

Media Medika Muda

Copyright©2018 by Medical Faculty of Diponegoro University

Volume 3, Nomor 3

ARTIKEL ASLI

September – Desember 2018



MANAJEMEN TERAPI GANGGUAN PERILAKU PADA DEMENSIA

Natalia Dewi Wardani¹⁾

BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOM IN DEMENTIA THERAPY MANAGEMENT

ABSTRACT

Background: Dementia is a condition in which individuals lose cognitive function progressively and often develop difficult behaviors. Difficult behaviors are particularly common in the mid to late stages of disease and cause stress for both patients and their caregivers. This difficult behavior often calls Behavioral and Psychological Symptom on Dementia (BPSD). The aims of this study was to find out effective pharmacotherapy and non pharmacotherapy for BPSD.

Methods: Literature was searched with keywords BPSD AND PARANOID AND HALOPERIDOL AND OLANZAPINE through Medscape and three article were found.

Results: Clozapine, Risperidon, Olanzapin dan Quetiapin are recommended as first line antipsychotic. Haloperidol as conventional antipsychotic had more side effect that should be considered.

Conclusion: Available literature suggests that BPSD can manifest in multiple ways; the common components are of behavioral, affective, psychotic and somatic in nature. Comprehensive treatment include pharmacologic and nonpharmacologic treatment approaches should be given to dementia patient.

Keywords: therapy managemen, psychological symptom, dementia

ABSTRAK

Latar belakang: Demensia merupakan kondisi hilangnya fungsi kognitif seseorang yang bersifat progresif dan sering menimbulkan perilaku sulit pada individu tersebut. Perilaku sulit sering ditemukan pada Demensia sedang hingga berat dan bisa menyebabkan stress pada pasien dan caregiver. Perilaku sulit pada Demensia sering disebut Behavioral and Psychological Symptom on Dementia (BPSD). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui manajemen terapi farmakoterapi dan non farmakoterapi yang efektif untuk perilaku sulit pada BPSD.

Metode: Dilakukan pencarian literatur dengan kata kunci BPSD AND PARANOID AND HALOPERIDOL AND OLANZAPINE melalui Medscape didapatkan tiga artikel yang sesuai.

Hasil: Clozapine, Risperidon, Olanzapin dan Quetiapin direkomendasikan sebagai lini pertama terapi dibandingkan antipsikotik konvensional. Haloperidol sebagai antipsikotik konvensional memiliki efek samping lebih banyak sehingga perlu dipertimbangkan pemakaiannya.

Simpulan: Dalam literatur yang ditemukan disebutkan manifestasi BPSD bisa bermacam-macam seperti gejala perilaku, afektif, psikotik dan juga somatik. Terapi komprehensif meliputi terapi farmakologi dan non farmakologi sebaiknya diberikan pada pasien Demensia.

Kata kunci: manajemen terapi, gangguan perilaku, demensia.

¹⁾ Staf Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

PENDAHULUAN

Demensia merupakan proses penyakit yang menyebabkan seseorang memiliki hendaya berat fungsi otak seperti kemampuan mengingat, berpikir, berekspresi dan berperilaku yang bersifat progresif.¹ Dari definisi ini kita tahu bahwa ada komponen perilaku pada Demensia.

Banyak tipe demensia namun yang terbanyak adalah Demensia tipe Alzheimer sebanyak 60-70% dari total Demensia. Pada tahun 2010, tiga puluh lima juta orang mengalami Demensia dan lebih dari setengahnya tinggal di negara berpendapatan menengah ke bawah.² Diperkirakan pada tahun 2050 jumlah tersebut akan naik tiga kali lipat.

Pada tahun 2010 enam ratus empat triliun dolar dihabiskan untuk penanganan demensia. Bisa dibayangkan betapa besarnya biaya yang akan dikeluarkan seiring meningkatnya jumlah orang dengan Demensia. Untuk itu penting bagi kita mengetahui gejala demensia dan penanganan yang bisa kita lakukan.

Gejala Perilaku Pada Demensia

Orang dengan Demensia Alzheimer bisa mengalami perilaku yang tak terduga dan membuat keluarga bingung dalam menyikapi perilaku tersebut. Untuk itu penting bagi keluarga mengetahui perilaku tak terduga seperti apa saja yang mungkin terjadi dan hal-hal apa yang bisa menyebabkan perilaku tersebut.

Ada beberapa perilaku tak terduga yang bisa terjadi pada orang dengan demensia diantaranya perilaku agresif, kecemasan, kebingungan, perilaku mengulang sesuatu, curiga berlebihan, berjalan-jalan dan tersesat serta gangguan tidur. Selanjutnya hal ini akan dibahas satu per satu.³

a. Perilaku Agresif

Perilaku agresif bisa dengan kata-kata (berteriak atau memanggil seseorang dengan keras) dan tindakan fisik seperti mendorong atau memukul sesuatu. Perilaku ini bisa terjadi tiba-tiba tanpa alasan atau karena situasi tertentu yang membuat dia frustrasi. Sangat penting mengetahui alasan yang menyebabkan orang dengan Demensia menjadi kesal atau marah.

b. Kecemasan

Orang dengan Demensia bisa merasa cemas

kemudian menjadi gelisah dan berjalan mondar-mandir. Bisa juga tiba-tiba murung dan fokus pada detail tertentu.

c. Kebingungan

Orang dengan Demensia terkadang tidak mengenali orang, tempat atau barang. Dia bisa lupa hubungannya dengan orang yang dia temui, memanggil anggota keluarga dengan nama lain atau menjadi bingung karena tidak tahu dimana rumahnya. Tujuan penggunaan barang bisa lupa misalnya tidak tahu kegunaan alat tulis atau garpu. Situasi seperti ini bukanlah mudah untuk keluarga yang merawat, butuh kesabaran dan sikap mau memahami orang dengan Demensia.

d. Perilaku mengulang sesuatu

Orang dengan demensia bisa melakukan sesuatu yang dilakukan berulang kali seperti mengulang kata-kata, menanyakan hal yang sama berulang kali ataupun berulang kali berjalan kearah jendela kemudian kembali lagi.

e. Curiga Berlebihan

Orang dengan Demensia kehilangan memorinya dan kebingungan, hal ini bisa membuatnya menerima hal yang dianggap baru dan tidak biasa. Dia juga mudah curiga dengan yang terjadi disekitarnya seperti menuduh seseorang mencuri, selingkuh atau yang lain. Terkadang juga terjadi interpretasi yang salah dari apa yang dilihat dan didengar.

f. Berjalan-jalan dan tersesat

Sering orang dengan Demensia berjalan-jalan tak tentu arah dan akhirnya tersesat. Kenyataannya enam puluh persen orang dengan Alzheimer pernah berjalan tak tentu arah. Mereka mungkin berusaha untuk pulang walaupun sudah di rumah, ingin melakukan aktivitas rutin yang biasa dilakukannya dulu seperti berangkat ke sekolah atau tempat kerja.

g. Gangguan tidur

Gangguan tidur dan perubahan pola tidur sering terjadi pada orang dengan Demensia. Hal ini bisa disebabkan karena perubahan di otak yang terjadi karena Demensia.³

Terapi Gangguan Psikotik Pada Demensia

Demensia dengan gejala gangguan psikotik seperti halusinasi dan waham seringkali menimbulkan kegaduhgelisahan. Demensia dengan gejala waham dibandingkan tanpa gejala waham bisa dibandingkan persentase kegaduhgelisahan yang diakibatkannya:

Tabel 1. Perbedaan Gaduh gelisah pada Demensia dengan Waham dan tanpa Waham

Gejala	Demensia dengan waham	Demensia tanpa waham
Agitasi	75%	15%
Kemarahan	31%	3%
Berjalan tanpa tujuan	14%	1%

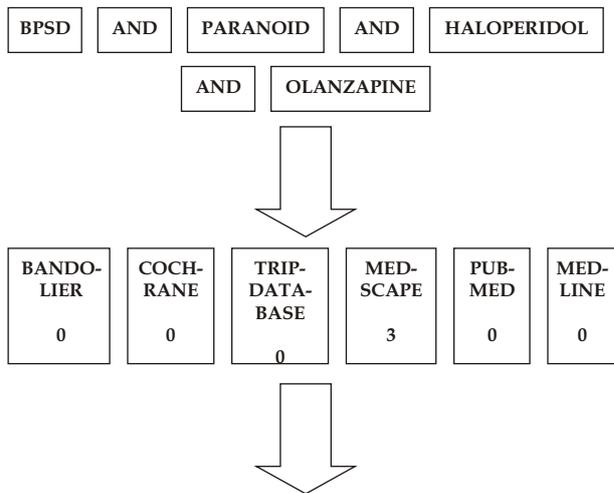
Waham yang paling sering terjadi pada Demensia adalah Waham Paranoid, sehingga muncul pertanyaan klinis: Apakah terapi yang paling efektif untuk waham paranoid pada Demensia?

METODE

Pertanyaan klinis dalam penelitian ini adalah: Bagaimana manajemen terapi untuk waham paranoid pada Demensia? Tujuan pertanyaan ini adalah untuk mengetahui terapi berdasarkan *evidence based* yang terbaik untuk waham paranoid pada Demensia. Bisa disusun model PICO analisis. Populasinya adalah demensia dengan gejala paranoid, Intervensinya Olanzapine, dibandingkan (*Comparison*) Haloperidol, hasil yang diinginkan (*Outcome*) adalah efektif dalam menurunkan gejala paranoid.

Sehingga didapatkan kata kunci BPSD AND PARANOID AND HALOPERIDOL AND OLANZAPINE. Kata kunci tersebut kemudian dimasukkan pada mesin pencari Bandolier Cochrane, Tripdatabase, Pubmed dan Medline tidak didapatkan artikel. Saat kata kunci diatas dimasukkan pada mesin pencari Medscape didapatkan tiga artikel yang sesuai yaitu artikel oleh Carson, McDonagh, Peterson; Rojaz-Fernandez *et al* dan Robert.

Penelusuran data



1. Carson, McDonagh, Peterson. A Systematic Review of the Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics in Patients with Psychological and Behavioral Symptoms of Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(2):354-361.
2. Rojaz-Fernandez *et al.* Pharmacotherapy of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Time for a Different Paradigm? *Pharmacotherapy.* 2001;21(1)
3. Robert. Understanding and Managing Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease and Related Dementias: Focus on Rivastigmine *Curr Med Res Opin.* 2002;18(3)

HASIL

Ditemukan tiga artikel yang bisa menjawab pertanyaan klinis dari hasil penelusuran. Tiga artikel tersebut kemudian ditelaah relevansinya:

	Carson, McDonagh, Peterson	Rojaz-Fernandez <i>et al</i>	Robert
Domain	Dementia patient	Dementia patient	Dementia patient
Determinant	Antipsychotic	Antipsychotic, antidepressan	Antidementia, neuroleptic
Outcome	Perilaku sulit menurun	Perilaku sulit berkurang	Perilaku sulit berkurang
Relevance Score	3	3	3

Ketiga artikel yang ditemukan semuanya memiliki skor relevansi tiga, relevan sebagai acuan.

Robert dalam penelitiannya menyebutkan Rivastigmin membantu mengurangi halusinasi dan delusi karena Rivastigmin memiliki efek inhibisi asetilkolinesterase dan butirilkolinesterase.⁶ Pasien

dengan demensia Lewy Bodies lebih banyak mengalami demensia dengan gejala perilaku seperti halusinasi, depresi dan waham dibandingkan dengan Demensia Alzheimer.

Rojaz Fernandez menyebutkan antipsikotik konvensional seperti Haloperidol memiliki efek signifikan dibandingkan dengan plasebo. Efek samping Haloperidol perlu dipertimbangkan dalam pemakaiannya, yaitu sindroma ekstrapiramidal seperti tardive dyskinesia, sindroma neuroleptik maligna, efek antikolinergik, risiko kejang, efek ke jantung, peningkatan berat badan, sedasi, efek hematologi dan meningkatnya enzim hati.⁷

Clozapine, Risperidon, Olanzapin dan Quetiapin direkomendasikan sebagai lini pertama terapi dibandingkan antipsikotik konvensional. Pada tahun 2005 FDA memperingatkan meningkatnya risiko kematian pada penggunaan antipsikotik pada pasien usia lanjut dengan Demensia. Analisis 17 penelitian menggunakan olanzapine, aripripazol, risperidone atau quetiapine dibandingkan plasebo menunjukkan perbandingan 1,7:1,6 dalam risiko kematian, dimana kematian terbanyak disebabkan karena kelainan jantung atau infeksi.⁸

PEMBAHASAN

Terapi Farmakologi

Buhr dan White mengatakan langkah pertama dalam menangani BPSD adalah menanyakan secara detail riwayat pasien dan riwayat penyakit fisik seperti delirium, infeksi saluran kencing, efek samping obat, depresi dan faktor lingkungan yang bisa diubah dan mungkin berpengaruh terhadap gejala saat ini. Melihat riwayat medis pasien memungkinkan mencari tahu hubungan pengalaman pasien dengan perilakunya saat ini.⁹ Hal ini terutama dilakukan pada pasien Demensia stadium lanjut yang tidak memiliki tilikan bahwa dirinya mengalami Demensia.

Pasien Demensia stadium awal menyadari penurunan kognitif yang mereka alami dan seringkali ketakutan akan masa depan, harus tergantung dengan orang lain dan takut kehilangan fungsi intelektual mereka.¹⁰ Pasien Demensia stadium awal hingga menengah seringkali menunjukkan tandatanda depresi karena ketakutannya tersebut dan perlu dirujuk ke

psikiater.¹¹

Depresi pada orang dengan Demensia seringkali bukan karena kesadaran atau tilikan dirinya mengalami demensia.¹² Menurut hipotesis metabolik, pada orang dengan Demensia terjadi disregulasi axis stress Hipotalamus Pituitary Adrenal yang menyebabkan ketidakseimbangan neurotransmitter dopamine yang menyebabkan waham dan neurotransmitter serotonin yang menimbulkan depresi. Atropi nukleus raphe dorsalis menyebabkan penurunan serotonin yang menimbulkan afek depresi.¹³

Untuk menangani depresi pada Demensia sebaiknya menganut prinsip dimulai dari dosis kecil dan dinaikkan perlahan.¹² Antidepresan golongan SSRI paling efektif untuk gejala afek depresi pada Demensia. Fluoksetin dan Paroksetin sebaiknya dihindari karena berpotensi tinggi interaksi obat. Antidepresan Trisiklik sebaiknya dihindari karena efek samping antikolinergik.¹⁴ Drye *et al* menyebutkan Citalopram terbukti efektif untuk gejala depresi pada BPSD. Belum ada penelitian RCT untuk pemakaian mirtazapine, escitalopram, venlavaxine, reboxetine ataupun duloksetin.¹⁵

Terapi Demensia stadium awal hingga menengah seringkali adalah kolinesterase inhibitor seperti donepezil, rivastigmin dan galantamin.¹¹ Robert dalam penelitiannya mengatakan inhibisi asetilkolinesterase dan butirilkolinesterase oleh Rivastigmin terbukti memperbaiki gejala perilaku dan bisa mengurangi penggunaan antipsikotik.⁶

Bila gejala psikotik seperti waham dan halusinasi masih ada dan mengganggu pada BPSD, perlu dipertimbangkan pemberian antipsikotik. Antipsikotik konvensional seperti Haloperidol memiliki efek signifikan dibandingkan dengan plasebo.⁷ Clozapine, Risperidon, Olanzapin dan Quetiapin direkomendasikan sebagai lini pertama terapi dibandingkan antipsikotik konvensional.⁸ Penggunaan antipsikotik harus dengan hati-hati mengingat efek samping bahkan penurunan fungsi kognitif lebih dari satu tahun pemakaian.

Terapi Non Farmakologi

Pandangan baru tentang penanganan Demensia pada umumnya dan Demensia Alzheimer pada khususnya fokus kepada individu yang mengalami beserta kebiasaan yang biasa dilakukannya selama ini, kepribadiannya,

kemampuan dan kelebihan yang bisa didayagunakan. Keluarga yang merawat diajak berpikir tentang kemampuan pasien yang masih ada dan kekuatannya dibanding berpikir tentang apa yang tidak bisa lagi dilakukan orang dengan Demensia Alzheimer.⁴

- ✓ Apa yang masih bisa dilakukan dan apa yang membuatnya merasa senang?
- ✓ Apa yang membuat hidup lebih berarti?
- ✓ Bagaimana keluarga sebagai yang merawat memberi dukungan pada orang dengan demensia untuk tetap beraktifitas yang membuatnya merasa berguna?

Terdapat peran penting lingkungan, kebutuhan yang tak terpenuhi, kepribadian pasien sebelum sakit dan kebiasaan yang dijalani terhadap gejala perilaku yang muncul pada orang dengan Demensia. Kehilangan memori karena Demensia bisa menyebabkan perubahan perilaku. Namun hendaya yang berlebihan atau kehilangan kemampuan melebihi yang diharapkan merupakan masalah penting.

Faktor lingkungan sangat berpengaruh sebagai penyebab gejala perilaku dan bisa mengurangi perilaku tertentu bila dilakukan secara positif. Walaupun kebiasaan yang lama dipertahankan, kepribadian orang tersebut sebelumnya dan pengalaman hidup juga mempengaruhi perilaku yang terjadi.

Peran kebutuhan yang tak terpenuhi dalam menyebabkan gejala perilaku dan psikologis pada Demensia saat ini mulai banyak dipahami. Gejala perilaku bukan tanpa sebab namun didasarkan beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi. Orang dengan Demensia sulit mengetahui sesuatu sebagai sesuatu yang salah dan sulit mengekspresikan kebutuhan mereka dalam bahasa sehingga mereka menunjukkannya dalam perilaku mereka. Perilaku yang terjadi adalah gejala sesuatu yang harus dicari tahu oleh keluarga supaya tidak mengganggu dan cepat bisa diatasi.⁴

Dari hal di atas kita bisa menyarankan hal-hal berikut untuk membantu seseorang dengan demensia:

- Mendengarkan
- Meyakinkan bahwa mereka tetap bisa menikmati hidup
- Suportif dan positif
- Melakukan yang terbaik supaya seseorang merasa dihargai.

KESIMPULAN

Perilaku yang tak terduga pada orang dengan Demensia biasanya memiliki tujuan. Orang dengan Demensia seringkali tidak dapat mengtakan apa yang mereka inginkan dan apa yang mereka butuhkan. Perilaku seringkali memiliki pemicu bukannya tak beralasan. Bisa disebabkan kata-kata seseorang atau melihat perbuatan seseorang. Cobalah memahami dan cari solusinya. Suatu solusi yang berhasil hari ini belum tentu akan berhasil juga esok hari. Seorang *caregiver* harus kreatif dan fleksibel dalam menghadapinya.

Literatur yang ada menyarankan terapi komprehensif meliputi terapi farmakologi dan non farmakologi sebaiknya diberikan pada demensia, mengingat risiko kematian karena penggunaan antipsikotik. Bila semua saran di atas sudah dilakukan dan anda masih menemui kesulitan cobalah mencari dukungan dari orang lain dan dokter bila perilaku yang dilakukan belum bisa diatasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nasrun, M.W.S. Strategi Mendampingi Orang Dengan Demensia. Pusat Penerbitan ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: April 2012
2. Alzheimer's Association, 2014. Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 10, issue 2.
3. Alzheimer's Association, 2012. Behaviors: How to Respond When Dementia Causes Unpredictable Behavior. Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 8, issue 2.
4. Smith, M. Understanding & Responding to Behavioral Symptom in Dementia. The John A. Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence (HCGNE), College of Nursing, University of Iowa. 2006
5. Alzheimer's Association, 2012. Take Care of Yourself: 10 Ways to be a Healthier Caregiver. Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 8, issue 2.
6. Robert. Understanding and Managing Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease and Related Dementias: Focus on Rivastigmine Curr Med Res Opin. 2002;18(3)
7. Rojaz-Fernandez *et al.* Pharmacotherapy of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Time for a Different Paradigm? Pharmacotherapy. 2001;21(1)
8. Carson, McDonagh, Peterson. A Systematic Review of the Efficacy and Safety of Atypical Antipsychotics in Patients With Psychological and Behavioral Symptoms of Dementia. J Am Geriatr Soc. 2006;54(2):354-361.
9. Buhr GT, White HK. Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. J Am Med Dir Assoc. 2006;7:180-192.
10. Riley *et al.* Anxiety and Stigma in Dementia: A Threat to Aging in Place. Nurs Clin North Am. 2014 Jun; 49(2):

- 213-231.
11. D.B Hogan *et al.* Management of Mild to Moderate Alzheimer's Disease and Dementia. *Alzheimer's & Dementia* 3 (2007) 355-384
 12. Müller-Spahn. Behavioral disturbances in dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 5. No.1.* 2003
 13. Kratz T. The Diagnosis and Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 447-54
 14. Onyike. Psychiatric Aspects of Dementia. *Continuum (Minneapolis)* 2016;22(2):600-614.
 15. Drye *et al.* Citalopram for agitation in Alzheimer's disease (CitAD): design and methods. *Alzheimers Dement.* 2012 ; 8(2): 121-130. doi:10.1016/j.jalz.2011.01.007.