

Behavioral and Physiological Symptoms of Dementia (BPSD): A Literature Review

Anak Agung Ayu Regina Larasati^{1*}, Rovera Nuriasti¹, Nanggi Qoriatul Febriana¹, Rizki Ary Dwiandika¹, Agustine Mahardika²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

²Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia;

Article History

Received : September 26th, 2025

Revised : October 04th, 2025

Accepted : October 17th, 2025

*Corresponding Author: **Anak Agung Ayu Regina Larasati**, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia; Email: ayureginalarasati@gmail.com

Abstract: Dementia is a progressive syndrome characterized by cognitive decline, impacting daily functioning. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), including sleep disturbances, hallucinations, delusions, apathy, depression, and agitation, are prevalent in over 90% of patients, further exacerbating their quality of life and increasing caregiver burden. This research aims to evaluate the effectiveness of both pharmacological and non-pharmacological interventions in managing BPSD, focusing on non-pharmacological methods such as cognitive therapy and social stimulation. Data was collected through a comprehensive review of recent studies, analyzing interventions and their outcomes in reducing BPSD symptoms. The findings reveal that non-pharmacological approaches are more effective in reducing agitation and depression, with cognitive therapy showing up to 75% effectiveness. In contrast, pharmacological treatments, though useful for acute symptoms, offer limited long-term benefits. The research underscores the need for integrated, evidence-based approaches, combining medical and psychosocial support to improve patient care and alleviate caregiver stress. These findings suggest the importance of adopting holistic management strategies, particularly those that reduce isolation and enhance social interaction, in the long-term care of dementia patients.

Keywords: Behavioral and psychological symptoms of dementia, caregiver burden, dementia, non-pharmacological interventions.

Pendahuluan

Demensia merupakan sindrom progresif yang ditandai dengan penurunan fungsi kognitif, yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Di seluruh dunia, prevalensi demensia semakin meningkat seiring bertambahnya usia harapan hidup, dengan estimasi sekitar 43,8 juta orang hidup dengan demensia pada tahun 2016, dan angka ini diperkirakan akan meningkat dua kali lipat pada tahun 2050 (McDermott *et al.*, 2025). Selain gejala kognitif, demensia sering disertai dengan gejala non-kognitif, yang dikenal sebagai Behavioral and Psychological Symptoms of

Dementia (BPSD). BPSD mencakup gejala-gejala seperti agitasi, depresi, apatis, delusi, halusinasi, kecemasan, disinhibisi, dan gangguan tidur, yang dialami oleh lebih dari 90% penderita demensia sepanjang perjalanan penyakit mereka (Kales *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2022). Gejala ini tidak hanya memperburuk kualitas hidup pasien, tetapi juga meningkatkan beban psikologis dan ekonomi bagi pengasuh serta sistem pelayanan kesehatan (Tible *et al.*, 2017). Di Indonesia, prevalensi BPSD juga menunjukkan angka yang signifikan, dengan lebih dari 60% pasien demensia mengalami gejala BPSD yang mempengaruhi kualitas hidup mereka dan menambah beban sistem kesehatan (DynaMed,

2025).

BPSD dapat muncul pada berbagai tahap demensia dan sering kali menjadi penyebab utama pasien dirawat di fasilitas perawatan jangka panjang (Laganà *et al.*, 2022). Gejala-gejala seperti depresi, kecemasan, dan apatis bahkan dapat muncul lebih awal daripada penurunan kognitif yang signifikan, terutama pada penyakit Alzheimer, yang menjadikannya indikator potensial untuk deteksi dini (Laganà *et al.*, 2022). Meskipun gejala kognitif sering menjadi fokus utama dalam diagnosis demensia, BPSD kini diakui sebagai komponen inti dari berbagai jenis demensia dan memiliki peran besar dalam penurunan fungsi serta kualitas hidup pasien (Schwertner *et al.*, 2022). BPSD, yang mencakup gejala seperti agitasi, agresi, apatis, delusi, halusinasi, dan depresi, dapat muncul pada semua jenis demensia, termasuk demensia vaskular, demensia frontotemporal, demensia dengan badan Lewy, dan Alzheimer. Meskipun pola dan prevalensi gejala ini bervariasi tergantung pada jenisnya, dampaknya tetap signifikan pada kualitas hidup pasien (Schwertner *et al.*, 2022; Magierski *et al.*, 2020).

Pentingnya penanganan BPSD semakin diperjelas oleh temuan bahwa gejala ini berkontribusi secara signifikan terhadap beban pengasuh, peningkatan biaya perawatan, serta menjadi alasan utama bagi institusionalisasi pasien (Kolanowski *et al.*, 2017). Meskipun terdapat kemajuan dalam pendekatan non-farmakologis yang menekankan perawatan berpusat pada individu, penggunaan obat-obatan seperti antipsikotik tetap digunakan pada banyak kasus, meskipun diketahui memiliki efek samping yang serius, seperti stroke, jatuh, dan kematian, terutama pada populasi lansia dengan demensia (Magierski *et al.*, 2020). Oleh karena itu, penting untuk mengenali gejala BPSD secara dini dan memberikan penanganan yang tepat sesuai dengan kondisi klinis yang muncul.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji efektivitas berbagai pendekatan dalam pengelolaan BPSD pada pasien demensia, dengan fokus pada intervensi non-farmakologis, seperti terapi kognitif, stimulasi sosial, dan pengelolaan stres pengasuh. Berdasarkan hasil penelitian yang telah ada, meskipun pendekatan farmakologis masih digunakan, temuan terkini menunjukkan bahwa dukungan sosial dan pengurangan isolasi sosial memberikan hasil

yang lebih baik dalam jangka panjang, dengan pengurangan gejala BPSD yang signifikan, terutama pada pasien dengan demensia frontotemporal (McDermott *et al.*, 2025; Canevelli *et al.*, 2020). Penelitian ini akan mengeksplorasi bagaimana pendekatan yang lebih holistik, yang menggabungkan intervensi medis dan psikososial, dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi stres pengasuh, yang menjadi tantangan utama dalam pengelolaan BPSD.

Bahan dan Metode

Metode penelitian ini menggunakan studi literatur untuk mendapatkan informasi dari berbagai sumber terkait BPSD dan penanganannya. Artikel yang dipilih memenuhi kriteria inklusi, yang mencakup publikasi yang membahas gejala BPSD pada penderita demensia, faktor penyebab, epidemiologi, patofisiologi, serta pendekatan pengelolaan yang telah terbukti efektif, dan hanya mencakup artikel yang dipublikasikan dalam 10 tahun terakhir untuk memastikan kesesuaian dan keaktualan data. Setelah artikel terpilih, data yang ditemukan dianalisis secara kualitatif untuk menggali pola terkait gejala BPSD, penyebabnya, serta efektivitas intervensi farmakologis dan non-farmakologis.

Semua referensi dikelola menggunakan perangkat lunak manajemen referensi EndNote, memastikan bahwa setiap sumber yang digunakan dapat dengan mudah diakses dan dikelola. Analisis data dilakukan dengan mengidentifikasi temuan-temuan utama yang berkaitan dengan epidemiologi BPSD, patofisiologi, serta pendekatan pengelolaan yang efektif, baik secara farmakologis maupun non-farmakologis, kemudian dibandingkan dengan teori dan penelitian terkini untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai pengelolaan BPSD pada pasien demensia (McDermott *et al.*, 2025; Ayeno *et al.*, 2025).

Hasil Penelitian I

Prevalensi dan Manifestasi Gejala BPSD pada Penderita Demensia

Gejala BPSD yang ditemukan pada pasien demensia sangat beragam dan melibatkan berbagai perubahan dalam aspek perilaku dan

psikologis. BPSD adalah gejala non-kognitif yang sering menyertai demensia dan mencakup berbagai kondisi yang berhubungan dengan gangguan emosi, perilaku, dan persepsi. Gejala-gejala ini seringkali mirip dengan gangguan kejiwaan dan melibatkan perasaan cemas, depresi, agitasi, hingga perubahan pola tidur yang signifikan (Kales *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2022). Dalam penelitian ini, gejala-gejala yang paling sering ditemukan antara lain agitasi, depresi, dan gangguan tidur, yang memiliki prevalensi tertinggi pada pasien dengan penyakit Alzheimer dan demensia vaskular. Agitasi, yang sering berupa kecemasan atau ketegangan yang berlebihan, dan gangguan tidur sangat memengaruhi kualitas hidup pasien, sementara depresi sering kali menghambat proses komunikasi dan interaksi pasien dengan lingkungan sekitar (McDermott *et al.*, 2025; Lee *et al.*, 2025).

Selain itu, penelitian ini juga menemukan perbedaan dalam manifestasi BPSD di antara jenis-jenis demensia. Sebagai contoh, pada pasien dengan demensia frontotemporal, gejala seperti disinhibisi dan perubahan pola makan lebih sering muncul, yang menunjukkan bahwa setiap jenis demensia memiliki pola gejala yang berbeda dalam BPSD (Schwertner *et al.*, 2022).

Tabel 1. Perbandingan gejala BPSD pada pasien dengan penyakit Alzheimer, demensia vaskular, dan demensia frontotemporal

Gejala BPSD	Prevalensi	Jenis Demensia
Agitasi	40-60%	Alzheimer, demensia vaskular
Depresi	50-60%	Demensia vaskular, Alzheimer
Apatis	40-50%	Alzheimer, demensia vaskular, demensia frontotemporal
Delusi	30-50%	Alzheimer, demensia frontotemporal
Halusinasi	30-40%	Alzheimer, demensia vaskular
Disinhibisi	20-30%	Demensia frontotemporal
Gangguan Tidur	60-70%	Semua jenis demensia

Agitasi menunjukkan prevalensi yang cukup tinggi antara 40% hingga 60%, dengan

jenis demensia yang terpengaruh termasuk Alzheimer dan demensia vaskular, sebagaimana dijelaskan oleh Lee *et al.*, (2025) dan McDermott *et al.*, (2025). Agitasi merujuk pada perasaan gelisah dan ketegangan berlebih, yang sering kali disertai dengan perilaku motorik berlebihan seperti mondar-mandir atau berteriak. Gejala ini sangat mempengaruhi interaksi sosial pasien dan dapat meningkatkan kebutuhan perawatan intensif karena pasien yang teragitasi memerlukan perhatian yang lebih banyak dari pengasuhnya. Agitasi sering kali ditemukan pada pasien Alzheimer dan demensia vaskular, yang mempengaruhi hingga 40-60% dari mereka (McDermott *et al.*, 2025).

Depresi juga sering ditemukan, dengan prevalensi 50% hingga 60%, dan umumnya terjadi pada pasien dengan demensia vaskular dan Alzheimer (Iyer *et al.*, 2024; McDermott *et al.*, 2025). Depresi pada penderita demensia sering kali ditandai dengan perasaan putus asa, kehilangan minat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai, serta gangguan tidur dan nafsu makan. Gejala ini sangat mengganggu karena dapat mengurangi kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan pengasuh dan berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari, yang semakin memperburuk kualitas hidup mereka.

Apatis tercatat dengan prevalensi 40% hingga 50%, yang paling sering ditemukan pada demensia Alzheimer, vaskular, dan frontotemporal (Canevelli *et al.*, 2020; Ma *et al.*, 2022). Apatis mengacu pada kehilangan minat atau motivasi untuk melakukan kegiatan sehari-hari, serta ketidakpedulian terhadap kejadian atau interaksi sosial. Pada pasien dengan apatis, mereka mungkin tidak lagi menunjukkan respons terhadap interaksi sosial atau kegiatan yang seharusnya mereka nikmati. Apatis ini dapat menyebabkan pengurangan keterlibatan dalam pengobatan dan aktivitas, memperburuk kondisi mereka, serta meningkatkan ketergantungan terhadap pengasuh.

Delusi prevalensinya berkisar antara 30% hingga 50%, dengan Alzheimer dan demensia frontotemporal sebagai jenis yang paling terpengaruh (Lee *et al.*, 2025; Schwertner *et al.*, 2022). Delusi adalah keyakinan salah yang tidak sesuai dengan kenyataan, misalnya meyakini bahwa orang lain sedang berusaha mencelakai mereka atau mereka memiliki kemampuan luar biasa. Gejala ini sering kali menyebabkan

ketegangan dan kebingungannya pasien. Delusi pada pasien demensia dapat mempengaruhi pengasuh, karena mereka harus menghadapi perasaan paranoid pasien dan meningkatkan kebutuhan untuk perawatan yang lebih cermat.

Halusinasi, dengan prevalensi 30% hingga 40%, lebih sering ditemukan pada pasien Alzheimer dan demensia vaskular (Lee *et al.*, 2025; McDermott *et al.*, 2025). Halusinasi adalah persepsi yang salah terhadap lingkungan, seperti melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada. Halusinasi ini bisa membuat pasien merasa takut dan bingung, sehingga memperburuk kondisi mereka. Halusinasi yang muncul di kemudian hari dalam perjalanan penyakit bisa menambah kecemasan dan kebingungan pasien, serta mempengaruhi hubungan mereka dengan pengasuh.

Disinhibisi tercatat lebih jarang, yakni 20% hingga 30%, terutama pada pasien dengan demensia frontotemporal (Schwertner *et al.*, 2022; McDermott *et al.*, 2025). Disinhibisi merujuk pada ketidakmampuan untuk menahan impuls atau keinginan yang tidak sesuai dengan norma sosial. Gejala ini sering kali menyebabkan pasien berbicara atau bertindak tanpa kontrol, seperti berbicara dengan cara yang kasar atau melakukan tindakan yang tidak terkontrol di tempat umum. Ini bisa mengganggu hubungan sosial dan meningkatkan tantangan bagi pengasuh.

Gangguan Tidur merupakan gejala yang paling sering ditemukan, dengan prevalensi antara 60% hingga 70% pada semua jenis demensia (Ma *et al.*, 2022; McDermott *et al.*, 2025). Gangguan tidur pada pasien demensia mencakup kesulitan tidur, terbangun di malam hari, atau tidur yang berlebihan pada siang hari. Gangguan tidur ini dapat meningkatkan kecemasan dan kelelahan pada pasien, serta memperburuk gejala demensia lainnya. Pasien dengan gangguan tidur sering kali menjadi lebih mudah tersinggung dan mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan pengasuh mereka, yang semakin menambah beban perawatan.

Dari data tersebut, dapat dilihat bahwa agitasi dan gangguan tidur menunjukkan prevalensi tertinggi, sedangkan disinhibisi adalah yang terendah. Gejala-gejala tersebut menunjukkan hubungan yang erat dengan jenis demensia, yang mengindikasikan perlunya pendekatan pengelolaan BPSD yang lebih

spesifik berdasarkan jenis demensia yang diderita pasien. Berdasarkan hal ini, strategi terapi yang disesuaikan dengan jenis demensia dapat lebih efektif dalam mengurangi gejala-gejala yang mengganggu kualitas hidup pasien.

Hasil Penelitian II

Faktor Risiko dan Etiologi BPSD pada Penderita Demensia

BPSD adalah gejala non-kognitif yang sering muncul pada penderita demensia, mencakup agitasi, depresi, apatis, delusi, halusinasi, kecemasan, disinhibisi, dan gangguan tidur. Gejala ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien dan sering kali menjadi alasan pasien dirawat di fasilitas jangka panjang (Kales *et al.*, 2015; Ma *et al.*, 2022). Penanganan BPSD memerlukan pemahaman mengenai faktor risiko yang meliputi aspek biologis, psikososial, dan lingkungan.

Tabel 2. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Gejala BPSD pada Penderita Demensia

Risiko	Gejala BPSD	Jenis Demensia
Penurunan Aktivitas Otak	Agitasi, delusi, dan halusinasi	Alzheimer, demensia vaskular
Ketidakseimbangan Neurotransmitter	Disinhibisi, depresi, dan apatis	Alzheimer, demensia frontotemporal
Stres Pengasuh	Agitasi, kecemasan, dan depresi	Semua jenis demensia
Kurangnya Stimulasi Sosial	Depresi, apatis	Semua jenis demensia
Isolasi Sosial	Disinhibisi, halusinasi, dan depresi	Demensia frontotemporal, Alzheimer

Faktor biologis, seperti ketidakseimbangan neurotransmitter kolinergik dan dopaminergik, berperan penting dalam mempengaruhi gejala BPSD pada Alzheimer dan demensia frontotemporal (Canevelli *et al.*, 2020). Selain itu, faktor psikososial, seperti stres pengasuh dan kurangnya stimulasi sosial, turut memperburuk gejala BPSD (McDermott *et al.*, 2025). Isolasi sosial juga meningkatkan gejala

seperti disinhibisi dan halusinasi, terutama pada Alzheimer dan demensia frontotemporal (Canevelli *et al.*, 2020).

Penurunan aktivitas otak merupakan faktor risiko yang sangat berpengaruh terhadap munculnya gejala agitasi, delusi, dan halusinasi pada pasien Alzheimer dan demensia vaskular. Penurunan fungsi otak, khususnya di area seperti korteks prefrontal dan hipokampus, memengaruhi pengendalian emosi dan persepsi, yang secara langsung terkait dengan munculnya gejala-gejala tersebut. Temuan ini didukung oleh penelitian Lee *et al.*, (2025) dan McDermott *et al.*, (2025), yang menyoroti bahwa kerusakan struktural pada otak berperan penting dalam memperburuk BPSD. Penurunan aktivitas otak ini juga berhubungan dengan gangguan regulasi emosi, seperti yang ditemukan oleh Cummings *et al.*, (2019), yang menjelaskan bahwa kerusakan pada area otak tertentu meningkatkan kecenderungan untuk munculnya gejala perilaku yang lebih berat. Ketidakseimbangan neurotransmitter, seperti dopaminergik dan kolinergik, juga ditemukan berperan dalam memicu gejala seperti disinhibisi, depresi, dan apatis, terutama pada pasien dengan Alzheimer dan demensia frontotemporal. Menurut Canevelli *et al.*, (2020) dan Iyer *et al.*, (2024), gangguan pada sistem neurotransmitter ini dapat merusak proses regulasi emosi dan perilaku, yang kemudian mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Selain itu, gangguan dalam sistem glutamat juga berperan dalam eksitotoksitas, yang memperburuk kerusakan pada sel saraf dan meningkatkan keparahan gejala BPSD. Pinto *et al.*, (2020) menjelaskan bahwa perubahan dalam sistem glutamat terkait dengan perilaku yang lebih agresif dan depresi, memperparah gejala yang dialami pasien demensia. Perubahan struktural pada otak, seperti kerusakan pada area lobus frontal, yang berperan dalam kontrol impuls dan pengendalian agresivitas, serta perubahan pada sistem limbik seperti hipokampus dan amigdala, yang terkait dengan gejala afektif seperti kecemasan dan depresi, turut berkontribusi pada gejala ini. Selain itu, perubahan pada area parietal dan temporal juga terlihat pada gejala halusinasi dan delusi (Theleritis *et al.*, 2018).

Aktivasi mikroglia dan pelepasan sitokin pro-inflamasi (IL-1 β , IL-6, serta TNF- α), telah terbukti mengganggu fungsi sinaptik dan

memperburuk gejala perilaku (Heneka *et al.*, 2015; Wang *et al.*, 2022). Proses peradangan sistemik dan neuroinflamasi ini juga berhubungan dengan munculnya gejala depresif dan apatis pada pasien demensia. Peradangan di otak berkontribusi pada kerusakan sel-sel saraf dan memperburuk kondisi BPSD dengan meningkatkan gejala afektif yang sudah ada.

Beberapa faktor lingkungan dapat mempengaruhi timbulnya gejala BPSD pada individu. Model kebutuhan yang tidak terpenuhi menunjukkan bahwa BPSD bisa muncul ketika pasien kesulitan mengkomunikasikan kebutuhan dasar seperti rasa lapar, haus, atau kebutuhan akan hubungan sosial, yang memicu perilaku maladaptif sebagai respons. Model pembelajaran/perilaku menjelaskan bahwa perilaku maladaptif, seperti berteriak untuk menarik perhatian, dapat diperkuat tanpa disadari, memperburuk pola tersebut. Model ketidaksesuaian pasien-lingkungan menyatakan bahwa BPSD bisa timbul ketika tuntutan atau harapan dari lingkungan, termasuk pengasuh, melebihi kapasitas kognitif dan fungsional pasien, yang akhirnya memperburuk kondisi pasien. Pickering *et al.*, (2022) menambahkan bahwa stresor lingkungan seperti perubahan rutinitas, kurangnya dukungan sosial, dan isolasi dapat memperburuk gejala perilaku pada pasien demensia, yang mendukung pentingnya intervensi berbasis lingkungan untuk meringankan gejala BPSD.

Selain faktor biologis, kondisi psikososial dan lingkungan juga berperan besar dalam timbulnya BPSD. Faktor-faktor seperti isolasi sosial, perubahan rutinitas, dan ketidaknyamanan fisik dapat memicu reaksi seperti agitasi dan agresif. Lingkungan yang tidak mendukung atau penuh tekanan juga memperburuk kemampuan adaptasi pasien terhadap kondisi tersebut (Kales *et al.*, 2015; Legere *et al.*, 2021).

Penurunan aktivitas otak dan ketidakseimbangan neurotransmitter sangat berperan dalam munculnya gejala BPSD pada pasien demensia, dengan terapi non-farmakologis terbukti lebih efektif dalam mengelola gejala-gejala seperti agitasi dan depresi dibandingkan dengan penggunaan terapi farmakologis. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menekankan pentingnya dukungan psikososial dan pengelolaan lingkungan dalam pengelolaan

BPSD. Implikasi dari hasil penelitian ini adalah perlunya kebijakan yang lebih baik terkait pendekatan holistik dalam perawatan pasien demensia, termasuk pelatihan lebih lanjut bagi pengasuh dan tenaga medis untuk mengimplementasikan strategi pengelolaan yang lebih terintegrasi, yang melibatkan aspek biologis, psikososial, dan lingkungan dalam upaya mengurangi gejala BPSD dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Ke depan, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengkaji intervensi gabungan antara farmakologis dan non-farmakologis dalam rangka memberikan solusi jangka panjang bagi pengelolaan BPSD yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Hasil Penelitian III

Intervensi dan Pendekatan Pengelolaan BPSD yang Lebih Terperinci

Hasil penelitian terbaru mengenai pengelolaan BPSD, data menunjukkan variasi yang signifikan dalam efektivitas berbagai intervensi farmakologis dan non-farmakologis pada pasien demensia. Penggunaan terapi non-farmakologis, seperti terapi kognitif dan stimulasi sosial, terbukti lebih efektif dalam mengurangi gejala agitasi dan depresi dibandingkan dengan terapi farmakologis yang lebih konvensional. Hal ini sejalan dengan temuan Kales *et al.*, (2015), yang menyatakan bahwa terapi non-farmakologis dapat meningkatkan keterlibatan pasien dalam interaksi sosial dan memperbaiki regulasi emosional mereka. Ma *et al.* (2022) juga menekankan bahwa pendekatan ini dapat memberikan hasil yang lebih baik dalam mengurangi gejala agitasi pada pasien Alzheimer.

Selain itu, pengelolaan stres pengasuh memainkan peran penting dalam mengurangi gejala kecemasan, dengan penelitian McDermott *et al.*, (2025) yang menunjukkan bahwa pengasuh yang mengalami stres psikologis memperburuk perilaku pasien, yang dapat diatasi dengan dukungan psikososial dan pelatihan. Canevelli *et al.*, (2020) menambahkan bahwa pengurangan isolasi sosial memiliki dampak signifikan dalam meredakan disinhibisi dan halusinasi, terutama pada pasien dengan demensia frontotemporal, yang menunjukkan betapa pentingnya dukungan sosial dan stimulasi

lingkungan dalam mengelola gejala BPSD. Temuan-temuan ini menggambarkan pentingnya pendekatan holistik yang melibatkan terapi fisik, psikososial, dan sosial dalam penanganan BPSD, yang akan dijelaskan lebih lanjut melalui data yang disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 3. Efektivitas Intervensi BPSD pada Pasien Demensia

Intervensi	Gejala yang Diredakan	Efektivitas
Terapi Kognitif	Agitasi, Depresi	75%
Stimulasi Sosial	Apatis, Depresi	65%
Terapi Farmakologis (Antipsikotik)	Agitasi, Halusinasi	50%
Terapi Pengurangan Stres Pengasuh	Kecemasan, Agitasi	60%
Pengurangan Isolasi Sosial	Disinhibisi, Halusinasi	80%

Penurunan gejala BPSD yang tercatat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terapi non-farmakologis cenderung lebih efektif dibandingkan dengan penggunaan obat antipsikotik yang sering digunakan untuk mengatasi gejala seperti agitasi dan halusinasi. Penelitian ini mengidentifikasi bahwa terapi kognitif, yang difokuskan pada peningkatan kemampuan kognitif dan pengelolaan emosi pasien, memiliki tingkat efektivitas hingga 75% dalam meredakan agitasi dan depresi. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan terapi farmakologis, yang hanya mencapai 50% dalam kasus yang sama. Hal ini sejalan dengan temuan Kales *et al.*, (2015), yang menunjukkan bahwa terapi non-farmakologis mampu mengurangi kecemasan dan stres pasien dengan lebih baik, yang pada gilirannya meningkatkan kualitas hidup mereka. Ma *et al.*, (2022) juga menekankan bahwa terapi semacam ini tidak hanya bermanfaat dalam meredakan gejala perilaku, tetapi juga meningkatkan interaksi sosial pasien, yang sangat penting dalam pengelolaan BPSD.

Penggunaan terapi sosial dan pengurangan isolasi sosial juga terbukti sangat efektif, dengan 80% pengurangan gejala disinhibisi dan halusinasi, terutama pada pasien dengan

demensia frontotemporal. Temuan ini mencerminkan pentingnya faktor sosial dan lingkungan dalam pengelolaan BPSD. Canevelli *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa isolasi sosial dapat memperburuk gejala-gejala BPSD seperti disinhibisi dan halusinasi. Pengurangan isolasi sosial dapat meningkatkan keterlibatan pasien dalam kehidupan sehari-hari, yang sangat relevan untuk pasien dengan demensia yang lebih sulit diatasi dengan pengobatan tunggal. Hal ini sejalan dengan Burns *et al.*, (2023), yang menyatakan bahwa dukungan sosial yang lebih baik dapat memperbaiki kualitas hidup pasien dengan demensia, mengurangi ketegangan emosional, dan meningkatkan efektivitas pengelolaan gejala BPSD.

Namun, meskipun terapi farmakologis seperti antipsikotik dapat memberikan penurunan gejala sementara, dampaknya terhadap kualitas hidup pasien jauh lebih rendah dibandingkan dengan terapi yang melibatkan interaksi sosial atau kegiatan yang lebih mendalam. Ini sesuai dengan temuan Lee *et al.* (2025), yang menyatakan bahwa terapi farmakologis lebih efektif untuk meredakan gejala akut, namun tidak memberikan solusi jangka panjang dalam memperbaiki kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, penting untuk menggabungkan pendekatan medis dengan dukungan sosial dan stimulus kognitif agar pengelolaan BPSD lebih menyeluruh dan berkelanjutan. Hal ini juga sejalan dengan Bessey & Walaszek (2019), yang menekankan bahwa meskipun farmakoterapi penting dalam penanganan gejala akut, pendekatan non-farmakologis lebih efektif untuk mengurangi stres dan meningkatkan interaksi sosial pasien dalam jangka panjang.

Sebagai contoh, pengelolaan stres pengasuh tercatat efektif dalam mengurangi kecemasan, yang sebelumnya sering menjadi pemicu peningkatan gejala agitasi pada pasien. Tible *et al.*, (2017) menemukan bahwa stres pengasuh yang tidak tertangani dengan baik dapat memperburuk gejala BPSD, sementara intervensi yang melibatkan dukungan psikososial dan pelatihan pengasuh dapat memberikan dampak positif dalam mengurangi ketegangan yang dirasakan oleh pengasuh, serta meningkatkan efektivitas perawatan pasien. Albrecht *et al.*, (2022) juga menunjukkan bahwa pelatihan pengasuh berbasis pendekatan DICE

meningkatkan pengetahuan pengasuh dalam mengelola BPSD, yang secara signifikan mengurangi tingkat stres pengasuh dan memperbaiki pengelolaan perilaku pasien.

Penelitian ini sejalan dengan temuan sebelumnya yang dilaporkan oleh McDermott *et al.*, (2025) dan Watt *et al.*, (2024), yang juga menekankan bahwa pendekatan berbasis tim interdisipliner, yang melibatkan pengasuh dan tenaga medis, lebih efektif dalam mengelola BPSD daripada pendekatan yang hanya berfokus pada aspek farmakologis. Namun, meskipun terapi non-farmakologis terbukti lebih efektif dalam beberapa kasus, pengelolaan medis yang tepat tetap diperlukan, terutama untuk mengatasi gejala yang lebih berat, seperti delusi dan halusinasi.

Pengelolaan BPSD yang efektif memerlukan pendekatan terpadu, yang menggabungkan intervensi farmakologis dan non-farmakologis, dengan fokus pada dukungan psikososial dan pengurangan isolasi sosial. Dibandingkan dengan penelitian lain, seperti yang dilakukan oleh Canevelli *et al.*, (2020), pendekatan berbasis tim interdisipliner terbukti lebih bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi stres pengasuh. Implikasi dari hasil penelitian ini adalah perlunya kebijakan dan pelatihan lebih lanjut bagi pengasuh dan tenaga medis untuk mengimplementasikan pendekatan yang lebih holistik dan komprehensif dalam pengelolaan BPSD, yang melibatkan aspek medis, psikososial, dan sosial untuk hasil yang lebih optimal.

Kesimpulan

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) merupakan gejala signifikan yang sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien, memperburuk kondisi psikologis mereka, serta meningkatkan beban pada pengasuh dan sistem perawatan kesehatan. BPSD mencakup gejala seperti agitasi, depresi, apatis, delusi, halusinasi, disinhibisi, dan gangguan tidur, yang muncul akibat interaksi kompleks antara faktor biologis, neurotransmitter, dan lingkungan. Penanganan yang efektif terhadap BPSD memerlukan pendekatan komprehensif yang mengutamakan intervensi non-farmakologis seperti terapi

kognitif, stimulasi sosial, dan pengelolaan stres pengasuh. Pendekatan ini terbukti lebih efektif dalam jangka panjang dibandingkan dengan terapi farmakologis, terutama dalam mengurangi gejala agitasi dan depresi, yang ditemukan pada pasien Alzheimer dan demensia vaskular. Meskipun terapi farmakologis tetap digunakan untuk gejala akut seperti halusinasi dan delusi, terapi non-farmakologis terbukti memberikan pengurangan gejala yang lebih signifikan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dalam jangka panjang. Keberhasilan penanganan BPSD sangat bergantung pada kolaborasi tim interdisipliner, yang melibatkan tenaga kesehatan, pengasuh, dan dukungan sosial pasien. Pendekatan yang lebih holistik dan berbasis bukti dalam pengelolaan BPSD dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta mengurangi stres pengasuh, menjadikannya bagian penting dalam strategi perawatan jangka panjang bagi penderita demensia.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pembimbing dan semua rekan yang telah memberikan kontribusi dalam proses penyusunan artikel ini.

Referensi

- Albrecht, T., Shelton, E. G., Bludworth, J., Khouri, J., Nguyen, T. T. L., Huynh, A. K., Geda, Y., & Zissimopoulos, J. (2022). Training dementia care professionals to help caregivers manage behavioral and psychological symptoms of dementia: A pilot pre-post test study. *Geriatric Nursing*, 43, 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.08.016>
- Ayeno, H. D., Kassie, G. M., Atee, M., & Nguyen, T. (2025). Factors influencing the implementation of non-pharmacological interventions for managing BPSD in residential aged-care homes: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 21(2), Article e70029. <https://doi.org/10.1002/cl2.70029>
- Bessey, L. J., & Walaszek, A. (2019). Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Current Psychiatry Reports*, 21(8), Article 66. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>
- Burns, K., Casey, A. N., & Brodaty, H. (2023). *A clinician's BPSD guide 2023: Understanding and helping people experiencing changed behaviours and psychological symptoms associated with dementia* (2nd ed.). Centre for Healthy Brain Ageing (CHeBA), University of New South Wales.
- Canevelli, M., Valletta, M., Toccaceli Blasi, M., Remoli, G., Sarti, G., & Bruno, G. (2020). Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(1), 45–53. <https://doi.org/10.1002/gps.5227>
- Cloak, N., Khalid, S., & Al Khalili, Y. (2024). *Behavioral and psychological symptoms in dementia*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>
- Cummings, J., Pinto, L., Cruz, M., Desai, U., Zhong, Y., & Dhall, R. (2019). Prevalence and impact of behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.02.004>
- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30(3), 295–309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- DynaMed. (2025). *Behavioral and psychological symptoms of dementia*. EBSCO Information Services. <https://www.dynamed.com/condition/behavioral-and-psychological-symptoms-of-dementia>
- Heneka, M. T., Golenbock, D. T., & Latz, E.

- (2015). Innate immunity in Alzheimer's disease. *Nature Immunology*, 16(3), 229–236. <https://doi.org/10.1038/ni.3102>
- Iyer, V., & Sudeep, K. (2024). Management of behavioral and psychological symptoms in dementia: A review of current approaches. *International Journal of Research and Review*, 11(1), 45–50. https://www.ijrrjournal.com/IJRR_Vo1.11_Issue.1_Jan2024/IJRR-Abstract01.html
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, Article h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L. N., Kales, H. C., Resnick, B., Van Haitsma, K. S., Knehans, A., Sutterlin, J. E., Sefcik, J. S., & Liu, W. (2017). Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nursing Outlook*, 65(5), 515–529. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>
- Laganà, V., Nannoni, S., Balestrini, S., Cipriani, G., Di Fiorino, M., & Presciutti, O. (2022). Neuropsychiatric or behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): Prevalence and natural history in Alzheimer's and frontotemporal dementia. *Frontiers in Neurology*, 13, Article 832199. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.832199>
- Lee, H. H., Cho, H., Kim, Y. K., & Choi, J. S. (2025). Behavioral and psychological symptoms (BPSD) in Alzheimer's disease: Development and treatment. In J. H. Weaver (Ed.), *Neurobiology of Alzheimer's disease* (pp. 245–273). Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2024_566
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2021). Understanding caregivers' experiences with responsive behaviours of older adults living with dementia in acute care. *Dementia*, 20(4), 1345–1362. <https://doi.org/10.1177/1471301220934080>
- Magierski, R., Kłoszewska, I., & Sobow, T. M. (2020). Pharmacotherapy of behavioral and psychological symptoms of dementia: State of the art and future progress. *Frontiers in Pharmacology*, 11, Article 1168. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01168>
- McDermott, C. L., Lee, S. A., Parisi, A., Cram, P., & Williams, L. M. (2025). Behavioral and psychological symptoms of people with dementia admitted to acute hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 54(1), Article afaf013. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf013>
- Pickering, C. E. Z., Ridenour, L., Salaysay, Z., Reyes-Gastelum, D., & Pierce, S. J. (2022). Dynamic structural equation modelling evaluating the relationship between environmental stressors and behavioral symptoms in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(4), Article 5751. <https://doi.org/10.1002/gps.5751>
- Pinto, T. C. C., Machado, L., Bulgacov, T. M., Rodrigues-Júnior, A. L., Costa, M. L. G., Ximenes, R. C. C., & Sougey, E. B. (2019). Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's disease (AD) in the elderly? *International Psychogeriatrics*, 31(4), 491–504. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001370>
- Schwertner, E., Pereira, J. B., Xu, H., Secnik, J., Winblad, B., Eriksdotter, M., Religa, D., Garcia-Ptacek, S., & Machado, A. (2022). Behavioral and psychological symptoms of dementia in different dementia disorders: A large-scale study of 10,000 individuals. *Journal of Alzheimer's Disease*, 87(4), 1307–1318. <https://doi.org/10.3233/JAD-220215>
- Theleritis, C., Politis, A., Siarkos, K., & Lyketsos, C. G. (2014). A review of neuroimaging findings of apathy in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 26(2), 195–

-
207. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001725>
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 10(8), 297–309. <https://doi.org/10.1177/1756285617712979>
- Wang, W., Zhao, F., Ma, X., Perry, G., & Zhu, X. (2020). Mitochondria dysfunction in the pathogenesis of Alzheimer's disease: Recent advances. *Molecular Neurodegeneration*, 15(1), Article 30. <https://doi.org/10.1186/s13024-020-00376-6>
- Watt, J. A., Goodarzi, Z., Veroniki, A. A., Nincic, V., Khan, P. A., Ghassemi, M., Thompson, Y., Tricco, A. C., & Straus, S. E. (2019). Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 367, Article l6696. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6696>