



# Tata Laksana Gangguan Kognitif di Layanan Primer

**Nabila Mayori Arsanti, Budi Riyanto Wreksoatmodjo**  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Unika Atma Jaya, Jakarta, Indonesia

## ABSTRAK

Populasi lanjut usia secara global terus mengalami kenaikan, terutama karena peningkatan harapan hidup rata-rata. Kondisi ini dapat menimbulkan beberapa masalah, misalnya gangguan kognitif. Gangguan kognitif ditandai dengan gangguan kemampuan kognitif dan fungsi sehari-hari yang penyebabnya diketahui atau diduga yang melibatkan gangguan berpikir atau memori yang menyebabkan perubahan nyata dari tingkat fungsional individu sebelumnya. Gangguan kognitif dibagi menjadi *mild cognitive impairment* (MCI) dan demensia. Dugaan adanya gangguan kognitif yaitu jika terjadi penurunan fungsi dalam pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Tata laksana di layanan primer dapat dengan identifikasi dan skrining awal, kemudian dilakukan penilaian dan pemeriksaan, serta diagnosis. Setelah itu dapat dilakukan intervensi lingkungan, psikologis ataupun perilaku, keterlibatan sosial, pengaturan nutrisi dan intervensi tidur, serta manajemen gejala neuropsikiatri. Penting untuk menerapkan layanan kesehatan yang berfokus pada skrining demensia dan evaluasi kognitif guna mempersiapkan penyedia layanan kesehatan. Dokter umum dapat merujuk pasien dengan tanda atau gejala awal gangguan kognitif, misalnya memiliki masalah memori atau bahasa.

**Kata Kunci:** Dokter umum, gangguan kognitif, lanjut usia.

## ABSTRACT

The global elderly population continues to increase, mainly due to the increase in life expectancy. This condition may pose several problems, i.e., cognitive impairment. Cognitive impairment is a disorder characterized by impairment of cognitive ability and daily functioning, involving disturbances in thinking or memory causing a marked change from the individual's previous level of functioning with a known or suspected cause. Cognitive impairment is classified into mild cognitive impairment (MCI) and dementia. Cognitive impairment is suspected if there is a decline in work and daily activities. Management in primary care consists of identifying and initial screening, assessments and examinations, and diagnosis. Environmental, psychological, and behavioral interventions; social involvement; nutritional management and sleep interventions; and neuropsychiatric symptom management may be applied. It is important to implement health services that focus on dementia screening and cognitive evaluation in order to prepare healthcare providers. General practitioners can refer patients with early signs or symptoms of cognitive impairment, such as problems with memory or language. **Nabila Mayori Arsanti, Budi Riyanto Wreksoatmodjo. Management of Cognitive Disorders in Primary Care.**

**Keywords:** General practitioner, cognitive disorders, elderly.



Cermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## PENDAHULUAN

Populasi lanjut usia (lansia) secara global terus mengalami kenaikan. Menurut perkiraan United Nations atau Perserikatan Bangsa-Bangsa, pertumbuhan ini akan menjadi lebih signifikan dalam beberapa dekade mendatang, terutama karena peningkatan harapan hidup rata-rata. Jumlah orang berusia lebih dari 60 tahun di dunia diperkirakan akan naik sebesar 56% dalam 15 tahun ke depan, sementara jumlah "lanjut usia tertua" (yang berusia lebih dari 80 tahun) diprediksi akan meningkat 3 kali lipat pada tahun 2050.<sup>1</sup> Percepatan penuaan demografi ini diperkirakan akan menyebabkan lonjakan

prevalensi penyakit dan kecacatan, dengan perhatian utama pada gangguan fungsi kognitif.<sup>1</sup>

Kognisi adalah proses mental yang melibatkan cara memperoleh pengetahuan dan pemahaman melalui berpikir, pengalaman, serta panca-indra. Kognisi meliputi berbagai aspek fungsi dan proses intelektual tingkat tinggi, seperti perhatian, memori, pengetahuan, pengambilan keputusan, perencanaan, penalaran, evaluasi, pemahaman persepsi, bahasa, dan fungsi visuospasial.<sup>2</sup> Defisit kognitif adalah istilah umum yang merujuk pada gangguan

berbagai bidang kognisi. Istilah ini tidak terbatas pada penyakit atau kondisi spesifik, melainkan bisa merupakan manifestasi dari kondisi yang mendasarinya. Istilah defisit kognitif sering tertukar dengan istilah gangguan kognitif. Defisit kognitif dapat berupa kondisi sementara atau berkembang menjadi progresif dan permanen.<sup>2</sup> World Health Organization (WHO) (2021) menyatakan bahwa terdapat 65,6 juta orang lansia di seluruh dunia mengalami gangguan fungsi kognitif dan di Indonesia terdapat 121 juta dengan persentase lebih banyak di kalangan perempuan.<sup>3</sup>

**Alamat Korespondensi** email: [nabilamayori9@gmail.com](mailto:nabilamayori9@gmail.com)



Gangguan kognitif sering salah didiagnosis di perawatan primer karena hambatan multidimensi terkait evaluasi kinerja kognitif individu. Dokter umum memiliki peran penting dalam mendeteksi tanda dan gejala yang menunjukkan penurunan kognitif tahap awal, baik sebagai respons terhadap keluhan memori subjektif maupun sebagai bagian dari kunjungan kesehatan geriatri untuk kemudian merujuk pasien untuk evaluasi lebih lanjut.<sup>4</sup> Penerapan pemberian layanan kesehatan yang berfokus pada skrining demensia dan skrining kognitif diperlukan untuk mengakomodasi dan mempersiapkan penyedia layanan kesehatan.<sup>5</sup>

### DEFINISI

Gangguan kognitif ditandai dengan gangguan kemampuan kognitif dan fungsi sehari-hari yang penyebabnya diketahui atau diduga. Gangguan ini melibatkan gangguan berpikir atau memori yang menunjukkan perubahan nyata dari tingkat fungsi individu sebelumnya. Gangguan kognitif tidak berdasarkan faktor psikologis, disebabkan oleh kondisi fisik atau mental atau penggunaan serta penghentian penggunaan obat yang memengaruhi fungsi otak. Dalam beberapa kasus, penyebab dari gangguan kognitif tidak dapat diidentifikasi.<sup>6</sup>

### ETIOLOGI

Defisit kognitif bisa terjadi sejak lahir atau disebabkan oleh faktor lingkungan seperti penyakit mental, cedera otak, serta gangguan neurologis. Beberapa penyebab awal defisit kognitif meliputi kelainan genetik, kekurangan gizi, paparan obat pranatal, keracunan timbal atau logam berat lain, penyakit kuning pada bayi baru lahir, hipoglikemia, hipotiroidisme, prematuritas, hipoksia, dan trauma.<sup>2</sup>

Pada masa anak-anak atau remaja, defisit kognitif bisa berkembang akibat beberapa kondisi seperti efek samping terapi kanker, keracunan logam berat, kurang gizi, kondisi metabolik, autisme, serta lupus eritematosus sistemik. Seiring bertambahnya usia, kondisi lain seperti stroke, demensia, delirium, depresi, skizofrenia, penggunaan alkohol kronik, penyalahgunaan zat, tumor otak, kekurangan vitamin, ketidakseimbangan hormon, dan juga beberapa penyakit kronik lain dapat menyebabkan defisit kognitif. Patologi otak seperti penyakit Alzheimer, Parkinson, demensia *Lewy Body*, penyakit Huntington, demensia HIV, dan penyakit prion

bermanifestasi sebagai defisit kognitif. Obat-obatan seperti obat penenang, antikolinergik, *glucocorticoid* juga dikaitkan dengan defisit kognitif. Cedera kepala dan infeksi otak atau selaput otak juga dapat menyebabkan defisit kognitif pada usia berapapun.<sup>2</sup>

### KLASIFIKASI

#### *Mild Cognitive Impairment (MCI)*

Menurut DSM-V,<sup>7</sup> gangguan ini ditandai dengan penurunan pada 1 atau lebih *domain* kognitif yang dapat diamati secara subjektif dan objektif. Namun, penurunan ini tidak mengganggu kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Selain itu, defisit tersebut tidak bisa dikaitkan dengan delirium atau kondisi kejiwaan lainnya. MCI berpotensi memengaruhi 1 atau lebih dari 6 *domain* kognitif: pembelajaran dan memori, bahasa, perhatian kompleks, fungsi eksekutif, kognisi sosial, serta fungsi visuospasial. MCI dapat diklasifikasikan menjadi amnestik dan non-amnestik dengan defisit 1 atau beberapa *domain* kognitif.

Pada MCI amnestik, terjadi kehilangan memori dominan dan berisiko menjadi penyakit Alzheimer. Pada MCI non-amnestik, memori relatif utuh, lebih jarang terjadi, serta dapat berkembang menjadi demensia non-Alzheimer.<sup>7</sup> Prevalensi MCI secara keseluruhan yaitu 15,56%, dengan tingkat prevalensi MCI amnestik sebesar 10,03% dan MCI non-amnestik sebesar 8,72%. Prevalensi MCI akan meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih rendah seiring tingkat pendidikan.<sup>8</sup>

#### Demensia

Demensia adalah keadaan hilangnya fungsi kognitif dalam beberapa *domain* kognitif, yang cukup parah hingga memengaruhi fungsi sosial atau pekerjaan. Demensia merupakan penyakit neurodegeneratif yang umum pada penuaan, yang paling sering yaitu penyakit Alzheimer.<sup>9</sup> Prevalensi demensia tahun 2016 di DI Yogyakarta mencapai 20,1%, dengan semakin bertambahnya usia maka tingkat prevalensi demensia juga semakin meningkat.<sup>10</sup> Faktor risiko demensia seperti usia, konsumsi alkohol, aterosklerosis, diabetes melitus, sindrom Down, genetik, hipertensi, dan merokok.<sup>11</sup>

Evaluasi kemungkinan demensia memerlukan riwayat medis singkat, pemeriksaan kognitif, dan pemeriksaan neurologis. Riwayat medis

yang penting perlu diperoleh dari pasien, keluarga, dan teman dekat pasien. Pencitraan otak struktural dengan *CT scan* dan MRI juga dapat dilakukan. Rujukan ke dokter spesialis untuk pemeriksaan neurologis tambahan dan jika ada dugaan etiologi spesifik pada pasien demensia juga dapat dilakukan. Pemeriksaan kognitif mengidentifikasi keberadaan, tingkat keparahan, dan sifat gangguan kognitif.<sup>9</sup>

#### a. Penyakit Alzheimer (PA)

Alzheimer merupakan penyakit neurodegeneratif yang paling banyak terjadi (60%-80%).<sup>12</sup> Karakter klinisnya berupa penurunan progresif memori episodik dan fungsi kortikal lain. Gangguan motorik tidak ditemukan, kecuali pada tahap akhir penyakit. Gangguan perilaku dan ketergantungan dalam aktivitas hidup keseharian menyusul gangguan memori episodik mendukung diagnosis penyakit ini. Penyakit ini mengenai lansia (usia >65 tahun) walaupun dapat ditemukan pada usia muda.<sup>12</sup>

Diagnosis klinis dapat dibuat dengan akurat pada sebagian besar kasus (90%) walaupun diagnosis pasti tetap membutuhkan biopsi otak yang menunjukkan adanya plak neuritik serta *neurofibrillary tangles*. Saat ini ada kecenderungan melibatkan pemeriksaan *neuroimaging* dan cairan otak untuk menambah akurasi diagnosis.<sup>12</sup>

#### b. Demensia Vaskular (DV)

*Vascular cognitive impairment* merupakan terminologi defisit kognisi yang luas mulai dari gangguan kognisi ringan sampai demensia yang dihubungkan dengan faktor risiko vaskular. Demensia vaskular (DV) merupakan penyakit heterogen dengan patologi vaskular termasuk infark tunggal, demensia multi-infark, lesi kortikal iskemik, stroke perdarahan, gangguan hipoperfusi, gangguan hipoksik, dan demensia tipe campuran. Faktor risiko mayor kardiovaskular berhubungan dengan kejadian aterosklerosis dan DV. Faktor risiko vaskular ini juga memicu terjadinya stroke akut yang merupakan faktor risiko DV.<sup>12</sup>

#### c. Demensia *Lewy Body* (LB) dan Demensia Penyakit Parkinson

Sekitar 15%-25% kasus otopsi demensia memenuhi kriteria demensia ini.<sup>12</sup> Gejala intinya berupa demensia dengan fluktuasi kognisi, halusinasi visual yang nyata, dan terjadi pada awal perjalanan penyakit Parkinson. Gejala yang mendukung diagnosis



ini berupa kejadian jatuh berulang dan sinkop, sensitif terhadap neuroleptik, delusi dan/atau halusinasi. Secara klinis orang dengan DLB cenderung mengalami gangguan fungsi eksekutif dan visuospasial, sedangkan performa memori verbalnya relatif baik.<sup>12</sup>

Demensia penyakit Parkinson (DPP) merupakan bentuk demensia yang juga sering ditemukan dengan prevalensi DPP sebesar 23%-32%.<sup>12</sup> Secara klinis, sulit membedakan antara DLB dan DPP. Pada DLB, awitan demensia dan *Parkinsonism* harus terjadi dalam 1 tahun, sedangkan pada DPP gangguan fungsi motorik terjadi bertahun-tahun sebelum demensia (10-15 tahun).<sup>12</sup>

### d. Demensia Frontotemporal

Demensia frontotemporal (DFT) merupakan jenis tersering demensia lobus frontotemporal (DLFT). Terjadi pada usia muda sebelum umur 65 tahun dengan rerata usia, yaitu 52,8-56 tahun.<sup>12</sup> Karakteristik klinis berupa perburukan progresif perilaku dan atau kognisi pada observasi atau riwayat penyakit. Gejala yang menyokong yaitu pada tahap dini (3 tahun pertama) terjadi perilaku disinhibisi, apati atau inersia, kehilangan simpati/empati, perseverasi, stereotipi atau perilaku kompulsif/ritual, hiperoralitas/perubahan diet, serta gangguan fungsi eksekutif tanpa gangguan memori dan visuospasial pada pemeriksaan neuropsikologi.<sup>12</sup>

### e. Demensia Tipe Campuran

Koeksistensi patologi vaskular pada patologi anatomi sering terjadi. Berdasarkan data, ada sekitar 24%-28% orang dengan patologi vaskular dari klinis demensia yang diotopsi. Pada umumnya pasien demensia tipe campuran lebih tua dengan lebih banyak penyakit komorbid. Patologi penyakit ini ditemukan pada 20% orang dengan PA dan 50% orang dengan DLB memiliki patologi PA.<sup>12</sup>

## DETEKSI DINI GANGGUAN KOGNITIF

### 1. Kenali Tanda dan Gejala

Dugaan adanya gangguan kognitif yaitu jika terjadi penurunan fungsi dalam pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Hal ini bisa didapat dari laporan pasien, keluarga, teman, petugas kesehatan, ataupun pengasuh pasien. Gejala gangguan kognitif cenderung bertahap dan tidak terlihat. Pasien mungkin menyembunyikan gejala, sehingga sulit untuk mendeteksi gangguan kognitif. Contoh gejala

gangguan kognitif yang mungkin muncul dan memerlukan penilaian lebih lanjut:<sup>13</sup>

- Tidak menghadiri janji temu di kantor
- Bingung, pelupa, atau kurang patuh terhadap pengobatan
- Menyerahkan jawaban kepada anggota keluarga untuk menjawab pertanyaan
- Pasien dengan riwayat stroke, jatuh, depresi pada usia lanjut atau delirium
- Pasien tidak dapat mengingat instruksi pengobatan atau rekomendasi dari kunjungan sebelumnya
- Menunjukkan tanda-tanda mengabaikan dirinya sendiri (misalnya kebersihan, perawatan diri, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan)

### 2. Kriteria Diagnosis Demensia, Penyakit Alzheimer, dan Mild Cognitive Impairment

A. Diagnosis demensia mengharuskan pasien menunjukkan gangguan seperti:<sup>13</sup>

- Gangguan pada setidaknya 2 domain kognitif berikut: memori, bahasa, visuospasial, fungsi eksekutif dan perilaku
- Gangguan menyebabkan penurunan fungsi yang signifikan dalam aktivitas atau pekerjaan yang biasa dilakukan
- Gangguan tidak disebabkan oleh delirium atau gangguan kejiwaan mayor lainnya

B. Untuk diagnosis penyakit Alzheimer, pasien harus menunjukkan ciri-ciri berikut:<sup>13</sup>

- Perubahan kognitif yang terjadi secara bertahap selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun
- Dua dari domain kognitif berikut terganggu: memori, bahasa, fungsi visuospasial atau eksekutif
- Gangguan menyebabkan penurunan fungsi yang signifikan dalam aktivitas atau pekerjaan yang biasa dilakukan
- Gejala tidak disebabkan oleh gangguan neurologis lain (termasuk penyakit serebrovaskular), gangguan kejiwaan, dan gangguan sistemik

C. Langkah-langkah untuk mencapai diagnosis<sup>13</sup>

- Lakukan pemeriksaan riwayat medis lengkap termasuk tinjauan komprehensif terhadap penggunaan obat-obatan.
- Mintakan izin pasien untuk mendapat informasi tambahan dari keluarga ataupun pengasuh untuk membantu diagnosis. Pertimbangkan untuk memberikan *Alzheimer questionnaire* (AQ) kepada anggota keluarga.

- Pemeriksaan kognitif SMMSE (*standardized mini-mental state examination*) dan MOCA (*Montreal cognitive assessment*) untuk menguji dan memberikan bukti objektif gangguan kognitif ringan dan demensia dini.<sup>14</sup>
- Singkirkan atau obati penyebab dan/atau kondisi yang dapat diperbaiki seperti delirium dan depresi, hiponatremia, gangguan tiroid, hiperkalsemia, dan defisiensi kobalamin, ketergantungan alkohol, efek samping obat dan polifarmasi, serta penyakit komorbid.
- Bila faktor yang berkontribusi sudah disingkirkan/diobati dan gangguan kognitif tetap berlanjut, curigai *mild cognitive impairment* atau demensia.

*Neuroimaging* tidak diindikasikan secara rutin. Pemeriksaan MRI kepala lebih direkomendasikan daripada *CT scan* dan harus dipertimbangkan jika:<sup>15</sup>

- Pasien berusia <60 tahun
- Timbulnya tiba-tiba atau perkembangan terjadi secara cepat
- Ada riwayat cedera kepala signifikan baru-baru ini
- Presentasinya tidak khas atau diagnosis tidak pasti
- Terdapat tanda atau gejala neurologis lokal baru

Pertimbangkan untuk menggunakan *global deterioration scale* untuk menentukan stadium demensia.

Pasien dapat dirujuk ke dokter spesialis jika terdapat:<sup>16</sup>

- Ketidakpastian diagnostik
- Penurunan kemampuan kognitif yang cepat
- Usia <65 tahun
- Risiko membahayakan diri sendiri atau orang lain

## INTERVENSI

### Intervensi Non-Farmakologis

Pasien gangguan kognitif di layanan primer dapat diintervensi gaya hidupnya dengan latihan kognitif, latihan fisik yang cukup intensif, serta diet. Hasilnya menjanjikan pada pasien MCI, namun belum mencegah perkembangan ke arah demensia.<sup>13</sup>

### Intervensi Farmakologis

Saat ini belum ada intervensi farmakologis yang efektif untuk MCI. Namun, perawatan



yang membantu meringankan gejala MCI dapat memberikan manfaat signifikan dan upaya diarahkan pada intervensi untuk memperlambat laju penurunan kognitif.

Agen potensial untuk perawatan MCI meliputi *AChE-I*, *glutamate receptor modulator*, antioksidan, nootropik, imunomodulator terutama amiloid, penghambat esterase, dan *Ginkgo biloba*. Saat ini terdapat 3 agen penghambat *cholinesterase*, *donepezil*, *rivastigmine*, dan *galantamine* merupakan terapi yang disetujui untuk demensia Alzheimer; telah dievaluasi untuk mengobati MCI atau mencegah perkembangan menjadi penyakit Alzheimer. Antagonis reseptor *N-methyl-d-aspartate memantine* merupakan anti-demensia lain yang disetujui untuk Alzheimer sedang hingga berat. *Memantine* bekerja melawan efek neurotransmitter glutamat yang bersifat eksitatori, tetapi belum diteliti dengan baik pada penderita MCI.<sup>13,16</sup>

#### Pedoman Internasional untuk Demensia dan MCI

Pedoman praktis klinis mengenai diagnosis dan penanganan demensia Alzheimer telah tersedia di berbagai negara dan pertimbangan intervensi farmakologis pasien dengan demensia Alzheimer dan MCI disusun oleh berbagai konsorsium.<sup>13</sup> Untuk demensia Alzheimer, berdasarkan bukti hingga saat ini, *AChE-I* dan *Ginkgo biloba* direkomendasikan untuk pengobatan simptomatik demensia ringan hingga sedang di sebagian besar negara, *memantine* untuk demensia sedang hingga berat. Namun, rekomendasi dalam pedoman demensia internasional tidak konsisten dan tidak mempertimbangkan konsep diagnostik terbaru ataupun bukti pengobatan farmakologis dan non-farmakologis terbaru.<sup>13</sup> Peran *biomarker* sebagai alat untuk diagnosis MCI dan demensia Alzheimer tidak dipertimbangkan serta hasil pengobatan pada MCI berfokus pada pengurangan risiko untuk perkembangan menjadi demensia.<sup>13</sup>

#### TATA LAKSANA DI LAYANAN PRIMER

##### Identifikasi dan Skrining Awal

###### 1. Identifikasi dan Skrining Awal

MoCA-Ina merupakan instrumen yang sensitif untuk skrining *mild cognitive impairment* (MCI) yang didasarkan pada versi asli dari Kanada.<sup>15</sup> Selain MoCA-INA, *mini-mental state examination* (MMSE) juga merupakan alat skrining singkat yang paling dikenal dan

paling sering digunakan.<sup>15</sup>

###### 2. Penilaian dan Diagnosis

Untuk mendiagnosis dan merawat pasien dengan keluhan kognitif, digunakan pendekatan sistematis untuk identifikasi keberadaan dan tingkat keparahan gangguan, *domain* kognitif yang terlibat, kemungkinan penyebab, dan intervensi yang tepat.<sup>15</sup> Untuk riwayat penyakit sekarang, biasanya diawali dengan kapan dimulainya perubahan kognitif yang memicu pemeriksaan untuk gangguan kognitif. Hal ini dapat diperoleh dari pasien, keluarga, atau informan lain. Wawancara dengan keluarga atau informan harus dimulai dari berapa lama informan telah mengenal pasien dan seberapa sering interaksi dengan pasien. Selanjutnya, mempelajari pencapaian kognitif dan latar belakang pasien seperti pendidikan, pekerjaan, dan situasi kehidupan. Riwayat tersebut mencakup semua domain kognitif termasuk memori, perhatian, bahasa, pemrosesan visuospasial, fungsi eksekutif, dan perilaku sosial serta membahas aspek waktu dan tempo. Setelah itu, dokter dapat menilai dampak fungsional dari gejala-gejala yang ada. Dapat menggunakan *the instrumental activities of daily living* (IADL) untuk menilai aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mengelola keuangan, memasak, dan menggunakan transportasi. Cara lain adalah dengan menanyakan kegiatan sehari-hari pasien, kemudian pertanyaan untuk menentukan apakah aktivitas sehari-hari pasien berubah atau berkurang dari semula, yang bisa disebabkan oleh masalah kognitif.<sup>15</sup>

Gejala neuropsikiatri juga perlu didiskusikan, karena gangguan suasana hati khususnya depresi dapat menjadi penyebab utama perubahan kognitif; selain itu, penyakit neurodegeneratif dapat menyebabkan berbagai gejala neuropsikiatri. Gangguan tidur juga memengaruhi fungsi kognitif beberapa orang dewasa yang lebih tua karena kondisi neurodegeneratif yang dikaitkan dengan gangguan tidur. Juga perlu ditanyakan adanya gangguan cara berjalan, jatuh, tremor, inkontinensia, dan disfagia.<sup>15</sup>

Riwayat penyakit sebelumnya mencakup faktor risiko vaskular, psikiatri, dan neurologis umum yang dapat memengaruhi kognisi. Riwayat sosial meliputi penggunaan obat terlarang, penggunaan alkohol yang bermasalah, dan stres sosial. Riwayat

keluarga untuk mengidentifikasi faktor risiko genetik dan riwayat penggunaan obat yang berkontribusi terhadap penurunan kognitif, seperti obat antikolinergik.<sup>15</sup>

#### Pemeriksaan

Pemeriksaan status mental sejak awal harus dilakukan. Kemudian dokter juga harus melakukan pemeriksaan neurologis terfokus untuk mendeteksi temuan-temuan yang mungkin terkait dengan keluhan utama dan riwayat kesehatan.<sup>15</sup>

##### Menentukan Tingkat Gangguan Kognitif

Riwayat serta pemeriksaan untuk menentukan tingkat gangguan.

###### a. *Subjective Cognitive Decline* (SCD)

Pasien menyatakan kekhawatiran terhadap perubahan kognitif tetapi memiliki kinerja normal pada pengujian kognitif.

###### b. *Mild Cognitive Impairment* (MCI)

Pasien dengan kekhawatiran terhadap perubahan kognitif, yang diceritakan langsung oleh pasien atau keluarga dan bukti objektif adanya gangguan kognisi dalam satu atau lebih domain kognitif.

###### c. Demensia

Demensia dibedakan dari MCI karena gejala pada demensia mengganggu kinerja aktivitas sehari-hari; dapat dibagi menjadi ringan, sedang, atau berat berdasarkan status fungsional.

#### Diagnosis

Diagnosis memerlukan pemeriksaan dan penyebab atau jika penyebab tidak pasti maka dapat merujuk ke dokter spesialis. Keputusan untuk merujuk dapat dipertimbangkan pada akhir penilaian awal. Kasus dengan gangguan kognitif yang muncul lebih awal, berkembang dengan cepat, atau gangguan kognitif atipikal lain harus dirujuk ke dokter spesialis.<sup>15</sup>

#### Tata Laksana

##### a. Intervensi Lingkungan, Psikologis, dan Perilaku

Berbagai intervensi gaya hidup dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup dan memperlambat penurunan fungsi. Hal ini sangat penting dalam pengelolaan gangguan kognitif. Semua pasien gangguan kognitif harus aktif secara fisik, mental, dan sosial.<sup>15</sup>

##### b. Keterlibatan Sosial

Kesepian dikaitkan dengan peningkatan risiko demensia. Disarankan agar dapat mengajak pasien keluar rumah seperti makan bersama



di restoran, mengunjungi kerabat atau tempat-tempat umum.<sup>15</sup>

c. Nutrisi

Pasien demensia berisiko malnutrisi yang memengaruhi status fungsional. Pengasuh atau *caregiver* harus menyediakan makanan dan camilan rutin.<sup>15</sup>

d. Intervensi Tidur

Gangguan tidur harus diberi konseling tentang *sleep hygiene*, *light therapy*, dan rujukan untuk terapi perilaku kognitif untuk insomnia.

e. Manajemen Gejala Neuropsikiatri

■ Non-farmakologis

Merupakan lini pertama tata laksana gejala neuropsikiatri. Langkah pertama yaitu penilaian penyebab mendasar gejala neuropsikiatri. Masalah nyeri, kelelahan, atau masalah dengan lingkungan harus ditangani.<sup>15</sup>

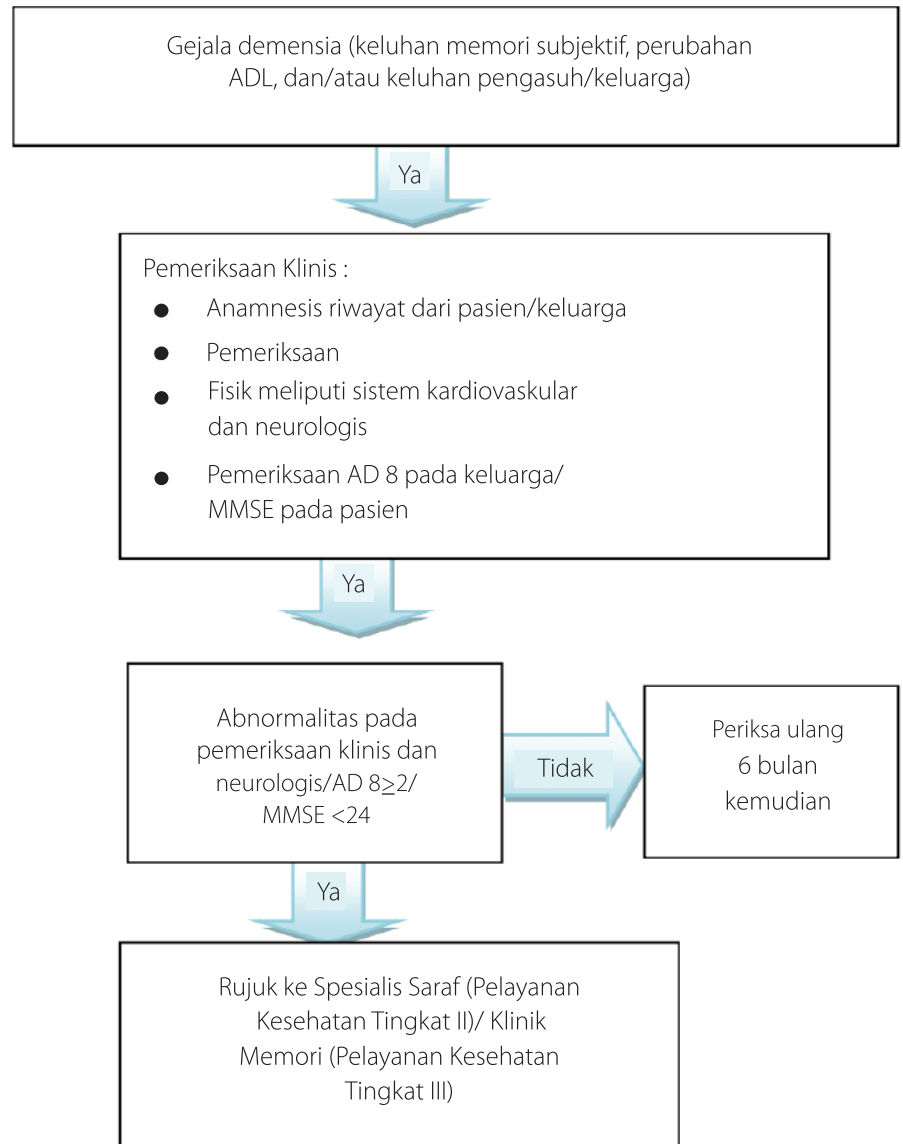
■ Farmakologis

- a. SSRI atau *selective serotonin reuptake inhibitors* sering digunakan untuk mengatasi depresi dan kecemasan pada demensia. SSRI juga digunakan untuk mengobati agitasi dan psikosis terkait demensia untuk menghindari efek samping antipsikotik. Yang paling sering digunakan adalah *sertraline*, *citalopram*, dan *escitalopram*.
- b. Gangguan tidur dapat menggunakan *trazodone*.
- c. *Anticholinesterase inhibitors* – *donepezil*, *rivastigmine*, *galantamine*.

**Merujuk Pasien**

Dokter layanan primer harus waspada terhadap pasien dengan tanda atau gejala awal gangguan kognitif, misalnya masalah dengan memori atau bahasa. Faktor risiko lain meliputi riwayat diabetes melitus tipe 2, stroke, depresi, kesulitan mengelola keuangan atau obat-obatan, dan berusia lebih dari 80 tahun. Alat skrining gangguan kognitif dapat membantu keputusan tentang saat yang tepat untuk rujukan.<sup>15,17</sup>

Diagnosis dan tata laksana pasien dengan keluhan kognitif dapat menggunakan pendekatan sistematis yang mengidentifikasi keberadaan dan tingkat keparahan gangguan yang mendasarinya, serta intervensi yang paling tepat. Keputusan untuk melakukan pemeriksaan yang lebih rinci dipengaruhi oleh tujuan evaluasi. Keputusan merujuk ke dokter spesialis dapat dipertimbangkan pada



**Skema.** Algoritma skrining demensia pada layanan kesehatan primer.<sup>12</sup>

**Keterangan:** ADL: *Activities of daily living* ; AD: *Alzheimer disease*; MMSE: *Mini-mental state examination*.

akhir penilaian awal. Kasus-kasus gangguan kognitif yang muncul lebih awal, berkembang cepat atau gangguan kognitif atipikal lain seperti gangguan berbahasa atau perilaku sosial yang menonjol dengan sedikit atau tanpa masalah memori harus dirujuk ke dokter spesialis. Faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi keputusan merujuk termasuk pengalaman dokter atau penyedia layanan, sumber daya klinik, preferensi pasien serta ketersediaan pusat spesialisasi.<sup>12,18</sup>

Kementerian Kesehatan RI bersama Persatuan Dokter Spesialis Neurologi Indonesia telah mengeluarkan Panduan Nasional Praktik Klinik Diagnosis dan Penatalaksanaan Demensia<sup>12</sup>

yang antara lain mencantumkan algoritma skrining (**Skema**).

**SIMPULAN**

Gangguan kognitif sering sulit diidentifikasi pada perawatan primer akibat berbagai hambatan dalam menilai kinerja kognitif individu. Oleh karena itu, penting untuk menerapkan layanan kesehatan yang berfokus pada skrining demensia dan evaluasi kognitif guna mempersiapkan penyedia layanan kesehatan. Dokter umum memiliki peran krusial dalam mendeteksi tanda dan gejala penurunan kognitif tahap awal, baik berdasarkan keluhan memori subjektif maupun sebagai bagian dari pemeriksaan



kesehatan geriatri, untuk kemudian merujuk pasien untuk evaluasi lebih lanjut. Dokter di layanan primer perlu tetap waspada terhadap pasien yang menunjukkan tanda atau gejala awal gangguan kognitif, seperti masalah

memori atau bahasa, dan melakukan evaluasi terhadap pasien tersebut. Faktor risiko lain yang dapat menunjukkan perlunya skrining demensia mencakup riwayat diabetes melitus tipe 2, stroke, depresi, kesulitan dalam

mengelola keuangan atau obat-obatan, serta usia di atas 80 tahun. Skrining gangguan kognitif di fasilitas perawatan primer dapat membantu menentukan tata laksana dan rujukan yang tepat.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Pais R, Ruano L, Carvalho OP, Barros H. Global cognitive impairment prevalence and incidence in community dwelling older adults—a systematic review. *Geriatrics (Basel)* 2020;5(4):84. doi: 10.3390/geriatrics5040084.
2. Dhakal A, Bobrin BD. Cognitive deficits [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559052/>.
3. Wulandari E, Nasution RA, Sari YIP. Hubungan kualitas tidur dengan fungsi kognitif lansia di Puskesmas Muara Kumpe. *J Ilmiah Ners Indon.* 2023;4(1):134-44. doi: 10.22437/jjini.v4i1.25253.
4. Mattke S, Batie D, Chodosh J, Felten K, Flaherty E, Fowler NR, et al. Expanding the use of brief cognitive assessments to detect suspected early-stage cognitive impairment in primary care. *Alzheimers Dement.* 2023;19(9):4252–9. doi: 10.1002/alz.13051.
5. Sabbagh MN, Boada M, Borson S, Chilukuri M, Dubois B, Ingram J, et al. Early detection of mild cognitive impairment (MCI) in primary care. *J Prev Alzheimers Dis.* 2020;7(3):165–70. doi: 10.14283/jpad.2020.21.
6. Narayana DA, Joshi H, Tiwari VHS. Overview of approaches in ayurveda for neurological health and disorders. *Ayurvedic herbal preparations in neurological disorders.* Cambridge, USA: Academic Press; 2023 .p. 41-88.
7. Anand S, Schoo C. Mild cognitive impairment. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599514/>
8. Bai W, Chen P, Cai H, Zhang Q, Su Z, Cheung T, et al. Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age Ageing* 2022;51(8):afac173. doi: 10.1093/ageing/afac173.
9. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and management of dementia: review. *JAMA.* 2019;322(16):1589-99. doi: 10.1001/jama.2019.4782.
10. Suriastini NW, Turana Y, Witoelar F, Supraptillah B, Wicaksono TY, Mulyanto ED. Angka prevalensi demensia: perlu perhatian kita semua. *Survey Meter [Internet].* 2016 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/283-ID-angka-prevalensi-demensia-perlu-perhatian-kita-semua.pdf>.
11. Martina SE. Caregiver training on care for people with dementia in Medan, North Sumatera. *Darmabakti Cendekia: J Community Service and Engagements* 2020;2(1):1-3. DOI: 10.20473/dc.v2.i1.2020.1-3.
12. Panduan nasional praktik klinik diagnosis dan penatalaksanaan demensia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia; 2015.
13. Kasper S, Bancher C, Eckert A, Forstl H, Frolich L, Hort J, et al. Management of mild cognitive impairment (MCI): the need for national and international guidelines. *World J Biol Psychiatry* 2020;21(8):579–94. doi : 10.1080/15622975.2019.1696473.
14. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roque-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-mental state examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;7(7):CD010783. doi : 10.1002/14651858.cd010783.pub3.
15. McCollum L, Karlawish J. Cognitive impairment evaluation and management. *Med Clin North Am.* 2020;104(5):807–25. doi: 10.1016/j.mcna.2020.06.007.
16. Akbar NL, Effendy E, Camellia V. The Indonesian version of Montreal cognitive assessment (MoCA-Indo): the difference scores between male schizophrenia prescribed by risperidone and adjunctive of donepezil in public hospital of Dr Pirngadi Medan, Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(11):1762–7. doi: 10.3889/oamjms.2019.461.
17. British Columbia. Cognitive impairment - recognition, diagnosis and management in primary care [Internet]. 2016 Jun 22 [cited 2024 Oct 8]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/cognitive-impairment>.
18. Assessing cognitive impairment in older patients. National Institute on Aging [Internet]. 2023 Apr 16 [cited 2024 Sep 27]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/health-care-professionals-information/assessing-cognitive-impairment-older-patients>.