

**PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK
PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI
KEDOKTERAN DAN ISLAM**



3008

**HERLIZA
1102002116**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Dokter Muslim
Pada**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS YARSI
JAKARTA FEBRUARI 2010**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah kami setuju untuk dipertahankan di hadapan Komisi Penguji
Skripsi, Fakultas Kedokteran UNIVERSITAS YARSI.

Jakarta, Februari 2010

Ketua Komisi Penguji

(Dr. Hj. Salmi Nazir, Sp.PA)

Pembimbing Medik

(Dr. Nasrudin Noor, Sp.Kj)

Pembimbing Agama

(H. Irwandi M. Zen, Lc, MA)

ABSTRAK

Penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam

Demensia adalah suatu gangguan intelektual atau daya ingat yang umumnya progresif dan irreversibel. Biasanya ini sering terjadi pada orang usia di atas 65 tahun. Di Indonesia sering dianggap bahwa demensia ini merupakan gejala normal pada setiap orang tua.

Tujuan umum penulisan skripsi ini adalah untuk memperoleh informasi tentang penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam. Sedangkan tujuan khususnya yaitu untuk mengetahui faktor etiologi sindrom demensia, mengetahui penatalaksanaan demensia khususnya untuk gejala neuropsikiatrik dan mengetahui pandangan Islam mengenai penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia.

Kolinesterase inhibitor terbukti bermanfaat terhadap gejala neuropsikiatrik tetapi efektifitasnya sedikit lebih rendah jika dibanding antipsikotik atipikal. Tetapi obat tersebut tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan pasien, sehingga penggunaannya dapat dibenarkan

Kolinesterase inhibitor diperbolehkan menurut Islam. Sesuai dengan kaidah bahwa asal sesuatu yang diciptakan Allah adalah halal dan mubah. Tidak ada satupun yang haram, kecuali karena ada nas yang sah dan tegas dari syari' (yang berwenang membuat hukum itu sendiri, yaitu Allah dan Rasul) yang mengharamkannya.

Untuk kalangan medis di Indonesia mungkin dapat memulai menaruh perhatian pada penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia dengan memberikan penjelasan kepada para pasien dengan sejelas-jelasnya dan selalu mengikuti perkembangan informasi yang terkait dengan masalah tersebut

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji hanya milik Allah SWT semata, karena atas berkat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini yang berjudul “PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN DAN ISLAM”. Skripsi ini diajukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Dokter Muslim dari Fakultas Kedokteran Universitas YARSI Jakarta.

Berbagai kendala yang peneliti hadapi sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini tidak terlepas dari adanya bantuan dan dukungan dari banyak pihak. Atas bantuan yang diberikan, baik bantuan moril maupun materil, maka penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Qomariyah, MS, PKK, AIFM, sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi.
2. Dr. Wan Nedra, Sp.A, sebagai wakil dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi
3. Dr. Nasrudin Noor, Sp.Kj, selaku pembimbing medis yang telah memberikan kesempatan dan meluangkan sedikit waktu di tengah kesibukannya, yang dengan sabar membimbing penulis dalam pembuatan skripsi ini.

4. H. Irwandi M. Zen, Lc, MA, selaku pembimbing Agama yang dengan sabar telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala dan karyawan perpustakaan Universitas Yarsi.
6. Kedua orang tua penulis, yang telah memberikan segala motivasi dan dukungannya.
7. Teman-teman angkatan 2002, terima kasih atas semua dukungan dan motivasi yang telah diberikan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung dan membantu tersusunnya skripsi ini.

Namun apapun hasilnya, segala daya upaya dalam pengoptimalan penulisan skripsi ini sepenuhnya terbatas pada kemampuan dan wawasan berpikir penulis, yang pada akhirnya penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Dengan demikian sangat terbuka bagi adanya kritik ataupun saran-saran dari semua pihak yang penulis hormati.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

Jakarta, Februari 2010

(Herliza)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Permasalahan	4
1.3. Tujuan	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat.....	4
BAB II PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN	6
2.1 DEMENSIA	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3. Klasifikasi.....	8
2.1.4 Etiologi	10
2.1.5 Patofisiologi.....	12
2.1.6 Gejala Klinis	14
2.1.7 Diagnosis	18
2.1.8 Penatalaksanaan Demensia Pada tingkat Layanan Primer	20
2.2 PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA	22

BAB III PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM.....	27
3.1 DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM	27
3.2 KESEHATAN JIWA MENURUT PANDANGAN ISLAM.....	30
3.3 PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM.....	32
BAB IV KAITAN ANTARA PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM TENTANG PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA.....	38
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	40
5.1 Kesimpulan.....	40
5.2 Saran	41

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Halaman
1.	Perbandingan persentase etiologi dari demensia	12
2.	Plaq senile.....	17
3.	Sel otak pada penyakit Alzheimer dibandingkan dengan sel otak normal	17

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
1.	Kemungkinan penyebab demensia	11
2.	Stadium penyakit Alzheimer	18

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demensia bukanlah suatu penyakit yang spesifik. Demensia merupakan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan kumpulan gejala yang bisa disebabkan oleh berbagai kelainan yang mempengaruhi otak. Seorang penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktivitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian dan masalah tingkah laku seperti mudah marah dan berhalusinasi. Seseorang didiagnosis demensia bila dua atau lebih fungsi otak, seperti ingatan dan keterampilan berbahasa, menurun secara signifikan tanpa disertai penurunan kesadaran (Dekosky, 2002).

Perjalanan penyakit demensia biasanya dimulai secara perlahan dan makin lama makin parah, sehingga keadaan ini pada mulanya tidak disadari. Terjadi penurunan dalam ingatan, kemampuan untuk mengingat waktu dan kemampuan untuk mengenali orang, tempat dan benda. Penderita memiliki kesulitan dalam menemukan dan menggunakan kata yang tepat dan dalam pemikiran abstrak (misalnya dalam pemakaian angka). Sering terjadi perubahan kepribadian dan gangguan perilaku (Yaffe, 2002).

Gejala awal biasanya adalah lupa akan peristiwa yang baru saja terjadi tetapi bisa juga bermula sebagai depresi, ketakutan, kecemasan, penurunan emosi atau

perubahan kepribadian lainnya. Terjadi perubahan ringan dalam pola berbicara sehingga penderita menggunakan kata-kata yang lebih sederhana, menggunakan kata-kata yang tidak tepat atau tidak mampu menemukan kata-kata yang tepat. Ketidakmampuan mengartikan tanda-tanda bisa menimbulkan kesulitan dalam mengemudikan kendaraan. Pada akhirnya penderita tidak dapat menjalankan fungsi sosialnya (Hoblyn, 2003).

Beberapa penderita bisa menyembunyikan kekurangan mereka dengan baik. Mereka menghindari aktivitas yang rumit (misalnya membaca atau bekerja). Penderita yang tidak berhasil merubah hidupnya bisa mengalami frustrasi karena ketidakmampuannya melakukan tugas sehari-hari. Penderita lupa untuk melakukan tugasnya yang penting atau salah dalam melakukan tugasnya (Ballard, 2007).

Demensia cukup sering dijumpai pada lansia, menimpa sekitar 16% kelompok usia di atas 65 tahun dan 32-50% kelompok usia di atas 85 tahun. Pada sekitar 10-20% kasus demensia bersifat reversibel atau dapat diobati. Yang paling sering menyebabkan demensia adalah *penyakit Alzheimer*. Penyebab penyakit Alzheimer tidak diketahui, tetapi diduga melibatkan faktor genetik, karena penyakit ini tampaknya ditemukan dalam beberapa keluarga dan disebabkan atau dipengaruhi oleh beberapa kelainan gen tertentu. Pada penyakit Alzheimer, beberapa bagian otak mengalami kemunduran, sehingga terjadi kerusakan sel dan berkurangnya respon terhadap bahan kimia yang menyalurkan sinyal di dalam otak. Di dalam otak ditemukan jaringan abnormal (disebut plak senilis dan serabut saraf yang tidak beraturan) dan protein abnormal, yang bisa terlihat pada otopsi. Demensia *Lewy Body* sangat menyerupai penyakit Alzheimer, tetapi memiliki perbedaan dalam perubahan mikroskopik yang terjadi di dalam otak (Dagerman, 2006).

Penurunan kognitif merupakan gejala utama pada sindrom demensia. Selain gejala kognitif terkadang pada pasien demensia juga dapat disertai dengan gejala non kognitif berupa gejala neuropsikiatrik seperti delusi, halusinasi, agitasi, repetitive vocalizations, dan wandering. Gejala neuropsikiatrik terjadi pada kira-kira 60 persen pasien dengan demensia dan 80 persen di antaranya membutuhkan perawatan di rumah. Gejala neuropsikiatrik ini berhubungan dengan peningkatan morbiditas, biaya perawatan yang lebih besar dan penurunan kualitas hidup pasien. *Food and Drug Administration* (FDA) belum menerima beberapa jenis obat-obatan yang digunakan untuk penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien dengan demensia. Walaupun begitu beberapa jenis obat seperti antipsikotik sering diberikan dalam praktik. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa inhibitor kolinesterase dapat mengurangi gejala neuropsikiatrik pada pasien dengan sindrom demensia (Kristine, 2007).

Konsep yang dianjurkan oleh Islam untuk memperlakukan usia lanjut dengan berbagai penyakit seperti demensia dianjurkan seteliti dan setelaten mungkin. Perlakuan terhadap orang tua yang berusia lanjut dibebankan kepada anak-anak mereka, bukan kepada badan atau panti asuhan, termasuk panti jompo. Perlakuan terhadap orang tua menurut tuntunan Islam berawal dari rumah tangga. Allah menyebutkan pemeliharaan secara khusus orang tua yang sudah lanjut usia dengan memerintahkan kepada anak-anak mereka untuk memperlakukan kedua orang tua mereka dengan kasih sayang (Putri, 2009).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merasa perlu untuk membahas tentang “Penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam”.

1.2. Permasalahan

1. Apa faktor-faktor etiologi sindrom demensia?
2. Bagaimana penatalaksanaan demensia khususnya untuk gejala neuropsikiatrik?
3. Bagaimana pandangan Islam mengenai penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Memperoleh informasi tentang penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui faktor-faktor etiologi sindrom demensia
2. Mengetahui penatalaksanaan demensia khususnya untuk gejala neuropsikiatrik
3. Mengetahui pandangan Islam mengenai penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia

1.4 Manfaat

1. Bagi penulis

Untuk dapat lebih memahami mengenai penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam serta menambah pengalaman cara menulis karya ilmiah yang baik dan benar.

2. Bagi Universitas YARSI

Skripsi ini diharapkan sebagai bahan masukan bagi civitas akademika mengenai penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam.

3. Bagi masyarakat

Skripsi ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat sehingga dapat lebih memahami sindrom demensia termasuk penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia ditinjau dari Kedokteran dan Islam.

BAB II

PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI KEDOKTERAN

2.1 DEMENSIA

2.1.1 Definisi

Demensia adalah suatu gangguan intelektual atau daya ingat yang umumnya progresif dan irreversibel. Biasanya ini sering terjadi pada orang usia di atas 65 tahun. Di Indonesia sering dianggap bahwa demensia ini merupakan gejala normal pada setiap orang tua. Namun kenyataannya itu merupakan suatu anggapan yang salah. Anggapan ini harus dihilangkan dari pandangan masyarakat yang salah. Faktor risiko yang sering menyebabkan lanjut usia terkena demensia adalah usia, riwayat keluarga, jenis kelamin perempuan (Kaplan & Sadock's, 2005).

Demensia harus bisa dibedakan dengan gangguan mental, gangguan daya ingat atau intelektual yang akan terjadi dengan berjalannya waktu di mana fungsi mental yang sebelumnya telah dicapai secara bertahap akan hilang atau menurun sesuai dengan derajat yang diderita (Benjamin et al, 2007).

2.1.2 Epidemiologi

Prevalensi demensia semakin meningkat dengan bertambahnya usia. Prevalensi demensia sedang hingga berat bervariasi pada tiap kelompok usia. Pada kelompok usia di atas 65 tahun prevalensi demensia sedang hingga berat mencapai lima persen, sedangkan pada kelompok usia di atas 85 tahun prevalensinya mencapai

20 hingga 40 persen. Dari seluruh pasien yang menderita demensia, 50 hingga 60 persen di antaranya menderita jenis demensia yang paling sering dijumpai, yaitu demensia tipe Alzheimer (*Alzheimer's diseases*). Prevalensi demensia tipe Alzheimer meningkat seiring bertambahnya usia. Untuk seseorang yang berusia 65 tahun prevalensinya adalah 0,6 persen pada pria dan 0,8 persen pada wanita. Pada usia 90 tahun, prevalensinya mencapai 21 persen. Pasien dengan demensia tipe Alzheimer membutuhkan lebih dari 50 persen perawatan rumah (*nursing home bed*) (Adelman, 2005).

Jenis demensia yang paling lazim ditemui berikutnya adalah demensia vaskuler, yang secara kausatif dikaitkan dengan penyakit serebrovaskuler. Hipertensi merupakan faktor predisposisi bagi seseorang untuk menderita demensia. Demensia vaskuler meliputi 15 hingga 30 persen dari seluruh kasus demensia. Demensia vaskuler paling sering ditemui pada seseorang yang berusia antara 60 hingga 70 tahun dan lebih sering pada laki-laki daripada wanita (Jessica, 2008). Sekitar 10 hingga 15 persen pasien menderita kedua jenis demensia tersebut. Penyebab demensia paling sering lainnya, masing-masing mencerminkan satu hingga lima persen kasus adalah trauma kepala, demensia yang berhubungan dengan alkohol, dan berbagai jenis demensia yang berhubungan dengan gangguan pergerakan, misalnya penyakit Huntington dan penyakit Parkinson. Karena demensia adalah suatu sindrom yang umum, dan mempunyai banyak penyebab, dokter harus melakukan pemeriksaan klinis dengan cermat pada seorang pasien dengan demensia untuk menegakkan penyebab demensia pada pasien tertentu (Carrillo, 2009).

2.1.3. Klasifikasi

Demensia dapat diklasifikasikan berdasarkan umur, perjalanan penyakit, kerusakan struktur otak, sifat klinisnya dan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III) (Maslim, 1996).

a) Menurut Umur:

- Demensia senilis (>65th)
- Demensia prasenilis (<65th)

b) Menurut perjalanan penyakit:

- *Reversibel*
- *Ireversibel* (*Normal pressure hydrocephalus*, subdural hematoma, Defisiensi vitamin B, Hipotiroidism, intoksikasi Pb)

c) Menurut kerusakan struktur otak

- Tipe Alzheimer
- Tipe non-Alzheimer
- Demensia vascular
- Demensia Jisim Lewy (*Lewy Body dementia*)
- Demensia Lobus frontal-temporal
- Demensia terkait dengan HIV-AIDS
- Morbus Parkinson
- Morbus Huntington
- Morbus Pick
- Morbus Jakob-Creutzfeldt
- Sindrom Gerstmann-Sträussler-Scheinker
- *Prion disease*

- Palsi Supranuklear progresif
- Multiple sklerosis
- Neurosifilis
- Tipe campuran

d) Menurut sifat klinis:

- Demensia proprius
- *Pseudo-demensia*

Berdasarkan PPDGJ III demensia termasuk dalam F00-F03 yang merupakan gangguan mental organik dengan klasifikasinya sebagai berikut (Maslim, 1996):

F 00 Demensia pada penyakit Alzheimer

F00.0 Demensia pada penyakit Alzheimer dengan onset dini

F00.1 Demensia pada penyakit Alzheimer dengan Onset Lambat

F00.2 Demensia pada penyakit Alzheimer dengan, tipe tidak khas atau tipe campuran

F00.9 Demensia pada penyakit Alzheimer YTT (Yang Tidak Tergolongkan)

F 01 Demensia Vaskular

F01.0 Demensia Vaskular Onset akut

F01.1 Demensia Vaskular Multi-Infark

F01.2 Demensia Vaskular Sub Kortikal

F01.3 Demensia Vaskular campuran kortikal dan subkortikal

F01.8 Demensia Vaskular lainnya

F01.9 Demensia Vaskular YTT

F02 Demensia pada penyakit lain

F02.0 Demensia pada penyakit PICK

F02.1 Demensia pada penyakit Creutzfeldt-Jakob

F02.2 Demensia pada penyakit Huntington

F02.3 Demensia pada penyakit parkinson

F02.4 Demensia pada penyakit HIV

F02.8 Demensia pada penyakit lain YDT –YDK (Yang Di-Tentukan-Yang Di-Klasifikasikan ditempat lain)

F03 Demensia YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan demensia pada F00-F03 sebagai berikut (Maslim, 1996):

1. *.X0* Tanpa gejala tambahan
2. *.X1* Gejala lain, terutama waham
3. *.X2* Halusinasi
4. *.X3* Depresi
5. *.X4* Campuran lain

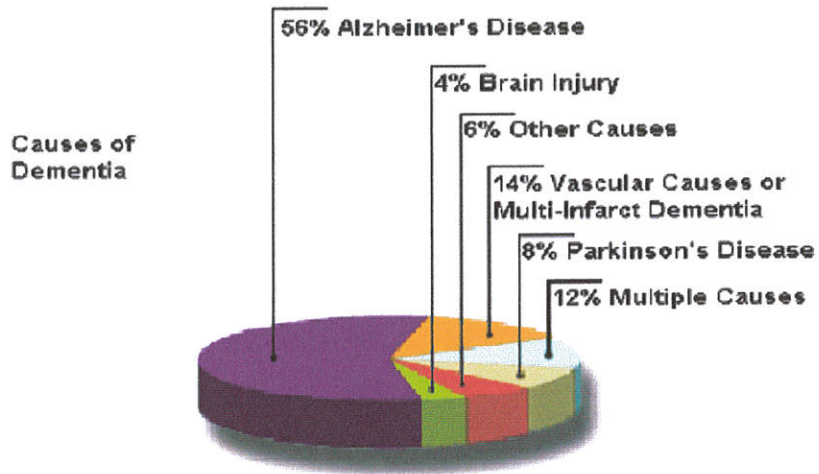
2.1.4 Etiologi

Penyebab demensia yang paling sering pada individu yang berusia diatas 65 tahun adalah (1) penyakit Alzheimer, (2) demensia vaskuler, dan (3) campuran antara keduanya. Penyebab lain yang mencapai kira-kira 10 persen diantaranya adalah demensia jisim Lewy (*Lewy body dementia*), penyakit Pick, demensia frontotemporal, hidrosefalus tekanan normal, demensia alkoholik, demensia infeksiosa (misalnya *human immunodeficiency virus* (HIV) atau sifilis) dan penyakit Parkinson. Banyak jenis demensia yang melalui evaluasi dan penatalaksanaan klinis berhubungan dengan penyebab yang ireversibel seperti kelaianan metabolik (misalnya hipotiroidisme), defisiensi nutrisi (misalnya defisiensi vitamin B12 atau defisiensi asam folat), atau sindrom demensia akibat depresi. Pada tabel 2.1 berikut ini dapat dilihat kemungkinan penyebab demensia (Miller, 2004):

Tabel 1. Kemungkinan penyebab demensia

<p>Demensia degenerative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit Alzheimer • Demensia frontotemporal (misalnya penyakit Pick) • Penyakit Parkinson • Demensia Jisim Lewy • Ferokalsinosis serebral idiopatik (penyakit Fahr) • Kelumpuhan supranuklear yang progresif <p>Lain-lain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit Huntington • Penyakit Wilson • Leukodistrofi metakromatik • Neuroakantosiosis <p>Kelainan Psikiatrik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pseudodemensia pada depresi • Penurunan fungsi kognitif pada skizofrenia lanjut <p>Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrosefalus tekanan normal <p>Kelainan metabolik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defisiensi vitamin (misalnya vitamin B12, folat) • Endokrinopati (hipotiroidisme) • Gangguan metabolic kronik (uremia) <p>Tumor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor primer maupun metastase (misalnya meningioma atau tumor metastasis dari tumor payudara atau tumor paru) 	<p>Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demensia pugilistica, <i>post traumatic demensia</i> • Subdural hematoma <p>Infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit prion (misalnya penyakit Creutzfeldt-Jakob, bovine spongiform encephalitis) • <i>Acquired immune deficiency syndrome</i> (AIDS) • Sifilis <p>Kelainan jantung, Vaskuler dan anoksia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infark serebri (infark tunggal maupun multiple atau infark lakunar) • Penyakit Binswanger (<i>Subcortical arteriosclerotic encephalopathy</i>) • Insufisiensi hemodinamik (hipoperfusi atau hipoksia) <p>Penyakit demielinisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sklerosis Multipel <p>Obat-obatan dan toksin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Logam berat • Radiasi • Pseudodemensia akibat pengobatan
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Sumber: Ayalon, 2006)



Gambar.1. Perbandingan persentase etiologi dari demensia

(Sumber: Vollmann, 2000)

2.1.5 Patofisiologi

Begitu banyak faktor penyebab terjadinya demensia pada berbagai penyakit yang telah disebut di atas. Apapun sebabnya, semuanya menyebabkan perubahan psiko-neurokimiawi di otak. Faktor-faktor gangguan regulasi DNA, *neural reserve capacity* untuk CNS *performance* yang *exhausted*, dan gangguan supply energi untuk metabolisme CNS dapat menyebabkan penurunan glikolitik yang kemudian berturut-turut mengakibatkan penurunan sintesis Asetil CO enzim A yang penting untuk sintesis Asetilkolin, penurunan aktifitas kolinasetiltransferase di kortek hipokampus, maka akibatnya terjadi penurunan kadar aktifitas kholinergik sehingga menyebabkan demensia (Vollmann, 2000).

Pada penelitian terbukti bahwa, penurunan kadar kolinasetiltransferase mempunyai korelasi langsung dengan hasil *test mental score* / aktifitas intelektual yang menurun dan juga peninggian jumlah *plague senille*. Aktifitas kholinergik

bersumber terutama pada basal *forebrain nucleus of mainert*, *locus ceruleus*, dan dorsal *raphe nuclei*. Secara ringkas bahwa proses demensia adalah terjadinya perubahan neuro kimiawi yang tersebut di bawah ini (Ayalon, 2006):

1. Pengurangan neurotransmitter klasik:

- Asetil kolin
- Nor adrenalin dan metabolitnya
- Dopamine
- 5 HT

2. Pengurangan amino acid neurotransmitter : Glutamate, Glycine, GABA

3. Pengurangan enzim–enzim: AchE, DOPA dekarboksilase, GAD, CAT

4. Pengurangan neuro peptide: somatostatin, dan lain-lain.

Khusus pada Alzheimer disease di samping yang tersebut di atas, kemungkinan penyebab lain yang ikut berperan adalah adanya efek genetik (serineprotease inhibitor) sehubungan dengan deposit A4 *Beta amyloid peptide* pada kromosom 21 sehingga menyebabkan pembentukan *neurofibrillary tangles* dan *senile plaque* dan *granulofacuolar* degenerasi lebih dini. Proses penuaan fisik yang fisiologis seperti halnya timbulnya katarak senilis, osteoporosis, alopesia, rontoknya gigi, gangguan pendengaran, gangguan seksual tidaklah selalu paralel dengan timbulnya demensia senilis. Usia 65 tahun keatas sel-sel otak berangsur ada yang mati dan jumlahnya berkurang, otak menjadi lebih atrofi, sulkus menjadi lebih lebar, dan ventrikiel melebar. Proses penuaan ini bukanlah suatu penyakit, jadi tidak perlu ditakuti. Yang penting perlu dijaga jangan sampai mempunyai faktor risiko penyakit vaskular ataupun metabolisme yang bisa mengganggu suplai energi dan metabolisme otak seperti yang diterangkan di atas. Ada banyak orang sampai usia 80 tahun tetapi

masih aktif mengarang buku, menjadi pemimpin Negara, dan lain-lain (Ayalon, 2006).

2.1.6 Gejala Klinis

Gejala awal demensia secara umum ditandai oleh "mudah lupa". Mudah lupa ini ada yang bersifat benigna (mudah lupa wajar) dan bersifat maligna (mudah lupa yang sudah mengganggu aktivitas sehari-hari). Gejala yang sering dikeluhkan adalah lupa nama, lupa janji, lupa menaruh benda, lupa nama peristiwa, dan sebagainya. Pada kondisi ini aktivitas sehari-hari masih dapat dilakukan dengan baik. Gejala akan berlanjut menjadi "mudah lupa yang maligna", suatu kondisi yang disebut dengan *Mild Cognitive Impairment*. Pada kondisi ini mudah lupa semakin menjadi-jadi. Keluhan tidak hanya disampaikan oleh pasien, namun juga oleh banyak orang di sekitarnya. Aktivitas rutin harian masih normal, tetapi ada gangguan sedikit dalam aktivitas yang kompleks, misalnya berbelanja (Jessica, 2008).

Pada keadaan lanjut, maka akan muncul gejala demensia. Gejalanya adalah gangguan memori jangka pendek dan tidak mampu mempertahankan informasi yang baru. Pada tahap ini pasien seringkali menunjukkan gangguan perilaku, mudah curiga, marah-marah, sering berbohong, dan perilaku lain yang tidak wajar. Aktivitas harian mulai terganggu. Pada tahap yang lebih lanjut dapat dijumpai gangguan tidur malam hari, kesulitan menemukan kata-kata, dan kehilangan kontrol atas buang air kecil dan buang air besar. Pada tahap akhir penyakit, pasien lebih banyak di tempat tidur, dan sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain. Secara singkat gejala demensia dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus (Erkinjuntti, 1988).

1. Gejala umum

Gangguan memori, intelek dan behavior : lupa nama wajah orang yang dikenalnya, tidak tahu waktu, bahkan kedudukan dia sendiri di keluarga. Pendapat dan pertimbangannya selalu salah, tingkah laku yang berubah, biasanya pasien berkeras bahwa ia tidak sakit. Gangguan neurologi berupa afasia, apraksia ataupun spatial agnosia. Penderita kesulitan mengenakan pakaiannya sendiri, salah memegang cangkir, dan lain-lain. Gangguan afektif berupa apatis, regresi dan kadang bisa euphoria (Javed, 2008).

2. Gejala khusus

Alzheimer disease ditandai dengan gejala adanya primitif refleks, ini penting untuk membedakan gangguan dini dengan yang disebabkan gangguan psikosis ataupun gangguan organik. Gejala gangguan refleks primitif misalnya *sucking* dan *pouting refleks*, *glabella tap refleks*, *tonik grasp*, *palmomental refleks*. Gejala stadium lanjut diikuti adanya hipokinesia, *mask like expression*, disfasia, diskalkulia, disgravia. Dari semua pasien dengan demensia, 50-60% termasuk dalam demensia tipe alzheimer. Orang yang pertama kali mendefinisikan penyakit ini adalah Allois Alzheimer sekitar tahun 1910. demensia ini ditandai dengan gejala (Daniel, 2003):

- Penurunan fungsi kognitif dengan onset bertahap dan progresif
- Daya ingat terganggu, ditemukan adanya: afasia, apraksia, agnosia, gangguan fungsi eksekutif.
- Tidak mampu mempelajari / mengingat informasi baru.
- Perubahan kepribadian (depresi, obsesitif, kecurigaan).
- Kehilangan inisiatif.

Faktor risiko penyakit Alzheimer antara lain (Daniel, 2003):

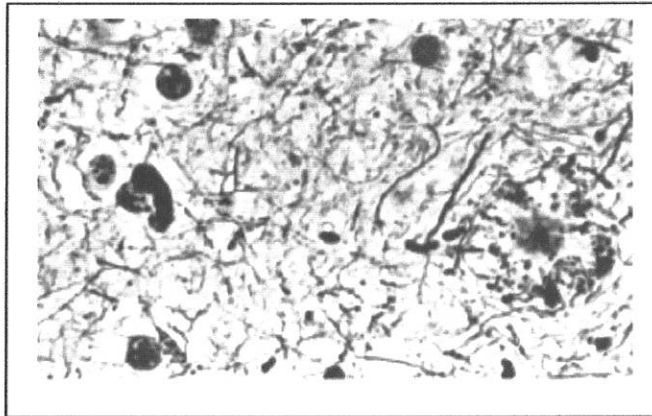
- Riwayat demensia dalam keluarga
- Sindrom down
- Usia lanjut
- Apolipoprotein, E4

Faktor yang memberikan perlindungan terhadap Alzheimer (Dugu, 2003):

- Apolipoprotein E, alel 2
- Antioksidan
- Penggunaan estrogen pasca menopause (pada demensia tipe ini lebih sering pada wanita)
- NSAID

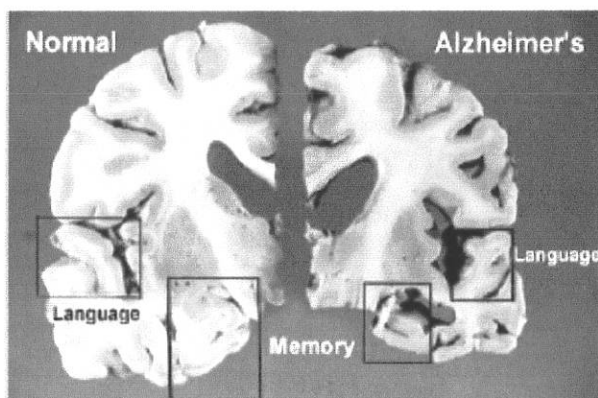
Demensia pada penyakit Alzheimer belum diketahui secara pasti penyebabnya, walaupun pemeriksaan neuropatologi dan biokimiawi post mortem ditemukan *lost selective* neuron kolinergik yang strukturnya dan bentuk fungsinya juga terjadi perubahan (Grossman, 2002).

- Pada makroskopik: penurunan volume girus pada lobus frontalis dan temporal
- Pada mikroskopik: *plaque senilis* dan serabut neurofibrilaris



Gambar.2.1. Tampak secara jelas plaq senile sebelah kiri.

(Sumber: Vollmann, 2000)



Gambar.2.2. Sel otak pada Penyakit Alzheimer dibandingkan dengan sel otak orang normal.

(Sumber: Vollmann, 2000)

Kerusakan dari neuron menyebabkan penurunan jumlah neurotransmitter. Hal ini sangat mempengaruhi aktifitas fisiologis otak. Tiga neurotransmitter yang biasanya terganggu pada Alzheimer adalah Asetil kolin, Serotonin, dan Norepinephrine. Pada penyakit ini diperkirakan adanya interaksi antara genetic dan lingkungan yang merupakan faktor pencetus. Selain ini dapat berupa trauma kepala dan rendahnya

tingkat pendidikan (Mary, 2004). Stadium penyakit Alzheimer dibagi atas tiga berdasarkan beratnya deteorisasi intelektual (Peter, 1983).

Tabel 2. Stadium penyakit Alzheimer

Stadium I (amnesia)	Stadium II (bingung)	Stadium III (akhir)
<ul style="list-style-type: none"> • berlangsung 2-4 tahun • amnesia menonjol • gangguan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ diskalkulis ▪ memori jangka penuh. ▪ perubahan emosi ringan. • Memori jangka panjang baik. • Keluarga biasanya tidak terganggu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Berlangsung 2-10 tahun • Kemunduran aspek fungsi luhur (apraksia, afasia, agnosia, disorientasi) • Agresif • Salah mengenali keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah 6-12 tahun • Memori dan intelektual lebih terganggu • Akinetik • Membisu • Inkontinensia urin dan alvi • Gangguan berjalan

(Sumber: Peter, 1983)

2.1.7 Diagnosis

Berdasarkan PPDGJ – III pedoman diagnostik untuk demensia adalah (Maslim, 1996):

1. Adanya penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir yang sampai mengganggu kegiatan harian seseorang (*personal activities of daily living*) seperti mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, buang air besar dan kecil.
2. Tidak ada gangguan kesadaran (*clear consciousness*)
3. Gejala dan disabilitas sudah nyata untuk paling sedikit 6 bulan.

Pedoman diagnostik untuk Demensia tipe Alzheimer (F00.) (Maslim, 1996):

1. Terdapatnya gejala demensia
2. Onset bertahap (*insidious onset*) dengan deteriorasi lambat. Onset biasanya sulit ditentukan waktunya yang persis, tiba-tiba orang lain sudah menyadari adanya kelainan tersebut. Dalam perjalanan penyakitnya dapat terjadi suatu taraf yang stabil (*plateau*) secara nyata.
3. Tidak adanya bukti klinis, atau temuan dari pemeriksaan khusus yang menyatakan bahwa kondisi mental itu dapat disebabkan oleh penyakit otak atau sistemik lain yang dapat menimbulkan demensia (misalnya hipotiroidisme, hiperkalsemia, defisiensi vitamin B12, defisiensi niasin, neurosifilis, hidrosefalus bertekanan normal, atau hematoma subdural).
4. Tidak adanya serangan apoplektik mendadak, atau gejala neurologik kerusakan otak fokal seperti hemiparesis, hilangnya daya sensorik, defek lapangan pandang mata, dan inkoordinasi yang terjadi dalam masa dini dari gangguan itu (walaupun fenomena ini di kemudian hari dapat bertumpang tindih).

Pedoman diagnostik untuk Demensia pada penyakit Alzheimer Onset Dini (F00.0):

1. Demensia yang onsetnya di bawah 65 tahun
2. Perkembangan gejala cepat dan progresif (*deteriorasi*)
3. Adanya riwayat keluarga yang berpenyakit Alzheimer yang merupakan faktor yang menyokong diagnosis tetapi tidak harus dipenuhi.

Pedoman diagnostik untuk demensia pada penyakit Alzheimer onset lambat (F00.1): Sama tersebut di atas, hanya onset sesudah 65 tahun dan perjalanan penyakit yang lamban dan biasanya dengan gangguan daya ingat sebagai gambaran utamanya.

Pedoman diagnostik untuk demensia pada penyakit Alzheimer, tipe tak khas atau campuran (*atypical atau mixed type*) (F00.2): Yang tidak cocok dengan untuk F00.0 atau F00.1 Tipe campuran adalah Demensia Alzheimer + Vaskuler. Selain itu, untuk yang tidak terklasifikasikan digolongkan dalam penyakit Alzheimer YTT (F00.9).

2.1.8 Penatalaksanaan Demensia Pada tingkat Layanan Primer

Sampai saat ini belum ada pengobatan yang dapat menyembuhkan penyakit ini. Pengobatan / pencegahan hanya dalam bentuk faliatif, yaitu: nutrisi tepat, latihan, pengawasan aktifitas, selain itu bisa diberikan obat Memantine (N–metil) 25 mg/hari, Propanolol (Inderal), Haloperidol, dan penghambat Dopamin potensi tinggi untuk kendali gangguan perilaku akut. Selain itu diberikan *Trasine Hidrokloride* (inhibitor Asetil kolin esterase) untuk gangguan kognitif dan fungsionalnya (Ahronheim, 1996).

Pencegahan antara lain, bagaimana cara dokter lebih awal untuk mendeteksi penyakit Alzheimer serta memperkirakan siapa yang mempunyai faktor risiko terkena penyakit ini sehingga dapat dicegah lebih awal. Pencegah dapat juga perubahan daya hidup (diet, kegiatan olahraga, aktifitas mental) (Kathy, 1990).

Penatalaksanaan demensia dilakukan melalui terapi non-farmakologi dan terapi farmakologi. Terapi non-farmakologi yaitu terapi rehabilitasi di mana penderita dimampukan dalam mengurus kebutuhan dasarnya dengan mengoptimalkan kemampuan yang masih ada. Sedangkan terapi farmakologi bertujuan memperlambat

progresivitas penyakit dalam memperbaiki fungsi berpikir dan kontrol perilaku dengan obat-obatan. Terapi non farmakologis dimulai dengan konsultasi dokter saraf yang menangani demensia untuk menganalisa masalah yang ada, kemudian ditentukan tujuan apa yang ingin dicapai. Hal ini bergantung dari jenis gangguan, berat gangguan, dan proses penyakitnya. Tindakan rehabilitasi yang kurang bermakna, jangan dianjurkan. Banyak kelompok yang menawarkan jasa, namun tidak dilakukan dengan baik. Dalam hal ini peran dari keluarga sangat penting dalam membantu memperlambat progresivitas penyakit ini. Tindakan-tindakan rehabilitasi disesuaikan dengan tujuan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut adalah (Turana, 2006):

1. Mengoptimalkan kemampuan yang masih ada
2. Berupaya mengatasi masalah perilaku
3. Membantu keluarga atau orang yang merawat dengan memberikan informasi yang tepat
4. Memberikan dukungan melalui lingkungan sekitarnya

Tujuan penanganan demensia tipe Alzheimer (William, 2000):

- Mempertahankan kualitas hidup yang normal
- Memperlambatkan perburukan
- Membantu keluarga yang merawat dengan memberi informasi yang tepat
- Menghadapi kenyataan penyakit secara realita

2.2 PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA

Gejala neuropsikiatrik pada pasien dengan demensia merupakan gejala yang sangat memberatkan pasien dan membutuhkan pengobatan yang sulit. Pengobatan yang aman dan efektif untuk gejala ini adalah kunci prioritas klinis, tetapi selama ini jauh dari target pencapaian. Intervensi psikologis direkomendasikan sebagai strategi pengobatan lini pertama dalam pedoman praktek yang paling baik, dan ada bukti yang menunjukkan bahwa intervensi tersebut memiliki efektivitas terhadap gejala agitasi dan depresi. Obat-obat neuroleptik tetap menjadi pengobatan farmakologi yang diandalkan, walaupun sebuah meta-analisis menunjukkan bahwa obat tersebut hanya bermanfaat untuk pengobatan jangka pendek (sampai 12 minggu), dan telah ditemukan kemungkinan terjadinya peningkatan efek samping berat sampai terjadinya kematian (Julian, 2007).

Secara umum, obat-obatan antipsikotik atipikal memiliki efektivitas moderat atau menengah dalam mengobati gejala-gejala psikotik pada demensia, tetapi tidak semua penelitian menemukan bahwa efek obat tersebut secara signifikan lebih baik daripada plasebo. Meskipun secara rasional menunjukkan bahwa antipsikotik akan lebih efektif untuk menghambat agresi, seperti yang telah ditunjukkan pada pasien dengan skizofrenia atau keterbelakangan mental, tetapi kebanyakan studi tidak menilai manfaat obat tersebut terhadap gejala-gejala secara individual (Knopman, 2002).

Dalam sebuah uji meta-analisis *randomized controlled trials* yang menguji manfaat 15 antipsikotik atipikal terhadap gejala psikosis dan / atau agitasi yang terjadi pada demensia. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa gejala neuropsikiatrik

secara umum akan membaik dengan pemberian antipsikotik atipikal. *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-AD* (CATIE-AD) mencoba untuk menilai efektivitas antipsikotik atipikal untuk pengobatan psikosis atau agitasi pada pasien demensia. Pasien diberikan olanzapine, quetiapine, risperidone atau plasebo secara acak. Hasil penilaian tersebut menunjukkan bahwa antipsikotik atipikal tidak terbukti lebih efektif dibandingkan dengan plasebo. Penelitian yang dilakukan oleh CATIE-AD bukanlah hasil akhir sehingga perlu dilakukan penelitian tahap lanjut. Para ahli selanjutnya melakukan penelitian lanjutan fase II. Dari penelitian fase II tersebut diketahui bahwa antipsikotik atipikal ternyata mampu mengurangi gejala neuropsikiatrik dan mengurangi lamanya waktu perawatan di Rumah Sakit (Sultzer, 2008).

Antipsikotik atipikal seperti olanzapine, quetiapine, risperidone, merupakan antipsikotik generasi baru yang mempunyai efek samping minimal terhadap ekstrapiramidal dan diskinesia tardiv. (farmakologi & terapi, 2009)

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Howard yang bertujuan untuk membuktikan apakah pengobatan dengan donepezil (yang disetujui FDA dan sering digunakan bersama dengan kolinesterase inhibitor) mampu mengurangi keparahan agitasi pada pasien demensia. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa kolinesterase inhibitor adalah pengobatan yang efektif untuk gejala neuropsikiatrik, atau setidaknya untuk gejala agitasi. Beberapa percobaan menunjukkan bahwa gejala neuropsikiatrik lain mungkin lebih responsif terhadap perawatan dengan kolinesterase inhibitor (Kaycee, 2005).

Donepezil bersifat selektif di SSP, dosisnya 5-10 mg per hari dapat memperbaiki fungsi kognitif dan fungsi klinis global pada penyakit Alzheimer yang ringan sampai sedang, bahkan penggunaan jangka lama mungkin memperlambat

berlanjutnya gejala sampai 55 minggu. Dapat diberikan sekali sehari, dengan dosis awal 5 mg pada malam hari. Bila dosis ini dapat diterima 4-6 minggu, maka dosis dapat dinaikan kalau perlu sampai 10 mg. Efek samping umumnya karena perangsangan kolinergik di perifer seperti mual, diare dan muntah. (farmakologi & terapi, 2009)

Obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan gejala neuropsikiatrik pada demensia adalah atipikal antipsikotik. Beberapa bukti telah berhasil menunjukkan efektivitasnya terhadap penurunan gejala. dalam menggunakan atipikal antipsikotik, seperti risperidone atau olanzapine dokter harus mempertimbangkannya secara cermat. Selain itu perlu juga mendiskusikan potensi risiko dan manfaat dari pengobatan kepada pasien dan perawat mereka, terutama jika pasien memiliki risiko penyakit serebrovaskular. Antusiasme penggunaan atipikal antipsikotik baru-baru ini telah berkurang. Sebuah uji klinis tentang manfaat antipsikotik terhadap gejala Alzheimer's yang melibatkan 421 pasien dengan gejala neuropsikiatrik secara acak untuk diberikan olanzapine, quetiapine, risperidone, atau plasebo. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara kelompok yang diberi antipsikotik dengan kelompok plasebo (O'Brien, 2004).

Sebuah uji sistemik terkontrol dan meta analisis yang dilakukan selama 16 minggu menguji tentang efektifitas terapi pasien demensia dengan gejala neuropsikiatrik seperti halusinasi, delusi, agitasi dan agresi. Penelitian tersebut membandingkan efektifitas antipsikotik konvensional, antipsikotik atipikal, antidepresan, *cholinesterase inhibitor* dan *mood stabilizer*. Hasil penelitian tersebut menunjukan bahwa atipikal antipsikotik hanya memberikan manfaat yang kecil. Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa obat-obat antidepresan tidak mengurangi

gejala agitasi, tetapi hanya mampu mengurangi gejala depresi. Kolinesterase inhibitor menunjukkan efektifitas yang signifikan terhadap gejala perilaku, dengan hasil yang beragam (Knopman, 2002).

Gejala neuropsikiatrik merupakan gejala yang sering ditemukan pada demensia dan sangat berhubungan dengan hasil pengobatan yang buruk, baik bagi pasien maupun bagi dokter yang merawatnya. Sebenarnya intervensi nonfarmakologis adalah pengobatan lini pertama untuk mengatasi gejala ini. Berbagai agen farmakologis telah digunakan dalam pengelolaan gejala neuropsikiatrik sehingga keluhan tersebut akan berlangsung lebih singkat. Sebuah penelitian yang bertujuan mengevaluasi manfaat beberapa obat yang digunakan untuk mengatasi gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia telah dilakukan. Kesimpulan dari penelitian tersebut menyatakan bahwa terapi farmakologis sebenarnya kurang memberikan manfaat terhadap gejala neuropsikiatrik pada demensia. Dari penelitian yang sama juga diketahui bahwa antipsikotik atipikal seperti risperidone dan olanzapine saat ini memang terbukti paling baik dan efektif untuk mengatasi gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia. Namun obat tersebut mempunyai efek samping yang berat berupa peningkatan risiko terjadinya stroke. Kolinesterase inhibitor juga terbukti bermanfaat terhadap gejala neuropsikiatrik tetapi efektifitasnya sedikit lebih rendah jika dibanding antipsikotik atipikal. Tetapi obat tersebut tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan pasien, sehingga penggunaannya dapat dibenarkan (Kristine, 2007).

Beberapa penelitian di atas harus menjadi bahan pertimbangan bagaimana seharusnya seorang dokter menangani gejala klinis neuropsikiatrik pada pasien dengan demensia. Pengelolaan gejala ini harus dimulai dengan penilaian medis pasien

(misalnya, rasa sakit dan delirium) serta faktor lingkungan (misalnya, kebisingan yang berlebihan) sebagai penyebab perubahan perilaku (Varma, 1999).

BAB III

PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM

3.1 DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM

Semakin bertambahnya tahun, semakin bertambah pula orang yang didiagnosis menderita penyakit demensia. Jika diartikan, menurut buku Gaya Hidup Penghambat Alzheimer, demensia merupakan himpunan gejala penurunan fungsi intelektual, umumnya ditandai terganggunya minimal tiga fungsi, yaitu bahasa, memori visuospasial, dan emosional. Jadi, demensia bukan suatu penyakit, tetapi kumpulan gejala-gejala yang menyertai berbagai penyakit. Menurut buku ini, terdapat 70 penyakit atau keadaan yang menyebabkan demensia. Penuaan ternyata tidak hanya untuk kulit, tetapi juga untuk otak. Demensia juga disebut sebagai proses penuaan pada otak. Secara struktural, semakin sedikit hubungan antar sel yang dibuat otak, sebagai akibat dari berkurangnya fungsi otak, juga potensi ingatan tidak didukung pelatihan, pemakaian, serta asupan gizi, ternyata semakin berisiko menderita penurunan. Zat kimia dalam otak akan menurun hingga membuat volume otak mengecil dan rongga-rongga dalam otak menjadi lebar (Adelman, 2005).

Beberapa bagian otak yang tugasnya terkait dengan ingatan– *prefrontal cortex* untuk mengingat hal-hal yang sudah lama dan hippocampus untuk hal-hal baru yang ingin diingat akan kehilangan kira-kira 20 persen sel-sel sarafnya seiring dengan bertambahnya usia. Demensia atau berkurangnya fungsi-fungsi kognitif dan perilaku akibat hal-hal fisiologis, akhirnya menjadi penyakit yang populer di usia lanjut dan

menjadi ‘gerbang’ bagi penyakit-penyakit seperti Alzheimer dan Parkinson. Banyak hal yang menyebabkan demensia ini. Demensia dapat disebabkan oleh cedera kepala, infeksi otak, keracunan, kekurangan zat nutrisi, serta stroke yang meluas, tumor otak, dan lainnya. Bisa pula disebabkan oleh gizi buruk, gangguan system saraf, penggunaan narkotika, alkohol, kecemasan atau depresi, dan pelepasan kortisol berlebihan akibat stress (Maslim, 1996).

Beberapa hal tidak terlalu serius turut berperan dalam menyebabkan demensia, tetapi perlu diwaspadai. Seperti, di bawah pengaruh narkotika dan alkohol, diburu waktu, ketakutan, kurang perhatian, lelah fisik dan mental, merasa bingung, marah, dan tertekan, perhatian terganggu, terlalu banyak bekerja, dan terlalu tegang. Penderita demensia mengalami hilang ingatan baru-baru ini, bukan sekedar lupa. Kadang juga lupa kata-kata atau bahasa yang tepat. Mungkin pula, penderita demensia ini mengalami perasaan yang berubah-ubah (*moody*), mendadak tak berminat melakukan aktivitas. Parahnya lagi, mereka tak ingat lagi jalan pulang ke rumah, bahkan lupa bagaimana caranya melakukan tugas sehari-hari. Contoh yang dekat dengan keseharian, misalnya, sulit menghitung uang kembalian, sulit melakukan hal-hal biasa yang dilakukan sehari-hari (mandi, menelepon, mengancingkan baju), serta lebih banyak menyendiri (Maslim, 1996).

Dengan memperhatikan penyebab terjadinya penyakit dan gejala yang ditimbulkan serta akibat yang ditimbulkannya, maka demensia termasuk dalam penyakit mental. Menurut Islam, sikap pertama ketika seseorang tertimpa sakit hendaklah jangan panik, melainkan hendaklah sabar, dan menerima sakit sebagai cobaan iman (Qayyim, 2007). Firman Allah SWT:

كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبَلُّوكُم بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ ﴿١٥٦﴾

Artinya:

“Tiap-tiap yang berjiwa akan merasakan mati. Kami akan menguji kamu dengan keburukan dan kebaikan sebagai cobaan (yang sebenar-benarnya). dan hanya kepada kamilah kamu dikembalikan”. (Q.S Al Anbiyaa’(21): 35).

Dalam ayat yang lain Allah SWT berfirman:

وَلَنَبَلُّونَكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَنَشِيرِ
الصَّابِرِينَ ﴿١٥٦﴾ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٦﴾

Artinya:

“Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar, (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan innaa lillaahi wa innaa ilaihi raaji’uun“. (Q.S Al Baqarah (2): 155-156).

Jika seseorang terkena suatu penyakit termasuk penyakit demensia, maka hal itu merupakan ujian baginya. Islam menganjurkan untuk mencari pengobatan dan bersabar jika terkena penyakit. Firman Allah SWT:

فَاصْبِرْ كَمَا صَبَرَأُولُوا الْعَزْمِ مِنَ الرُّسُلِ

Artinya:

“Maka bersabarlah kamu seperti orang-orang yang mempunyai keteguhan hati dari Rasul-rasul telah bersabar (Q.S. Al Ahqaaf (46):35)

3.2 KESEHATAN JIWA MENURUT PANDANGAN ISLAM

Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat di dambakan oleh setiap individu. Kesehatan meliputi banyak aspek yaitu Biologis, Psikologis, Sosial, Spritual yang

lebih dikenal dengan istilah Holistik. Batasan sehat yang di sampaikan oleh organisasi kesehatan sedunia meliputi sehat dalam arti fisik, psikologik, sosial dan spiritual sudah banyak diteliti orang dalam hubungan antara kesehatan (jiwa) dan agama khususnya agama Islam telah membuka cakrawala baru dalam penanganan berbagai penyakit baik fisik maupun kejiwaan yang saling berkaitan (Miller, 2004).

Dalam dunia kesehatan masalah gangguan jiwa dalam pandangan masyarakat masih identik dengan psikotik, inilah stigma yang masih berkembang di masyarakat sehingga seringkali banyak di temukan penderita gangguan jiwa oleh keluarga dan masyarakat sekitar tidak dibawa berobat ke RSJ akan tetapi malah dikucilkan bahkan dipasung atau berobat ke dukun. Masalah kesehatan jiwa juga menimbulkan dampak sosial antara lain meningkatnya angka kekerasan, kriminalitas, bunuh diri, penganiayaan anak, perceraian, kenakalan remaja, penyalahgunaan narkoba, HIV /AIDS, perjudian, pengangguran dan sebagainya. Olehnya itu perlu ditangani secara serius (Miller, 2004).

Dari semua cabang ilmu kesehatan, maka ilmu kesehatan jiwa yang paling dekat dengan agama. Bahkan menurut dadang hawari (1995) mengatakan terdapat titik temu antara kesehatan jiwa dan agama khususnya agama Islam, sehingga akan banyak terlihat dekatnya ilmu kesehatan jiwa dengan dimensi spiritual. Adab Islam bermanfaat untuk menjaga dan mengobati berbagai macam gangguan mental dan jiwa. Bahkan dengan doa bisa mengurangi derita penyakit. Pada akhirnya, seorang muslim yang hakiki tidak akan mengalami gangguan jiwa (Hawari, 2005), sesuai dengan firman Allah SWT:

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

Artinya:

(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram (Ar-Ra'd (13):28).

Muslim yang hakiki menyerahkan semua urusannya pada pencipta, dan ini akan mengurangi kegundahan dan kegelisahan dirinya. Firman Allah SWT:

﴿ وَمَنْ يُسَلِّمْ وَجْهَهُ إِلَى اللَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ وَإِلَى اللَّهِ عَنَقَبَةُ الْأُمُورِ ﴾

Artinya:

“Dan barangsiapa yang menyerahkan dirinya kepada Allah, sedang dia orang yang berbuat kebaikan, maka sesungguhnya ia telah berpegang kepada buhul tali yang kokoh. Dan hanya kepada Allah-lah kesudahan segala urusan.”(Q.S. Luqman (31):22)

Proses menua pada manusia merupakan fenomena yang tidak dapat dihindarkan. Semakin baik pelayanan kesehatan sebuah bangsa makin tinggi pula harapan hidup masyarakatnya dan pada gilirannya makin tinggi pula jumlah penduduknya yang berusia lanjut. Untuk proses menua yang terjadi pada otak, Cummings dan Benson (1992) menggunakan istilah "senescence" yang menandakan perubahan proses menua yang masih dalam taraf normal dan istilah "senility" untuk gangguan intelektual yang terjadi pada lanjut usia tetapi belum mengalami "dementia" (Besdin,1987). Sejak lama istilah perubahan dan gangguan intelektual tersebut dipergunakan tanpa ada jabaran yang rinci. Karena itu hampir semua orang lansia yang mengalami kemunduran fungsi mentalnya secara mudah disebut sebagai telah mengalami demensia. Dalam kenyataan belum tentu lansia sudah mengalami demensia dan mungkin hanya baru dalam taraf predemensia. Istilah predemensia

belum begitu dikenal oleh masyarakat oleh karena itu hal ini perlu disosialisasikan (Kuntjoro, 2002).

Dalam hal kemampuan mengatasi penderitaan dan penyembuhan, ternyata mereka yang religius, lebih mampu mengatasi dan proses penyembuhan penyakit lebih cepat. Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan membuktikan bahwa komitmen agama seseorang dapat dijadikan ukuran prediksi terhadap usia atau dengan kata lain bahwa orang yang religius umurnya lebih panjang dari yang non religius. Religiusitas atau penghayatan dan pengamalan keagamaan ternyata besar pengaruhnya terhadap kekuatan fisik maupun mental pada orang lanjut usia (Hawari, 2005).

3.3 PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA DITINJAU DARI ISLAM

Pada usia lanjut, demensia merupakan penyebab kematian keempat setelah penyakit jantung, kanker dan stroke. Demensia adalah sindrom klinik penurunan fungsi intelektual akibat penyakit di otak. Sindrom ini ditandai oleh gangguan kognitif, emosional dan psikomotor yang menyebabkan penderita tak mampu mengikuti aktifitas sosial dan mengurus diri sendiri. Gangguan kognitif pada demensia menyebabkan perubahan tingkah laku yang sederhana pada demensia tingkat ringan, sampai perubahan tingkah laku yang sangat mengganggu dan melelahkan fisik dan psikis bagi yang merawat (Vollmann, 2000).

Pada negara-negara maju terjadi perubahan dramatik demografi penduduknya, yaitu meningkatnya populasi usia lanjut. Populasi usia diatas 65 tahun di Amerika Serikat diduga meningkat dari 33,5 juta pada tahun 1995 menjadi 39,4 juta pada tahun 2010 dan diperkirakan menjadi lebih dari 69 juta pada tahun 2030. Dengan

peningkatan ini muncul masalah-masalah penyakit pada usia lanjut. Laporan Departemen Kesehatan tahun 1998, populasi usia lanjut diatas 60 tahun adalah 7,2 % (populasi usia lanjut kurang lebih 15 juta). Peningkatan angka kejadian kasus demensia berbanding lurus dengan meningkatnya harapan hidup suatu populasi. Kira-kira 5 % usia lanjut 65 - 70 tahun menderita demensia dan meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun mencapai lebih 45 % pada usia diatas 85 tahun. Pada negara industri kasus demensia 0.5 –1.0 % dan di Amerika jumlah demensia pada usia lanjut 10–15% atau sekitar 3–4 juta orang. Pada tahun terkini banyak hasil penelitian dan penemuan dibidang genetika, patofisiologi dan riwayat alamiah dari penyakit ini (Erkinjuntti, 1988).

Demensia adalah sindrom gangguan daya ingat disertai dua atau lebih domain kognitif lainnya (atensi, fungsi bahasa, fungsi visuospasial, fungsi eksekutif, emosi) yang sudah mengganggu aktivitas kehidupan sehari hari dan tidak disebabkan oleh gangguan pada fisik. Demensia terbagi menjadi dua yakni Demensia Alzheimer dan Demensia Vaskuler. Demensia Alzheimer merupakan kasus demensia terbanyak di negara maju Amerika dan Eropa sekitar 50-70%. Demensia vaskuler penyebab kedua sekitar 15-20% sisanya 15- 35% disebabkan demensia lainnya. Di Jepang dan Cina demensia vaskuler 50 – 60 % dan 30 – 40 % demensia akibat penyakit Alzheimer. Demensia Alzheimer berlangsung progresif, gangguan yang tidak dapat membaik yang menyerang otak dan akibatnya kehilangan daya ingat, kebingungan, gangguan penilaian dan perubahan kepribadian (Erkinjuntti, 1988).

Penyakit ini adalah penyebab yang paling umum dari gangguan intelektual yang berat pada orang lanjut usia dan kenyataannya merupakan suatu masalah dalam perawatan orang usia lanjut di rumah. Harus dapat dibedakan apakah penurunan daya ingat normal sesuai usia (*'age associated memory impairment'* disingkat AAMI) atau

menderita gangguan kognitif ringan (*'Mild Cognitive Impairment'* disingkat MCI), yang mana pada hasil penelitian, 20–60 % MCI akan berlanjut setelah 3-4 tahun menjadi demensia. Gangguan kognitif ringan merupakan kontinum dari demensia Alzheimer (Vollmann, 2000).

Kriteria MCI antara lain adanya keluhan gangguan memori, aktifitas hidup sehari-hari normal, fungsi kognitif umum normal, tidak ada demensia serta penurunan fungsi memori tidak normal sesuai usia dan pendidikan. Adapun gejala dari Demensia Alzheimer adalah kehilangan daya ingat secara perlahan-lahan dan progresif, kesulitan dalam mengikuti perintah dan melakukan kegiatan sehari-hari, gangguan penilaian, penalaran, konsentrasi dan orientasi, kebingungan dan kegelisahan, perubahan kepribadian kehilangan kemampuan untuk mengurus diri sendiri. Faktor risiko Demensia Alzheimer (DA) terjadi pada usia lanjut, wanita, trauma kapitis berat, pendidikan rendah dan menyangkut faktor genetik kasusnya 1- 5% (Jessica, 2008).

Secara klinis, kemungkinan diagnosa demensia vaskuler (*probable*, possible atau definit demensia vaskuler) ditegakkan apabila didapatkan penderita dengan demensia yang berkaitan dengan latar belakang CVD (riwayat CVD, klinis adanya deficit neurologis dan diperkuat dengan pencitraan otak). Oleh karenanya demensia vaskuler sering disebut sebagai demensia pasca stroke atau demensia multi-infark (Jessica, 2008).

Secara klinis demensia vaskuler dibedakan dalam demensia vaskuler pasca stroke (infark / perdarahan), demensia vaskuler subkortikal, dan demensia vaskuler tipe campuran (Alzheimer dan vaskuler), yang dikaitkan dengan penurunan neurotransmitter kolinergik (*Acetylcholine*). Dengan dasar hal tersebut maka beberapa

preparat kolin esterase inhibitor dapat digunakan dalam penatalaksanaan penderita demensia vaskuler dan memberikan hasil yang cukup memuaskan. Meskipun demikian, hingga kini belum ada preparat yang diakui Badan Pengawasan Obat AS (FDA) sebagai bahan untuk pengobatan demensia vaskuler (Ayalon, 2006).

Sebagaimana Allah SWT menurunkan penyakit, Dia pun menurunkan obat bersama penyakit itu. Obat itupun menjadi rahmat dan keutamaan dari-Nya untuk seluruh umat manusia. Rasulullah SAW bersabda dalam hadits yang diriwayatkan dari Abu Hurairah r.a.:

مَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنْ دَاءٍ إِلَّا أَنْزَلَ لَهُ شِفَاءً

Artinya:

"Tidaklah Allah menurunkan penyakit kecuali Dia turunkan untuk penyakit itu obatnya." (HR. Al-Bukhari)

Dalam hadist lain Rasulullah SAW bersabda yang diriwayatkan oleh Jabir r.a.:

لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ فَإِذَا أُصِيبَ دَوَاءُ الدَّاءِ بَرِيءٌ بِإِذْنِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ

Artinya:

"Setiap penyakit ada obatnya. Maka bila obat itu mengenai penyakit akan sembuh dengan izin Allah Subhanahu wa Ta'ala." (HR. Muslim)

Dalam memilih pengobatan, Islam dengan tegas melarang pengobatan dengan menggunakan sesuatu yang haram. Sabda Nabi Muhammad SAW:

إِنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ الدَّمَاءَ وَالنُّوَاءَ وَجَعَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءً فَتَدَاوُوا وَلَا تَدَاوُوا بِحَرَامٍ

"Sesungguhnya Allah telah menurunkan penyakit dan obat, dan menjadikan untuk kamu bahwa setiap penyakit ada obatnya. Oleh karena itu berobatlah, tetapi jangan berobat dengan yang haram". (riwayat Abu Dawud)

Penggunaan kolin esterase inhibitor diperbolehkan menurut Islam. Sesuai dengan kaidah bahwa asal sesuatu yang diciptakan Allah adalah halal dan mubah. Tidak ada satupun yang haram, kecuali karena ada nash yang sah dan tegas dari syari' (yang berwenang membuat hukum itu sendiri, yaitu Allah dan Rasul) yang mengharamkannya. Kalau tidak ada nash yang sah misalnya karena ada sebagian Hadits lemah atau tidak ada nash yang tegas yang menunjukkan haram, maka hal tersebut tetap sebagaimana asalnya, yaitu mubah (Qardhawi, 1993).

Ulama-ulama Islam mendasarkan ketetapanannya, bahwa segala sesuatu asalnya mubah, antara lain berdasarkan firman Allah:

هُوَ الَّذِي خَلَقَ لَكُمْ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا ...

Artinya:

"Dialah Zat yang menjadikan untuk kamu apa-apa yang ada di bumi ini semuanya."
(Q.S. Al-Baqarah (2): 29)

Allah SWT memang Maha Penyembuh, hal itu tidak seorang muslim pun yang meragukannya. Tetapi, bagaimana cara dan metodenya. Ini diserahkan kepada manusia yang telah diberi Allah berupa potensi akal untuk berfikir, dan diberi pengarahan oleh Rasulullah SAW dengan pengarahan yang benar. Oleh karena itu bila seseorang ditimpa penyakit diperintahkan untuk berusaha mencari obat supaya sembuh (Gibran, 2007). Rasulullah SAW bersabda:

نَعَمْ يَا عِبَادَ اللَّهِ، تَدَاوَوْا فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ لَهُ شِفَاءً غَيْرَ دَاءٍ وَاحِدٍ. قَالُوا: مَا هُوَ؟ قَالَ: الْهَرَمُ

Artinya:

"Berobatlah, wahai para hamba Allah! Sesungguhnya Allah tidak menciptakan penyakit melainkan Ia menciptakan pula obatnya, kecuali satu penyakit yaitu tua (Diriwayatkan oleh Ahmad dari Usamah bin syuraik)

Metode pengobatan Nabi terhadap suatu penyakit biasa dilakukan dengan tiga cara: *pertama*, dengan menggunakan obat-obatan, *kedua*, Dengan menggunakan obat-obatan bernuansa wahyu. Ketiga, kombinasi dari kedua jenis pengobatan tersebut. Seperti yang diketahui, mereka yang spesialis tentang masalah penyakit dan obat adalah para dokter, hendaknya seseorang yang sakit berobat dan meminta nasehat kepada mereka, tentu saja disertai dengan tawakal kepada Allah Yang Maha Penyembuh (berupa do'a dan dzikir sebagai pelengkap terapi medik) (Salam, 2006).

Guna memaksimalkan fungsi kognitif yang masih ada, terapi non-farmakologik harus diprogramkan, baik program yang ditujukan kepada penderita, maupun pengasuh (*caregiver*), keluarga maupun lingkungannya. Peran keluarga dan caregiver sangat menentukan keberhasilan program penanganan penderita demensia, baik demensia Alzheimer, demensia vaskuler ataupun demensia tipe lain. Terhadap penderita dapat dibuat program agar penderita menjalani perilaku hidup sehat, terapi rehabilitasi termasuk stimulasi kognitif, olah raga, edukasi, konseling, terapi musik serta terapi wicara dan okupasi, disesuaikan dengan kebutuhan yang ada. Terhadap lingkungan antara lain dengan menyediakan fasilitas bagi penderita untuk melakukan aktivitas yang dibutuhkan, tata ruang yang memadai, penyediaan fasilitas perawatan dan lain-lain. Pengarahan kepada pengasuh (*caregiver*) adalah suatu hal yang tidak dapat diabaikan, oleh karena pengasuhlah yang sangat berperan dalam keberhasilan pelaksanaan program-program yang direncanakan baik terhadap penderita maupun lingkungan.

BAB IV

KAITAN ANTARA PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM TENTANG PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA

Berdasarkan Bab II dan III, ternyata terdapat kaitan antara pandangan Kedokteran dan Islam tentang PENATALAKSANAAN GEJALA NEUROPSIKIATRIK PADA PASIEN DEMENSIA, yaitu sebagai berikut:

Demensia adalah suatu gangguan intelektual atau daya ingat yang umumnya progresif dan irreversibel. Biasanya ini sering terjadi pada orang usia di atas 65 tahun. Penurunan kognitif merupakan gejala utama pada sindrom demensia. Selain gejala kognitif terkadang pada pasien demensia juga dapat disertai dengan gejala neuropsikiatrik seperti delusi, halusinasi, agitasi, *repetitive vocalizations*, dan *wandering*. Dengan memperhatikan penyebab terjadinya penyakit dan gejala yang ditimbulkan serta akibat yang ditimbulkannya, maka demensia termasuk dalam penyakit mental. Menurut Islam, sikap pertama ketika seseorang tertimpa sakit hendaklah jangan panik, melainkan hendaklah sabar, dan menerima sakit sebagai cobaan iman.

Gejala neuropsikiatrik pada pasien dengan demensia merupakan gejala yang sangat memberatkan pasien dan membutuhkan pengobatan yang sulit. Dari sebuah penelitian diketahui bahwa antipsikotik atipikal seperti risperidone dan olanzapine saat ini memang terbukti paling baik dan efektif untuk mengatasi gejala

neuropsikiatrik pada pasien demensia. Namun obat tersebut mempunyai efek samping yang berat berupa peningkatan risiko terjadinya stroke. Kolinesterase inhibitor juga terbukti bermanfaat terhadap gejala neuropsikiatrik tetapi efektifitasnya sedikit lebih rendah jika dibanding antipsikotik atipikal. Tetapi obat tersebut tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan pasien, sehingga penggunaannya dapat dibenarkan. Kolinesterase inhibitor diperbolehkan menurut Islam. Sesuai dengan kaidah bahwa asal sesuatu yang diciptakan Allah adalah halal dan mubah. Tidak ada satupun yang haram, kecuali karena ada nash yang sah dan tegas dari syari' (yang berwenang membuat hukum itu sendiri, yaitu Allah dan Rasul) yang mengharamkannya. Kalau tidak ada nash yang sah misalnya karena ada sebagian Hadits lemah atau tidak ada nash yang tegas yang menunjukkan haram, maka hal tersebut tetap sebagaimana asalnya, yaitu mubah.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Penyebab demensia yang paling sering pada individu yang berusia diatas 65 tahun adalah (1) penyakit Alzheimer, (2) demensia vaskuler, dan (3) campuran antara keduanya. Penyebab lain yang mencapai kira-kira 10 persen diantaranya adalah demensia jisim Lewy (*Lewy body dementia*), penyakit Pick, demensia frontotemporal, hidrosefalus tekanan normal, demensia alkoholik, demensia infeksiosa (misalnya *human immunodeficiency virus* (HIV) atau sifilis) dan penyakit Parkinson. Banyak jenis demensia yang melalui evaluasi dan penatalaksanaan klinis berhubungan dengan penyebab yang reversibel seperti kelaianan metabolik (misalnya hipotiroidisme), defisiensi nutrisi (misalnya defisiensi vitamin B12 atau defisiensi asam folat), atau sindrom demensia akibat depresi.
2. Gejala neuropsikiatrik pada pasien dengan demensia merupakan gejala yang sangat memberatkan pasien dan membutuhkan pengobatan yang sulit. Sebuah penelitian yang menunjukkan bahwa kolinesterase inhibitor adalah pengobatan yang efektif untuk gejala neuropsikiatrik, atau setidaknya untuk gejala agitasi. Beberapa percobaan menunjukkan bahwa gejala neuropsikiatrik lain mungkin lebih responsif terhadap perawatan dengan kolinesterase inhibitor. Obat yang paling sering digunakan untuk pengobatan gejala neuropsikiatrik pada demensia adalah atipikal antipsikotik. Beberapa bukti telah berhasil

menunjukkan efektivitasnya terhadap penurunan gejala namun obat tersebut mempunyai efek samping yang berat berupa peningkatan risiko terjadinya stroke. Kolinesterase inhibitor juga terbukti bermanfaat terhadap gejala neuropsikiatrik tetapi efektivitasnya sedikit lebih rendah jika dibanding antipsikotik atipikal. Tetapi obat tersebut tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan pasien, sehingga penggunaannya dapat dibenarkan.

3. Kolinesterase inhibitor diperbolehkan menurut Islam. Sesuai dengan kaidah bahwa asal sesuatu yang diciptakan Allah adalah halal dan mubah. Tidak ada satupun yang haram, kecuali karena ada nas yang sah dan tegas dari syari' (yang berwenang membuat hukum itu sendiri, yaitu Allah dan Rasul) yang mengharamkannya. Kalau tidak ada nas yang sah misalnya karena ada sebagian Hadits lemah atau tidak ada nas yang tegas yang menunjukkan haram, maka hal tersebut tetap sebagaimana asalnya, yaitu mubah.

5.2. Saran

1. Informasi tentang penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia masih belum banyak diketahui oleh masyarakat luas. Oleh karena itu diharapkan pada pihak media massa, baik media elektronik maupun media cetak agar dapat memberikan informasi mengenai hal ini secara jelas kepada masyarakat.
2. Untuk kalangan medis di Indonesia mungkin dapat memulai menaruh perhatian pada penatalaksanaan gejala neuropsikiatrik pada pasien demensia dengan memberikan penjelasan kepada para pasien dengan sejelas-jelasnya dan selalu mengikuti perkembangan informasi yang terkait dengan masalah tersebut.

3. Kepada para ulama hendaknya dapat menyampaikan kepada umat Islam akan pentingnya pentingnya pendekatan psikoreligius dalam rangka menghadapi masalah di usia tua agar lebih sabar dan tawakal.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahnya, 1998. Departemen Agama Republik Indonesia. Karya Toha Putra. Semarang.
- Adelman, 2005. Initial Evaluation of the Patient with Suspected Dementia. American Family Physician. Vol. 71(9)
- Ahronheim, 1996. Treatment of the Dying in the Acute Care Hospital Advanced Dementia and Metastatic Cancer. Arch Intern Med. Vol. 156(18):2094-100.
- Ayalon, 2006. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. Arch Intern Med. Vol.166:2182-88
- Ballard, 2007. Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. BMJ. Vol. 323: 426–7
- Benjamin *et al*, 2007. Plasma Homocysteine as a Risk Factor for Dementia. N Engl J Med. Vol 20; 346
- Besdin,1987. Palliative and Aggressive End-of-Life Care for Patients With Dementia Psychiatr. Serv. Vol.53:609-13.
- Carrillo, 2009. Non-pharmacological and pharmacological treatment of the cognitive and behavioral symptoms of Alzheimer disease. NeuroRehabilitation. Vol;23(5):425-38.
- Dagerman, 2006. Atypical Antipsychotic Drugs, Dementia, and Risk of Death. JAMA. Vol.295(5):496-7
- Daniel, 2003. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. CMAJ. Vol.179:1279-87.
- Dekosky, 2002. Diagnosis Review: most laboratory tests do not add to the diagnostic accuracy of clinical criteria for dementia. Evidence-Based Mental Health Vol.5(26)
- Dugu, 2003. Clinical practice. Early Alzheimer's disease. N Engl J Med. Vol.349:1056-63.
- Erkinjuntti, 1988. Accuracy of the clinical diagnosis of vascular dementia: a prospective clinical and post-mortem neuropathological study. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. Vol. 51:1037-1044

- Gibran, 2008. Hakikat Sakit dan Obat dalam pandangan Islam. <http://www.islamic-medicine.net>. Diakses: 21 November 2009
- Grossman, 2002. Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. J Am Geriatr Soc. Vol. 51 (5):281-8.
- Hawari, 2005. Dimensi religi dalam praktek psikiatri dan psikologi/Dadang Hawari. Balai Penerbit FKUI. Jakarta
- Hoblyn, 2003. Cholinesterase Inhibitor Use in Geriatric Outpatients with Dementia. JAMA. Vol. 289:210-16
- Javed, 2008. The Clinical Course of Advanced Dementia. NEJM. Vol;361:1529-38.
- Jessica, 2008. Pharmacologic treatment of noncognitive behavioral disturbances in elderly demented patients. Am J Psychiatry. Vol.147(12):1640-5.
- Julian, 2007. Palliative care in dementia: issues and evidence. Advances in Psychiatric Treatment. Vol. 13: 251-60
- Kaplan & Sadock's, 2005. Delirium, dementia, amnestic and cognitive disorders. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kathy, 1990. Effect of Antibiotic Treatment on Outcome of Fevers in Institutionalized Alzheimer Patients. JAMA. Vol. 263(23):3168-72.
- Kaycee, 2005. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. the journal of the American Medical Association. Vol.293(5):596-608.
- Knopman, 2002. A 93-Year-Old Man With Advanced Dementia and Eating Problems. JAMA. Vol. 298:2527-2536.
- Kristine, 2007. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. Ann intern med. Vol.146:775-86.
- Kuntjoro, 2002. Pengenalan Dini Demensia (Predimensia). Consensus Paper MCI. <http://www.e-psikologi.com/>. Diakses: 20 November 2009.
- Mary, 2004. Evaluation of dementia: a systematic study of the usefulness of the American Academy of Neurology's practice parameters. Neurology. Vol.49:925-35.
- Maslim, 2001. Buku saku Diagnosis Gangguan Jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ III. Jakarta; PT Nuh Jaya. 20-6
- Miller, 2004. End-of-Life Care for Patients with Dementia. The New England Journal of Medicine. Vol. 350:733-4

- O'Brien, 2004. Antipsychotics for people with dementia. BMJ. Vol.337:602.
- Peter, 1983. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Neurology. Vol.56:1133-42.
- Putri, 2009. kesehatan mental menurut islam. <http://www.wartawarga.gunadarma.ac.id>. Diakses: 20 November 2009.
- Qardhawi, 1993. Halal dan Haram dalam Islam. PT. Bina Ilmu. Jakarta. 12-21
- Qayyim, 2007. Penyembuhan berbagai penyakit cara nabi. Aksara kalbu. Jakarta; 16-22
- Salam, 2006. Konsep Nabawi menghindari penyakit. [http://www. Salam-online.web.id](http://www.Salam-online.web.id). Diakses: Diakses: 20 November 2009.
- Sultzer, 2008. Dying dementia patients: Too much suffering, too little palliation. AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN. Vol. 19:243-247.
- Sulis dan gunawan, 2009. Farmakologi dan terapi, Departemen farmakologi dan terapi FKUI; 54, 166-169
- Turana, 2006. MERAWAT PENDERITA DEMENSIA. RS Atma Jaya. <Http://www.medikaholistik.com>. Diakses: 21 November 2009.
- Varma, 1999. Hospice use for the patient with advanced Alzheimer's disease: The role of the geriatric psychiatrist. Am J Hosp palliat Care. Vol.21:427-37.
- Vollmann, 2000. Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia. N Engl J Med. Vol. 342:1755-6
- William, 2000. Clinical Symptom Responses to Atypical Antipsychotic Medications in Alzheimer's Disease: Phase 1 Outcomes From the CATIE-AD Effectiveness Trial. Am. J. Psychiatry. Vol.165:844-54.
- Yaffe, 2002. Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia A Review of the Evidence. JAMA. Vol.293:596-608.