MANAJEMEN DEMENTIA SESUAI DENGAN PRINSIP-PRINSIP EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE

Rusdi Lamadudin
Bagian Ilmu Penyakit Saraf, Tim Epidemiologi Klinis & Biostatistika
Fakultas Kezokeran Universitas Gadjah Mada
RSUP Dr. Gadjah Mada

ABSTRACT

Rusdi Lamadudin-The Management of Dementia Based on The Principles of Evidence-based Clinical Practice

Over the last two decades, tremendous advances have been made in the health sciences. Hillertso these advances have principally been used to help clinicians, such that clinical decision making is now based on information derived from research to a much greater degree than it was. This practice is called evidence-based medicine (EBM) or evidence-based clinical practice. Practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. The practice of EBM is a process of life-long, self directed learning in which caring for our patients creates the need for clinically important information about diagnosis, prognosis, therapy and other clinical health care issues. The concept of critical care in dementia is controversial issue. The question of whether full scale critical care management of dementia improves patient outcome is still open and probably depends on the definition accepted for critical care. This article describes the five steps of practicing EBM in dementia management.

Keywords: dementia - alzheimer's disease - EBM - management - evidence-based clinical practice

PENDAHULUAN


Para dokter akan dihadapkan pada hal-hal yang rumit dalam pengambilan keputusan manajemen demensia, seperti penentuan dan penilaian tes diagnosis, faktor resiko, terapi dan prognosis demensia. Sekarang ini telah berkembang suatu paradigma baru dalam praktek kedokteran klinis, khususnya dalam pengambilan keputusan klinis. Sebelumnya (paradigma lama), pengambilan keputusan klinis sering didasari dengan intuisi, pengalaman klinis yang tidak sistematik dan hanya penalaran patofisiologi. Dalam paradigma baru, pengambilan keputusan klinis lebih menekankan pada pencarian bukti-bukti dar. informasi yang berasal dari penelitian klinis yang sistematik, MuiR Grazy menyebutnya sebagai Evidence-based Clinical Practice (EBCP).

Tulisan penulis ini adalah merupakan hasil kajian tentang EBCP, seperti: (1) pengendaraan dan peran EBCP dalam pengambilan keputusan klinis, (2) bagaimana melakukan tahapan untuk dalam praktek pelaksanaan EBCP, dan (3) kemampuan yang harus dimiliki oleh para dokter dalam praktek pelaksanaan EBCP. dalam kajian-kajian EBCP tersebut, masalah manajemen demensia disebut sebagai konten dalam pengambilan keputusan klinis oleh para dokter.

PENYIMPANAN

1. Pengertian tentang Evidence-Based Clinical Practice (EBCP)

EBCP adalah penggunaan yang teliti, jelas, dan bijaksana dari bukti yang terbaik dalam pengambilan keputusan klinis tentang pelayanan kesehatan. Praktek pelaksanaan EBCP adalah integrasi kemampuan klinis individual dengan bukti klinis eksternal yang terbaik dan yang tersedia yang berasal dari...

Ada beberapa pengertian EBCP yang diberikan oleh Muir Gray", yaitu sebagai: (1) suatu proses penomnon informasi yang relevan dalam perpustakaan kedokteran yang ditujukan pada suatu masalah yang spesifik, (2) aplikasi dari ketentuan kelima yang segerah dengan cepat menentukan validitas informasi kekhasan, dan (3) aplikasi dari nutu informasi untuk menjawab pertanyaan klinis yang original.

Selanjutnya praktek EBCP adalah suatu proses yang terus menerus, belajar mandiri langsung untuk merawat pasien-pasien, mengembangkan kebutuhan informasi klinis tentang diagnosis, prognosis, terapi, dan inyati klinis dan pelunyakan kesehatan lainnya.

Dalam kegiatan tersebut dilakukan beberapa hal, yaitu: (1) mengubah kebutuhan-kebutuhan informasi menjadi pertanyaan yang dapat dijawab, (2) melacak, dengan efisiensi maksimum, bakti yang terbaik untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan (yang berasal dari pemeriksaan klinis, laboratorium diagnostik, publikasi kepastakan, atau sumber-sumber lain), (3) analisis kritik bakti tersebut tentang validitas dan kegunannya, (4) integrasi hasil analisis kris tersebut dengan kemampuan klinis dan menggunakan hasil integrasi tersebut dalam praktek klinis kita, dan (5) evaluasi. penampilan klinis kita sebagai pemakai EBCP.

Davoff et al. mengajarakan dalam praktek pelaksanaan EBCP dalam pengambilan keputusan klinis hendaklah mengikuti beberapa petunjuk sebagai berikut: (1) keputusan-keputusan klinis harus berdasarkan bakti ilmiah yang terbaik, yang berasal dari kesimpulan epidemiologi dan biostatistik, (2) masalah klinis harus memeriksa jenis bakti yang akan dicari, (3) kesimpulan-kesimpulan yang berasal dari identifikasi dan analisis kritik bakti harus dapat menbuat manajemen atau keputusan pelayanan kekhasilan, dan (4) penampilan klinis harus secara terus menerus ditevaluasi.

2. Tahapan-tahapan dalam praktek pelaksanaan EBCP

Tahapan-tahapan yang harus dilakukan dalam praktek pelaksanaan EBCP adalah sebagai berikut: (1) formulaisas pertanyaan-pertanyaan klinis yang dapat dijawab, (2) lacak bakti ilmiah yang terbaik, (3) lakukan analisis kritik bakti tersebut untuk menentukan validitas dan pengingkatan bakti tersebut, (4) gunakan bakti- tertentu dalam praktek klinis, dan (5) evaluasi diri sebagai pemakai EBCP.

2.1 Pertanyaan-pertanyaan klinis

Dari pengalaman klinis yang mendaun, akan dipaparkan beberapa pertanyaan klinis tentang demensia, sebagai berikut:

- Pada penderita yang dicuriga menderita demensia, seberapa jauh 2 orang dokter sepatutnya tentang telah terjadi demensia pada penderita dengan penurunan daya ingat. Pertanyaan ini tentang ketepatan pemeriksaan klinis.
- Pada penderita lansia usia lanjut dengan riwayat hipertensi dan stroke, dapatkah hipertensi atau stroke menyebabkan terjadinya demensia? Pertanyaan ini tentang pemeriksaan terapi.
- Pada penderita dengan penurunan daya ingat disertai dengan penurunan kesadaran, bagaimana membedakan demensia dengan delirium? Pertanyaan ini adalah pertanyaan tentang diagnosis.
- Pada penderita demensia, seberapa jauh akurasi Mini Mental State Examination (MMSE) dapat membedakan penderita demensia dengan orang normal? Pertanyaan ini adalah tentang pemilihan tes diagnosis.
- Pada pendependensia, dengan depresi dan penyakit sistem lain, seberapa jauh keadaan tersebut dapat memperburuk demensia? Pertanyaan ini adalah pertanyaan tentang prognois.
- Pada penderita demensia, yang istana pada dokter untuk mendapatkan pengobatan dengan berbagai obat neuroprotokol, apakah dengan pemberian obat-obat tersebut dapat meningkatkan daya ingat penderita? Pertanyaan ini adalah pertanyaan tentang pilihan theraupi.
- Pada penderita stroke ischemik akut, apakah dengan pemberian aspirin dan dipyrindol
dapat mencegah untuk terjadinya demensia? Pertanyaan ini adalah pertanyaan tentang prevensi primer.

Dalam rangka untuk meningkatkan pengertian kita tentang peran obat-obat neuroprotoktan dalam pengobatan demensia, bagaimana manfaatnya kita datang ke perspektikan, atau mencari publikasi neuroprotoktan di komputer jiwat Internet atau CD-Rom? Pertanyaan ini adalah pertanyaan tentang peningkatan kemampuan pribadi.

2.2. Pelacakan bukti-bukti eksternal

Sebelum melakukan bukti-bukti dari penelitian ilmiah, Muir Gray memperingatkan bahwa ada beberapa masalah dalam pelacakan bukti tersebut yang harus diketahui, yaitu: (1) ketidaksamaan bukti yang berkualitas tinggi, (2) bukti-bukti yang tidak dipublikasikan, (3) keterbatasan-keterbatasan data elektronis, (4) ketidak sempurnaannya indeks, (5) abstrak yang kurang memadai, dan (6) kesalah耗ah manusia.

Ketidaksamaan bukti yang berkualitas tinggi tersebut tidaklah membuat pengambilan keputusan klinis untuk menentukan suatu terapi yang berdasarkan EBPC tidak mungkin dilakukan. Dalam situasi ini, dapat dipakai klasisifikasi kekuatan-kekuatan bukti, seperti di bawah ini:

• Kekuatan bukti sekurang-kurangnya berasal dari satu meta-analisis dari penelitian uji randomisasi.
• Kekuatan bukti sekurang-kurangnya berasal dari satu penelitian uji randomisasi.
• Kekuatan bukti berasal penelitian dengan rancangan yang baik tanpa uji randomisasi, uji pre-post, studi kohort, studi kasus-kontrol.
• Kekuatan berasal dari rancangan yang baik non-eksperimental yang berasal dari lebih dari satu senter atau kelompok penelitian.
• Opini dari para pakar, berdasarkan bukti klinis, studi diskripif atau suatu laporan komisi pakar.

2.3 Sumber-sumber bukti eksternal

Sumber-sumber bukti terdiri dari bukti yang telah dipublikasikan dan bukti yang belum dipublikasikan.

Bukti yang telah dipublikasikan berasal dari studi meta-analisis dan hasil riset primer. Bukti yang belum dipublikasikan biasanya disimpan oleh suatu badan yang memberi dana penelitian.

Sumber-sumber bukti yang telah dipublikasikan dapat dicari pada: (1) The Cochrane Library, (2) NHS CRD Publication, (3) MEDLINE, (4) EMBASE, (5) Subject specialist databases, (6) Centre for Evidence Based Medicine, (7) Other good-quality reviews.

Bukti yang belum dipublikasikan dapat dicari pada: (1) The National Research Register, (2) Database of current health services research. Sumber-sumber bukti dapat dilacak lewat Internet, dan juga sudah tersedia dalam CD-ROM.

2.4 Analisis kritis bukti eksternal

Analisis kritis bukti eksternal terdiri dari 2 tahap, yaitu memutuskan: (1) apakah bukti eksternal itu valid, (2) apakah bukti eksternal tersebut penting, dan berguna untuk melakukan pengambilan keputusan klinis.


Disamping itu juga tersedia pedoman untuk melakukan penilaian kualitas perhitungan FCT's oleh The Cochrane Library. Sackett et al. menguraikan dengan sukses tajam filosofi analisis kritis tersebut.

Analisis kritis yang dilakukan oleh For the Evidence-based Medicine Working Group belum mencerminkan penilaian yang kuantitatif, masih secara kualitatif. Untuk dapat menilai secara kuantitatif Dixon et al. telah membuat pedoman penilaian kuantitatif analisis kritis terhadap bukti-bukti eksternal. Mereka mengelompokkan penilaian kuantitatif bukti-bukti eksternal tersebut dalam 3 kolom, yaitu: (1) penemuan hasil, (2) validitas (seleksi, pengukuran, dan analisis statistik), dan (3) utilitas. Dilakukan penilaian dengan sistem skor. Setiap jawaban dari pertanyaan penilaian analisis kritis itu diberi nilai skor 2 adalah untuk
jawab bagus, nila skor 1 untuk jawaban sukar dan tidak jelas diberi nilai 1, nilai 0 untuk jawaban jelas. Juga ada jawaban yang tidak dapat digunakan fisik pada penderita demensia, (4) demensia tipe Lewy body, (5) depresi pada pasien-pasien demensia, (6) gangguan perisorsi kognitif pasien demensia, (7) pasien-pasien demensia yang menginginkan rumah, (8) pengobatan pasien-pasien demensia dengan tanpa obat-obat farmakologis, (9) pengobatan pasien-pasien demensia dengan obat-obat farmakologis, dan (10) peran Care-giver.


3. Kemampuan yang harus dipunyai oleh individu yang mempraktekkan EBM

Kemampuan yang harus dipunyai oleh individu yang mempraktekkan EBM adalah: (1) kemampuan untuk mendefinisikan kriteria effectiveness, safety, acceptability, (2) kemampuan memenemukan artefakte-artefakte tentang effectiveness, safety, acceptability dari suatu tes diagnosis atau terapi, (3) kemampuan untuk menilai kualitas dari bakti-bakti eksternal, (4) kemampuan untuk menilai hasil-hasil penelitian yang dapat digeneralisasi dari suatu sampel populasi, (5) kemampuan untuk menilai bahwa hasil-hasil penelitian dapat dipakai pada populasi lokal.

4. Kategori dan kekuatan rekomendasi dari bakti-bakti eksternal

Kategori dan kekuatan rekomendasi dari bakti-bakti eksternal mempunyai arti penting dalam pengambilan keputusan klinis. Kategori dan kekuatan tersebut dapat dilihat dalam boks, sebagai berikut:

5. Manajemen demensia

Eccles et al. menulis suatu laporan hasil studi EBMP tentang manajemen demensia. Mereka melakukan analisis kritis terhadap bakti-bakti eksternal tentang: (1) angka prevalensi, (2) identifikasi pasien-pasien dengan demensia (diagnosis), (3) preapisan fisik pada penderita demensia, (4) demensia tipe Lewy body, (5) depresi pada pasien-pasien demensia, (6) gangguan perisorsi kognitif pasien demensia, (7) pasien-pasien demensia yang menginginkan rumah, (8) pengobatan pasien-pasien demensia dengan tanpa obat-obat farmakologis, (9) pengobatan pasien-pasien demensia dengan obat-obat farmakologis, dan (10) peran Care-giver.
5.2. Identifikasi orang-erang dengan demensia

5.2.1. Riwayat yang diberikan oleh pasien dan caregiver

Ditemukan 5 publikasi bukti eksternal tentang identifikasi pasien demensia yang didapatkan dari informasi pasien dan caregiver.

Pernyataan yang diberikan adalah: (1) proses demensia terjadi progresif, kecuali tentang masalah penurunan daya ingat, riwayat dari pasien kurang dapat dipercaya (II), (2) Orang dengan demensia kurang dapat dipercaya atas keluh kesahput daya ingatnya (II)), (3) Kuesioner mental singkat (seperti Mini Mental State Examination—MMSE) sebagai alat penapisan sensitif untuk demensia ringan. Hal itu dapat dilengkapi oleh caregiver dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi orang-orang dengan demensia (II). (4) Keluh daya ingat dari pasien demensia ada hubungan dengan depresi. Keluhan keluh: caregiver tentang penurunan daya ingat keluarganya berhubungan dengan demensia (II).

Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) Riwayat dari penurunan daya ingat yang terjadi progresif dari pasien demensia kurang dapat dipercaya (B), (2) dalam pesan yang sesuai dengan gangguan kognitif, riwayat masalah daya ingat harus didapatkan dari caregiver dan pasien secara bersama-sama (B).

5.2.2. Peran dokter umum

Ditemukan tiga publikasi bukti eksternal tentang peran dokter umum untuk mengakses diagnosis demensia. Ditemukan bahwa pengambilan keputusan klinis oleh dokter umum sendiri kurang baik dibandingkan dengan tes kognitif formal dalam menekan diagnosis demensia (II). Para dokter umum harus menggunakan tes kognitif formal untuk menegakkan diagnosis demensia (B).

6.2.3. Tes penapisan singkat untuk mendiajukan gangguan kognitif

Ditemukan tiga belas bukti eksternal tentang tes penapisan singkat yang menekan diagnosis demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) MMSE dapat diringkas untuk menggunakan dalam pelayanan primer dan spesifikannya hanya sedikit berkurang (II), (2) MMSE dapat dipengaruhi oleh kelancaran verbal, umur, pendidikan dan kelompok sosial tertentu (II), (3) Emas variabel dari MMSE adalah prediktor untuk demensia; orientasi hari, mengejaa WORLD terbaik, mengulang tiaga kata, monolog satu kalimat (III), (4) mengungur 2 variabel MMSE mengulang dan orientasi untuk tetap — hanya sedikit mengurangi sepasifikitas (II)), (5) pada pemeriksaan the clock drawing test, skurasi dari kuadran-IV dari clock-face menunjukkan angle sensitivitas tertinggi (87,5 persen) dan spesifikitas (82,3 persen). (6) Deteriorasi emas domain instrumental aktifitas hidup sehari-hari sangat signifikan berhubungan dengan gangguan kognitif, ke-empat domain tersebut adalah manajemen medikasi, penggunaan telepon, pengendalian budget, dan penggunaan transportasi (II), (7) Peringatan skor tes mental telah terbukti secara bermakna secara statistik untuk membedakan antara normal dan abnormal, yaitu antara delirium dengan capuran delirium dengan demensia, antara demensia dengan campuran demensia dengan delirium, antara yang tidik demensia, dan dengan delirium (II).

Rekomendasi yang diberikan adalah para dokter umum dan spesialis saraf harus memperhatikan penggunaan instrumen instrumen untuk mengidentifikasi gangguan kognitif, seperti: (1) MMSE, (2) the clock drawing test, (3) tizrumen untuk menilai aktifitas hidup sehari-hari, (4) ringkasan skor tes mental.

5.2.4 Demensia jenis Lewy body

Ditemukan dua publikasi tentang demensia jenis Lewy body. Gejala klinis demensia jenis Lewy body berbeda dengan Alzheimer. Ada ditemukan gambaran klinis sebagai berikut: (1) halusinasi visual kompleks (48 persen), (2) halusiase auditeri (14 persen), (3) delusi paranoied (57 persen), (4) gangguan ringan kesadaran (81 persen), (5) jatah atau kelump (38 persen), (7) depression (38 persen), (8) gangguan ekstrapiramidal (9,5 persen) (II).

Disamping itu sensitivitas neurologistik tinggi (65,4 persen) dan resiko kesakitan tinggi kematian dan kesakitan terjadi bila digunakan obat-obat neuroleptik (II).

Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) diagnosis banding demensia jenis Lewy body adalah penting oleh karena kesakitan resiko kesakitan akan terjadi bila menggunakan obat-obat neuroleptik (B), (2) para dokter harus waspada untuk menghindarkan pemborosan obat-obat neuroleptik pada penderita demensia jenis

205
5.2.5. Penapisan fisik pada pasien-pasien demensia
Ditemukan empat belas publikasi bukti eksternal tentang penapisan fisik pada pasien-pasien demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) sebagian kecil dari pasien demensia mempunyai gangguan fisik, dan bila dibiaskan gangguan fisiknya fungsi kognitifnya membuka (II), (2) angka yang pasti tentang gangguan fisik tidak jelas karena manakah studi populasi (II), (3) pasien-pasien demensia jenis Alzheimer tidak mempunyai keluhan fisik umum (II). Rekomendasi yang diberikan adalah per dokter umum dan dokter spesialis saraf harus melakukan: (1) wawancara klinis penyebab demensia yang reversible (B), (2) melakukan pemeriksaan rutin hematologi, biokimia, serum kalium dan fosfat, fungsi tiroid dan analisis urin sedihino (B).

5.2.6. Depresi pada pasien-pasien demensia
Ditemukan lima belas publikasi bukti eksternal tentang depresi pada pasien-pasien demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) penyakit degenerasi umum ditemukan pada pasien-pasien demensia dibandingkan dengan pasien yang bukan demensia (I), (2) angka kematan meningkat pada pasien-pasien demensia dengan depresi (II), (3) angka prevalensi depresi pada pasien-pasien demensia bervariasi tergantung dari jenis penelitiannya (II), (4) pada populasi umum, prevalensi depresi pada pasien-pasien demensia adalah antara 16-40 persen (II), (5) diagnosis dan pengelolaan depresi pada awal demensia mungkin (I), (6) pengobatan depresi dilaporkan berhasil dengan angka respons sampai 85 persen (I), (7) depresi sering menimbulkan kesulitan dalam komunikasi dan aktifitas hidup sehari-hari yang biasa berkurban karena gangguan fungsi kognitif (I), (8) gejala-gejala depresi yang sering timbul berhubungan dengan perasaan dalam (anxiety, perasaan hati, kehilangan pahatian, rasa borda, putus asah) dan sedikit simptom gangguan vegetatif (I).

Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) depresi dapat dicurigai pada pasien-pasien pada setiap tahap proses terjadinya demensia (B), (2) perawat depresi harus dikumpulkan dari pasien dan caregiver (B), (3) faktor risiko terjadinya depresi harus diperintangalkan (B), (3) dapat dipertimbangkan pemberian obat-obat antidepressif (B).

5.2.7. Jatah
Ditemukan dua belas publikasi bukti eksternal tentang jatah pada pasien-pasien demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) fraktur di tungkai adalah fraktur yang paling sering terjadi akibat jatah (II), (2) jatuh tidak berhubungan dengan keparahan demensianya, tetapi berhubungan dengan sering berpergian dan bingung (II), (3) pasien-pasien demensia yang jatuh akus sering jatuh lagi yang berhubungan dengan kagatan yang terlalu banyak (II). Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) jatuh akan meningkat pada pasien pasien demensia (B), (2) pengobatan, bantuan dan bingung berperan sebagai risiko jatuh (II), (3) pasien-pasien demensia yang jatuh akan sering jatuh lagi (B), (4) risiko jatuh tidak berhubungan dengan keparahan demensia tetapi kapabilitas fungsional dari pasien tersebut, dan akan meningkat pada pasien-pasien dengan kapabilitas fungsional yang lebih (B).

5.2.8. Meninggalkan rumah
Ditemukan delapan belas publikasi tentang meninggalkan rumah pada pasien-pasien demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) faktor-faktor yang sering pasien-pasien demensia meninggalkan rumah adalah dependensi fisik, iritabilitas, keinginan malam hari, dan indeks inkontinensia (II), (2) sires yang dilalui oleh caregiver dapat meningkatkan pasien-pasien demensia meninggalkan rumah (III), (3) perawatan sehari-hari yang sempurna dapat mengatasi pasien-pasien demensia meninggalkan rumah (III). Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) faktor-faktor yang sering menyebabkan pasien-pasien meninggalkan rumah adalah stres yang dialami oleh caregiver, depresi fisikal, iritabilitas, suka berpergian malam, dan indeks Inkontinensia (B).

5.2.9. Pengobatan non farmakologik perawatan residensial
Ditemukan tiga belas publikasi bukti eksternal tentang perawatan residensial penderita demensia. Pernyataan yang diberikan adalah: (1) latihan ketramilan pasien-pasien demensia dalam perawatan residensial dapat meningkatkan
ketampilan perawatan diri sendiri (I), (2) terapi musik untuk pasien-pasien demensia dalam perawatan residensial dapat meningkatkan reaksi emosional seperti kepuasan, kesejahteraan, dan interaksi selama pengobatan (I), (3) aktivitas dan pendidikan untuk pasien-pasien dalam perawatan residensial dapat menurunkan gangguan perilaku dan meningkatkan kualitas sehari-hari (I).

Rekomendasi yang diberikan adalah para dokter umum harus mempertimbangkan untuk menggunakan program yang terstruktur untuk mengembangkan independensi pasien demensia yang dirawat di nursing home (A).

5.2.10. Perawat caregiver

Ditemukan dua pula tujuan publikasi bukti eksternal tentang manfaat perawat caregiver. Penyataan yang diberikan adalah: (1) kelompok caregiver bernafas dan dapat menolong, tetapi tidak dapat menghentikan proses perlanggangan demensia (I), (2) walaupun informasi yang semparna diberikan oleh caregiver tidak dapat membuahkan outcome perkembangan demensia (I), (3) caregiver tidak dapat merubah rasa aman secara total (I), (4) latihan formal untuk caregiver dapat mengurangi stres yang dialaminya dan dapat mengurangi kesempatan pasien meningkatkan rasa (I), (5) perawat sehari-hari hanya dapat meningkatkan kemampuan berpakaian dan aktifitas hidup sehari-hari pasien demensia (II), (6) depresi umum terjadi pada caregiver (II), (7) pendapat yang rendah sangat erat hubungannya terjadinya depresi pada caregiver (II).

Rekomendasi yang diberikan adalah: (1) informasi dan dukungan provisi untuk caregiver sangat dibutuhkan (A), (2) depresi umun terjadi pada caregiver (B), (3) para dokter dapat menigkatkan kepuasan untuk caregiver dengan memerlukan informasi dan dukungan bagaimana merawat pasien demensia (C).

5.2.11. Terapi farmakologik untuk demensia

5.2.11.1. Aspirin


5.2.11.2. Hydrgine


5.2.11.3. Vasodilator


5.2.11.4. Tacrine

Ditemukan empat publikasi bukti eksternal tentang manfaat tacrine untuk menurunkan gangguan kognitif pada penderita demensia. Penyataan yang diberikan adalah: (1) tacrine dapat menurunkan sedikit gangguan kognitif pada pasien demensia, tetapi tidak dapat menurunkan gangguan aktifitas sehari-hari (I), (2) tacrine mempunyai efek samping yang serius (I). Tacrine tidak direkomendasikan bagi dokterumum untuk mengobati demensia (A).

5.2.11.5. Donepezil hydrochloride

Ditemukan lima publikasi bukti eksternal manfaat donepezil pada penurunan gangguan fungsi kognitif pada penderita demensia. Penyataan yang diberikan adalah: (1) donepezil telah menunjukkan efek sedang untuk menurunkan gangguan fungsi kognitif dalam waktu pendek pada pengobatan uji klinik pada demensia Alzheimer ringan dan sedang (I), (2) perbaikan fungsi kognitif tidak diikuti dengan perbaikan kualitas hidup dan bukti efek pada aktivitas hidup sehari-hari tidak cukup (I), (3) walaupun donepezil digunakan lama seluruh dunia, namun masih diperlukan evaluasi manfaat dan biaya yang cukup mahal (I).
Donepezil tidak direkomendasikan dipakai oleh dokter umum untuk pasien-pasien demensia, oleh karena keterbatasan pengetahuan tentang donepezil ini (A).

5.2.12. Cochrane dementia and cognitive improvement group
Pengobatan gangguan kognitif pada demensia telah dilakukan empat belas review terhadap manfaat obat-obat farmakologis.29

5.2.12.1. Aspirin

5.2.12.2. CDP-choline
Disimpulkan dari tujuh publikasi yang direview bahwa CDP-choline mempunyai efek positif pada gangguan kognitif dan penurunan daya ingat dan perluik dalam waktu pendek penelusurannya (20 hari sampai 30 hari). Bukti manfaat dari impesi global lebih kuat, tetapi masih saja terlihat durasi penelitianannya masih terbatas. Disusulam lamb penelitian ditingkatkan.

5.2.12.3. Dehydroepiandrosterone (DHEA)
Disimpulkan bahwa data saat ini sangat terbatas untuk mendukung DHEA dapat menurunkan gangguan kognitif dan kualitas hidup.30

5.2.12.4. Donepezil
Dibuktikan hasil review dari empat uji klinik randomisasi bahwa donepezil yang dibuat selama 12 atau 24 minggu dapat memperbaiki gangguan kognitif, tetapi tidak menunjukkan perbaikan kualitas hidup.31

5.2.12.5. Hydrgine
Dari review sebilam belas publikasi uji klinik randomisasi yang dilakukan, hydrgine masih belum dapat dibuktikan efekasi untuk pengobatan demensia.32

5.2.12.6. Lecithin
Dari review sebelas uji klinik randomisasi yang dilakukan, lecithin masih belum dapat dibuktikan efekasi untuk pengobatan demensia atau gangguan kognitif.33

5.2.12.7. Nicotine
Tiga publikasi uji klinik randomisasi tidak memadai untuk dilakukan review, karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi dan penulis belum memberi jawaban. Disimpulkan nicotine tidak ada data yang menyokong untuk membuktikan efekasinya terhadap demensia.34

5.2.12.8. Nimodipine
Dari review yang dilakukan dari banyak penelitian uji klinik randomisasi sejak tahun 1992, disimpulkan bahwa nimodipine tidak bermaanfet untuk pengobatan demensia dan gangguan kognitif.35

5.2.12.9. Piracetam
Dari review yang dilakukan, disimpulkan piracetam belum tebukti efekasi pada pengobatan demensia dan gangguan kognitif.36

5.2.12.10. Rivastigmine
Dari review 7 uji klinik randomisasi efekasi dan keamanan rivastigmine pada penyakit Alzheimer, disimpulkan data yang lengkap tidak didapatkan hampir pada setengah uji klinik tersebut. Bukti yang didapat menunjukan bahwa dosis tinggi rivastigmine dapat bermanfaat pada gangguan kognitif dan aktivitas hidup sehari-hari, tetapi tidak bermanfaat pada impesi klinis global untuk pasien pasien
Alzheimer yang ringan dan sedang. Banyak subjek berhenti dalam penelitian, karena pengamal efek tampak signifikan. Dalam penelitian pada pasien Alzheimer, pentoxifilline dan gingko biloba dapat meningkat fungsi kognitif dibanding sehari-hari. 5.2.12.11. Sel FL 

Dari review lima belas uji klinik randomized efekasi dan keamanan selFL pada penyakit Alzheimer disimpulkan bahwa cokup bukti selFL untuk direkomendasikan sebagai obat rutin pada penyakit Alzheimer. 5.2.12.12. Tarcine 

Dari review yang dilakukan dapat disimpulkan tarcine tidak dianjurkan untuk pengobatan penyakit Alzheimer. 5.2.12.13. Thiamine 

Dari review yang dilakukan, tidak terbukti thiamine efekasi pada penyakit Alzheimer. 5.2.12.14. Thioridazine 

Dari review yang dilakukan, tidak ada bukti thioridazin efekasi pada penyakit Alzheimer. 6. Pentoxifilline dan Gingko Biloba 

Lamsdin melakukan review dari beberapa uji klinik, melaporkan bahwa pentoxifilline dan gingko biloba efekasi untuk meningkatkan fungsi kognitif dan intelektual pada demensia vasokuler. 

SIMPULAN 

EBM adalah praktek kedokteran klinis yang mengintegrasikan kemampuan klinik individual dengan bukti klinis eksternal yang terbaik dan kesedia yang berasal dari riset yang sistematik. EBM sebagai suatu proses memenuhi bukti hasil riset yang terbaik dan digunakan untuk perimbangan pengambilan keputusan klinis tentang pelayanan kesehatan. Dengan melakukan praktek EBM yang mengikuti 5 tahapan yang dianjurkan Sackett et al.,3 telah dapat dijawab pertanyaan tentang manajemen demensia. Terbukti dengan melakukan analisis kritis dan meta-analisis dari artikel-artikel sebagai bukti yang terbaik tentang penelitian dan manfaat care giver, CDP Choline, Rivastigmine, Pentoxifilline, dan ginkgo biloba dapat meningkat fungsi kognitif pada demensia. 

DAFTAR PUSTAKA 

9. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. For the Evidence-Based Medicine Working Group. User's Guides to Medical Literature. II. How to use an article about therapy or prevention: B. What were the results and will they help me in caring for my patients? JAMA 1994;271:59-63. 
10. Jaenschke R, Guyatt G, Sackett DL. For the Evidence-Based Medicine Working


30. Birks JS, Metzer D. Donepezil for mild and

Lampiran: Kategori dan kekuatan bukti Eksternal

Kekuatan dari rekomendasi
A—Langsung berdasarkan kategori I bukti eksternal
B—Langsung berdasarkan kategori II bukti eksternal atau eksnapolasi rekomendasi dari kategori I bukti eksternal.
C—Langsung berdasarkan kategori III bukti eksternal atau eksnapolasi rekomendasi dari kategori II bukti eksternal
D—Berdasarkan dari kelompok opini klinis

Kategori bukti eksternal
I—Berdasarkan dari rancangan uji klinik randomisasi (RCT, Randomized Controlled Trial), meta-analysis, atau review sistematis
II—Berdasarkan dari rancangan penelitian kasus-kontrol atau kohort
III—Berdasarkan dari penelitian di luar dari penelitian RCT, kohort atau kasus-kontrol.