

Demensia Vaskular pada Perempuan Usia 76 Tahun : Laporan Kasus

Muhammad Zur'an Asyrofi¹, Cahyaningsih Fibri Rokhmani²

¹ Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Ilmu Kesehatan Jiwa, Rumah Sakit Jiwa, Provinsi Lampung

Abstrak

Demensia merupakan sindrom akibat penyakit otak, bersifat kronik progresif, ditandai dengan kemunduran fungsi kognitif multipel, yaitu fungsi memori, afasia, apraksia, agnosia dan fungsi eksekutif. Kesadaran pada umumnya tidak terganggu. Adakalanya disertai gangguan psikologik dan perilaku. Demensia disebabkan oleh berbagai penyakit dan cedera yang terutama atau sekunder mempengaruhi otak, seperti penyakit alzheimer atau stroke. Demensia vaskular adalah sebuah penurunan kemampuan berpikir yang disebabkan oleh kondisi yang menghalangi aliran darah ke region pada otak, yang menyebabkan keadaan dimana sel-sel otak menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi. Demensia vaskular menempati urutan kedua kejadian demensia setelah penyakit alzheimer. Laporan kasus ini membahas mengenai demensia vaskular pada perempuan usia 76 tahun. Tatalaksana farmakologi dengan risperidone 2x2 mg serta amlodipine 1x10 mg dan psikoterapi pada pasien memiliki tujuan untuk menjaga dan memaksimalkan fungsi, mengurangi gangguan tingkah laku, meringankan beban pengasuh dan menunda progresifitas ke tingkat selanjutnya.

Kata kunci: Amlodipine, demensia vaskular, psikoterapi, risperidone

Case Report of Vascular Dementia on 76 Years Old Female

Abstract

Dementia is defined as a syndrome caused by chronic progressive brain disorder, marked by cognitive multiple function impairment, such as memory function, aphasia, apraxia, agnosia and executive function. There is no marked disorder in consciousness, but psychologic and behaviour disorder are sometimes found. Dementia is caused by many conditions and injuries primarily or secondarily affecting brain, like Alzheimer's disease or stroke. Vascular dementia is a decrease in cognitive function caused by blood flow restriction to brain regions causing lack of oxygen and nutrition on brain cells. Vascular dementia is in the position of two after Alzheimer's disease for most frequent causes. This case report discussed about vascular dementia on 76 years old female. Pharmacological therapy by using risperidone 2x2 mg and amlodipine 1x10 mg as well as psychotherapy for the patient aimed to maintain and maximize function, reduce behavioural impairment, ease caregiver burden and inhibit to severe progression of the disease.

Keywords: amlodipine, psychotherapy, risperidone, vascular dementia

Korespondensi: Muhammad Zur'an Asyrofi, alamat Jl. Soekarno Hatta Gang Turi III No.23 Tanjung Senang Bandar Lampung, HP 092175439718/089691195242, e-mail asyrofizuran@gmail.com

Pendahuluan

Demensia adalah sindrom penurunan fungsi intelektual dibanding sebelumnya yang cukup berat sehingga mengganggu aktivitas sosial dan profesional yang tercermin dalam aktivitas hidup keseharian, biasanya ditemukan juga perubahan perilaku dan tidak disebabkan oleh delirium maupun gangguan psikiatri mayor. Diagnosis klinis demensia ditegakkan berdasarkan riwayat *neurobehavior*, pemeriksaan fisik neurologis dan pola gangguan kognitif.¹

Terdapat 35,6 juta orang dengan demensia pada tahun 2010 dengan peningkatan dua kali lipat setiap 20 tahun, menjadi 65,7 juta di tahun 2030 dan 115,4 juta di tahun 2050. Sementara di Asia Tenggara, jumlah orang dengan demensia diperkirakan meningkat dari 2,48 juta pada tahun 2010 menjadi 5,3 juta pada tahun 2030.¹

Terdapat lima sub tipe demensia secara umum, yaitu penyebab alzheimer, demensia vaskular, demensia *lewy body* dan demensia penyakit parkinson, demensia frontotemporal, dan tipe campuran.² Demensia tipe alzheimer prevalensinya paling besar (50-60%), disusul demensia vaskular (20-30%).³

Demensia vaskular adalah penurunan kognitif dan kemunduran fungsional yang disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler, biasanya stroke hemoragik dan iskemik, juga disebabkan oleh penyakit substansia alba iskemik atau sekuel dari hipotensi atau hipoksia.¹ Demensia vaskular di Indonesia diperkirakan cukup tinggi berdasarkan data dari *Indonesia Stroke Registry* tahun 2013 bahwa 60,59% pasien stroke mengalami gangguan kognitif saat pulang perawatan dari rumah sakit. Tingginya angka kejadian faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus dan

penyakit kardiovaskular mendukung asumsi di atas.⁴

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama atau persisten dapat menimbulkan kerusakan beberapa organ seperti ginjal, jantung, dan otak bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai.⁵

Kasus

Ny. S, usia 76 tahun, seorang ibu rumah tangga datang diantar oleh menantu laki-lakinya ke Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung pada tanggal 25 Juli 2019. Pasien datang dengan keluhan sering marah-marah tanpa sebab disertai gelisah sejak tujuh hari sebelum pasien dibawa berobat. Menurut anamnesis pada menantu pasien, keluhan marah-marah hampir selalu terjadi setiap malam. Pasien menganggap suami pasien berselingkuh dan sering membicarakan kembali kesalahan suami pasien tersebut yang terjadi pada masa lalu. Keluarga pasien merasa pasien sering gelisah dan sulit tidur pada malam hari. Selain itu, sejak satu tahun terakhir pasien memiliki penurunan daya ingat yang semakin memburuk. Pasien kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan sulit mengingat tanggal dan keluarga. Pasien terdeteksi memiliki hipertensi sejak 2 tahun lalu namun tidak rutin kontrol dan minum obat. Pasien juga telah mengalami penurunan pendengaran sejak 5 tahun lalu. Tidak ada riwayat stroke, trauma dan gangguan jiwa pada pasien sebelumnya. Keluarga tidak memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, dan keluarga tidak tahu riwayat hipertensi, penyakit jantung atau stroke pada keluarga.

Saat wawancara dan pemeriksaan fisik pada pasien di hari yang sama, kesadaran pasien kompos mentis, penampilan sesuai usia, perawakan sedang, kebersihan dan kerapian cukup. Sikap pasien kurang kooperatif cenderung tidak nyaman dan kontak mata dengan pemeriksa kurang. Pasien kadang tidak mampu menjawab pertanyaan, pembicaraan spontan, artikulasi kurang jelas (cadel), kualitas, dan kuantitas cukup. Mood pasien

disforik, afek pasien terbatas, terdapat keserasian antara mood dan afek.

Pasien tidak memiliki gangguan persepsi. Bentuk pikir non realistis, arus pikir koheren, pasien memiliki gangguan isi pikir yaitu waham cemburu. Orientasi tempat, orang dan situasional buruk, sedangkan orientasi waktu kurang. Daya ingat jangka segera, pendek, sedang buruk, sedangkan daya ingat jangka panjang kurang. Konsentrasi dan perhatian pasien buruk, pengendalian impuls cukup, daya nilai sosial dan uji daya nilai pasien tidak menjawab, tilikan derajat I, kesan dapat dipercaya.

Pasien direncanakan untuk dilakukan pemeriksaan penunjang berupa EKG, pemeriksaan gula darah dan profil lipid. Pasien juga disarankan untuk ke dokter THT untuk melakukan pemeriksaan audiometri. Pasien diberikan terapi risperidone tablet 2x0,5 mg dan amlodipine tablet 1x10 mg. Psikoterapi yang diberikan pasien berupa konseling dan intervensi psikodinamik keluarga untuk memberikan dorongan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Serta menganjurkan pasien agar mengurangi konsumsi makanan yang asin, makanan yang digoreng dan makanan yang berlemak.

Pembahasan

Demensia adalah sindrom penyakit akibat kelainan otak bersifat kronik atau progresif serta terdapat gangguan fungsi luhur (kortikal yang multipel) yaitu daya ingat, daya pikir, daya orientasi, daya pemahaman, berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, kemampuan menilai, kesadaran tidak berkabut, biasanya disertai hendaya fungsi kognitif dan ada kalanya diawali oleh kemerosotan (*deterioration*) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial atau motivasi. Menurut DSM IV-TR, demensia ditandai oleh defek kognitif multipel yang mencakup kehilangan fungsi memori tanpa gangguan kesadaran. Fungsi kognitif yang dapat terserang meliputi intelegensi umum, pengetahuan dan memori, bahasa, pemecahan masalah, persepsi, orientasi, atensi dan konsentrasi, daya nilai, kemampuan individu serta kepribadian.⁶

Gejala demensia dibagi menjadi dua kelompok, yaitu gangguan kognitif dan gangguan non-kognitif. Gangguan kognitif

terdiri dari gangguan memori terutama kemampuan belajar hal-hal baru. Memori lama bisa terganggu pada demensia tahap lanjut. Keluhan non-kognitif meliputi keluhan neuropsikiatri atau kelompok *behavioral neuropsychological symptoms of dementia* (BPSD). Komponen perilaku meliputi agitasi, tindakan agresif dan non-agresif seperti *wandering*, disinhibisi, *sundowning syndrome* dan gejala lainnya. Keluhan tersering adalah depresi, gangguan tidur dan gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi. Gangguan motorik berupa kesulitan berjalan, bicara cadel dan gangguan gerak lainnya dapat ditemukan disamping keluhan kejang mioklonus.¹

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan terdapat penyakit yang menyebabkan disfungsi otak. Hal ini dapat dinilai dari adanya gangguan fungsi kognitif (terutama gangguan daya ingat) dan gangguan suasana emosi (pada awalnya pasien mudah marah) yang terjadi sejak pasien terkena hipertensi 2 tahun yang lalu. Oleh karena itu, pasien digolongkan sebagai penderita Gangguan Mental Organik (F.0).

Pada pasien terdapat penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, yang sampai mengganggu kegiatan harian seseorang (gangguan fungsi eksekutif). Pasien juga memiliki gangguan pada isi pikir yaitu waham cemburu terhadap suami. Gejala dan disabilitas yang dialami pasien sudah lebih dari 6 bulan. Pada pasien juga tidak ada gangguan kesadaran. Maka pasien memenuhi kriteria demensia menurut PPDGJ III sebagai berikut:⁷

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 paling sedikit 6 bulan

Berdasarkan DSM V, pasien memenuhi kriteria *major neurocognitive disorder*, yaitu terdapat minimal satu dari perburukan domain kognitif secara signifikan, yaitu memori (amnesia), bahasa (afasia), eksekusi gerakan yang bertujuan (apraksia), pengakuan (agnosia), fungsi visuospasial (disorientasi topografi) dan kontrol diri (gangguan fungsi

eksekutif).⁸ Pada pasien terdapat gangguan yang signifikan pada memori.

Pasien didiagnosis menderita Demensia vaskular (F01) karena pasien memenuhi kriteria diagnosis penyakit tersebut yaitu :⁷

1. Terdapatnya gejala demensia
2. Hendaya fungsi kognitif biasanya tidak merata (mungkin terdapat hilangnya daya ingat, gangguan daya pikir, gejala neurologis fokal). Daya tilik diri (*insight*) dan daya nilai (*judgement*) secara relatif tetap baik.
3. Suatu onset yang mendadak atau deteriorasi yang bertahap, disertai adanya gejala neurologis fokal, meningkatkan kemungkinan demensia vaskuler. Pada beberapa kasus, penetapan hanya dapat dilakukan dengan pemeriksaan CT-scan atau pemeriksaan neuro-patologis.

Pasien tidak mengalami gangguan tumbuh-kembang. Pasien dapat bergaul dan memiliki banyak teman. Hal ini menunjukkan bahwa pasien tidak mengalami gangguan kepribadian dan retardasi mental (F.70) maka aksis II pada pasien tidak ada diagnosis.

Pada anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, ditemukan tekanan darah meningkat (170/100 mmHg). Serta terdapat penurunan pendengaran pada telinga kanan dan kiri. Oleh karena itu aksis III terdapat diagnosis hipertensi *grade II*, dan *hearing loss*.

Pada aksis IV pasien memiliki masalah dengan *primary support group* (keluarga) yaitu pemahaman keluarga. Pasien mengalami gejala berat, disabilitas berat dalam sosial, dan kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu pada aksis V didapatkan GAF scale 50-41.

Terapi untuk demensia vaskular ditujukan kepada penyebabnya, mengendalikan faktor risiko (pencegahan sekunder) serta terapi untuk gejala neuropsikiatrik dengan memperhatikan interaksi obat. Selain itu diperlukan terapi multimodalitas sesuai gangguan kognitif dan gejala perilakunya. Penatalaksanaan utamanya digunakan untuk mencegah memburuknya demensia vaskular dengan cara mengobati penyakit yang mendasarinya seperti hipertensi, hiperlipidemia, dan diabetes melitus.⁹⁻¹⁰

Pada pasien diberikan obat risperidone tablet 2x0,5 mg dan tablet amlodipin tab 1x10 mg. Risperidone merupakan obat golongan

antipsikotik generasi 2. Risperidone memiliki mekanisme kerja melalui blokade reseptor dopamin *post* sinaps dan serotonin secara selektif. Sehingga memiliki risiko efek samping ekstrapiramidal, memperluas aktivitas terapeutik terhadap gejala negatif dan afektif, serta mengurangi gejala psikotik, seperti halusinasi dan delusi. Pasien memiliki sifat mudah marah dan menunjukkan gangguan isi pikir yaitu waham cemburu. Penggunaan antipsikotik pada demensia yang dianjurkan adalah dosis rendah. Dosis risperidone yang dianjurkan adalah 2-8 mg/hari.^{3,11}

Amlodipine merupakan golongan penghambat kanal kalsium generasi kedua dari kelas 1,4 dihidropiridin (DHP). DHP bekerja dengan mengikat situs yang dibentuk dari residu asam amino pada dua segmen S6 yang berdekatan dan segmen S5 diantaranya dari kanal kalsium bermuatan di sel otot polos dan jantung. Ikatan tersebut menyebabkan kanal kalsium termodifikasi ke dalam kondisi inaktif tanpa mampu berkonduksi (*nonconducting inactive state*) sehingga kanal kalsium di sel otot menjadi impermeabel terhadap masuknya ion kalsium.^{12,13}

Tata laksana psikososial ditujukan untuk mempertahankan kemampuan penderita yang masih tersisa, menghambat progresivitas kemunduran fungsi kognitif, mengelola gangguan psikologik dan perilaku yang timbul. Pasien sering diuntungkan melalui psikoterapi suportif dan edukasional yang menjelaskan secara rinci sifat dan perjalanan penyakit yang dideritanya. Latihan memori sederhana, latihan orientasi realitas, dan senam otak, dapat membantu menghambat kemunduran fungsi kognitif.^{3,6}

Psikoedukasi terhadap keluarga atau *caregiver* menjadi bagian yang sangat penting dalam tatalaksana pasien. Dokter dapat membantu keluarga memahami gambaran perasaan kompleks yang dikaitkan dengan perasaan keluarga terhadap pasien.^{3,6}

Prognosis *vitam* pasien adalah *dubia ad malam* karena didapatkan kelainan pada tanda-tanda vital pasien, pasien juga tidak rutin mengecek kesehatannya ke dokter dan hingga saat didapatkan masalah pada keadaan medis pasien. Prognosis *functionam* *dubia ad malam* karena semenjak pengobatan awal pasien belum dapat melakukan fungsinya dengan baik. Prognosis *sanationam* *dubia ad malam*,

perjalanan klasik demensia adalah perburukan bertahap selama 5 sampai 10 tahun yang akhirnya menyebabkan kematian.⁶

Simpulan

Demensia vaskular adalah penurunan kognitif dan kemunduran fungsional yang disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler. Gejala demensia terbagi menjadi dua, yaitu gangguan kognitif dan gangguan non-kognitif.

Penatalaksanaan utamanya digunakan untuk mencegah memburuknya demensia vaskular dengan cara mengobati penyakit yang mendasarinya. Tata laksana psikososial ditujukan untuk mempertahankan kemampuan yang tersisa, menghambat kemunduran fungsi kognitif serta mengelola gangguan psikologik dan perilaku yang timbul.

Daftar Pustaka

1. Perdossi. Diagnosis dan penatalaksanaan demensia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia; 2015.
2. Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, Breteler MM, Nyenhuis RC, Black SE, Dkk. National institute of neurological disorders and stroke - Canadian stroke network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*. 2006; 37(9):2220-41.
3. Elvira SD, Hadisukanto G. Buku ajar psikiatri. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
4. Yudiarto F, Machfoed M, Darwin A, Ong A, Karyana M, Siswanto. Indonesia stroke registry. *Neurology*. 2014; 82(10):S12.003.
5. Kemenkes RI. Hipertensi. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Delirium, demensia, dan gangguan amnestik serta gangguan kognitif dan gangguan mental lainnya karena kondisi medis umum. Dalam: Kaplan, Sadock, Editors. Buku ajar psikiatri klinis edisi ke-2. Jakarta: EGC; 2010. hlm. 57-65.
7. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa: rujukan ringkas dari PPDGJ III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.

8. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM V. Edisi ke-5. USA: American Psychiatric Association; 2013.
9. Alagiakrishnan K. Vascular dementia [internet]. USA: Medscape [diperbaharui tanggal 12 November 2018; diakses tanggal 1 Agustus 2019]; 2018. Tersedia dari: <https://emedicine.medscape.com/article/292105-overview>
10. Amenta F, Lanari A, Mignini F, Silverstrelli G, Traini E, Tomassoni D. Nicardipine use in cerebrovascular disease: a review of controlled clinical studies. *J Neuro Sci*. 2009; 30(8):1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303080>
11. PDSKJI. Panduan Klinis Psikiatri. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia; 2012.
12. Katzung BG. Farmakologi dasar dan klinik. Jilid 1. Jakarta: EGC; 2010.
13. Fares H, DiNicolantonio JJ, O'Keefe JH, Lavie CJ. Amlodipine in hypertension: a first line agent with efficacy for improving blood pressure and patient outcomes. *Open Heart*. 2016 [disitasi 10 Desember 2019]; 3(2):1-7. Tersedia dari : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27752334>