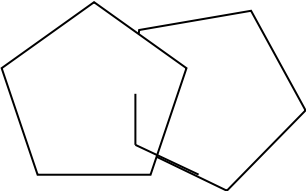
Nama Pasien: **Afifah** (Pr), Umur: 96 tahun, Pendidikan: SD, Pekerjaan: Jualan.

Riwayat Penyakit Stroke (-), DM (-), Hipertensi (-), Peny.Jantung (-), Peny. Lain: Tidak ada

Alasan diperiksa: Melihat kondisi mental Subjek, Pemeriksa: Isma Zulhaini, Supervisor: Dra. Hj.

Irna Minauli Tgl: 4 Maret 2011

Item	Tes	Nilai Mak.	Nilai
1	ORIENTASI Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	4
2	Kita berada dimana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar).	5	5
3	REGISTRASI Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	3
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; uyahw = 2 nilai)	5	3
5	MENINGAT KEMBALI (RECALL) Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda diatas.	3	3
6	BAHASA Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku)	2	2
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata: "namun", "tanpa", "bila"	1	1
8	Pasien disuruh melakukan perintah: "Ambil kertas ini	3	3

	dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.		
9	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata anda”	1	-
10	Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	-
11	Pasien disuruh menggambar bentuk dibawah ini	1	1
			
	Total	30	25

Skor: Nilai: 24-30: Normal
 Nilai: 17-23: Probable gangguan Kognitif
 Nilai: 0-16: Define gangguan kognitif

LAMPIRAN D

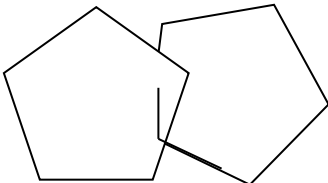
PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI (MMSE)

Sumber: Pokdi Fungsi Luhur PERDOSSI (modifikasi FOLSTEIN)

Nama Pasien: **Sopi** (Pr), Umur: 61 tahun, Pendidikan: SD, Pekerjaan: Tidak ada,
Riwayat Penyakit Stroke (-) DM (-) Hipertensi (-) Peny.Jantung (-) Peny. Lain: Rematik,
Stres, Depresi, Cemas, gangguan bahasa, pelupa.

Alasan diperiksa: Melihat kondisi mental subjek, Pemeriksa: Isma Zulhaini, Supervisor: Dra. Hj.
Irna Minauli, M.Si. Tgl: 4 Juni 2011

Item	Tes	Nilai Mak.	Nilai
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	2
2	Kita berada dimana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar).	5	3
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	3
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; uyahw = 2 nilai)	5	-
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda diatas.	3	-
	BAHASA		
6	Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku)	2	2
7	Pasien disuruh mengulang kata-kata: "namun", "tanpa", "bila"	1	1
8	Pasien disuruh melakukan perintah: "Ambil kertas ini		

	dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai”.	3	3
9	Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata anda”	1	-
10	Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	-
11	Pasien disuruh menggambar bentuk dibawah ini	1	-
			
	Total	30	14

Skor: Nilai: 24-30: Normal
 Nilai: 17-23: Probable gangguan Kognitif
 Nilai: 0-16: Define gangguan kognitif

LAMPIRAN E

LAMPIRAN D

LAMPIRAN D

Bagan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer

