

MALNUTRISI PADA DEMENSIA

Rachmi Kurniawati dan Imran

Abstrak. Pasien demensia sering mengalami malnutrisi saat dirawat di rumah atau di fasilitas rawatan jangka panjang karena mengalami kesulitan koordinasi, tidak mampu mengenali makanan dan ketergantungan pada orang lain dalam perawatan sehari-hari. Hal tersebut berhubungan dengan progresifitas demensia sehingga asupan makronutrien dan mikronutrien menjadi tidak memadai. Tim medis harus mengidentifikasi penyebab penurunan berat badan dengan cara yang sistematis. Pencegahan dapat dilakukan dengan memperhatikan asupan makanan, cairan dan serat yang cukup. Penanganan malnutrisi pada demensia memerlukan evaluasi dan penatalaksanaan secara tepat, bila diperlukan dokter dapat merujuk pasien tersebut kepada ahli gizi.

(JKS 2013; 2: 110-116)

Kata kunci: Demensia, malnutrisi dan penurunan berat badan

Abstract. Patients with dementia often suffer from malnutrition while treated at home or in long-term care facilities due to difficulty of coordination, unable to recognize food and rely on others in daily care. It is correlated with the progressivity of dementia which results in macronutrient and micronutrient intake became inadequate. Medical team has to identify the cause of weight loss in a systematic way. Prevention can be done by caring adequate food, fluid and fiber. Treatment of malnutrition in dementia requires proper evaluation, if necessary doctors may refer the patient to a nutritionist.

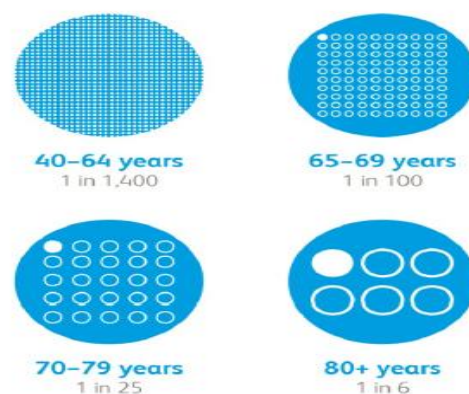
(JKS 2013; 2: 110-116)

Key words: Dementia, malnutrition and weight loss

Pendahuluan

Demensia merupakan suatu sindrom yang terdiri dari gejala-gejala gangguan daya kognitif global yang tidak disertai gangguan derajat kesadaran, tetapi dijumpai perubahan tingkah laku yang dapat berkembang secara mendadak atau sedikit demi sedikit pada setiap orang dari semua golongan usia. Insiden demensia meningkat secara bermakna seiring meningkatnya usia. Setelah usia 65 tahun, prevalensi demensia meningkat dua kali lipat setiap pertambahan usia 5 tahun. Secara keseluruhan prevalensi demensia pada populasi berusia lebih dari 60 tahun adalah 5,6%. Penyebab tersering demensia di Amerika Serikat dan Eropa adalah penyakit Alzheimer, sedangkan di Asia adalah demensia vaskular. Proporsi perempuan yang mengalami penyakit

Alzheimer lebih tinggi dibandingkan laki-laki (sekitar 2/3 pasien adalah perempuan).^{1,2,3}



Gambar 1 Distribusi usia penderita demensia⁴

Demensia umumnya terdapat pada orang tua, tetapi individu di bawah 65 tahun juga bisa mengalami demensia. Jenis demensia yang paling sering dijumpai pada individu yang berusia diatas 65 tahun adalah penyakit Alzheimer, demensia vaskuler,

Rachmi Kurniawati adalah Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Banda Aceh, Imran adalah Dosen Bagian Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala/RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh

dan campuran antara keduanya. Penyebab lain yang mencapai kira-kira 10 persen diantaranya adalah demensia *Lewy body*, penyakit Pick, demensia frontotemporal, hidrocefalus tekanan normal, demensia alkoholik, demensia infeksi (misalnya *human immunodeficiency virus* atau sifilis) dan penyakit Parkinson. Berbagai jenis demensia memerlukan evaluasi dan penatalaksanaan klinis sesuai dengan penyebab yang reversibel seperti kelainan metabolik (misalnya hipotiroidisme), defisiensi nutrisi (misalnya defisiensi vitamin B12 dan asam folat), atau sindrom demensia akibat depresi.^{4,5,6}

Malnutrisi meliputi dua hal yaitu nutrisi kurang dan nutrisi lebih. Artikel ini membahas tentang malnutrisi karena nutrisi kurang, dimana asupan makanan tidak seimbang dengan kebutuhan gizi yang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan. Pasien demensia sering mengalami malnutrisi saat mereka dirawat di rumah atau di fasilitas rawatan jangka panjang. Pemberian cairan, serat dan kalori yang cukup harus diperhatikan dalam perawatan pasien demensia.^{7,8}

Patofisiologi Malnutrisi pada Demensia

Sepanjang kehidupan, nutrisi merupakan penentu utama kesehatan, fungsi fisik, kognitif, vitalitas, kualitas hidup, dan usia. Status nutrisi yang buruk memiliki dampak utama timbulnya penyakit pada usia lanjut.⁷

Sumber gizi dapat dibagi ke dalam dua jenis, yaitu : a) Makronutrien; zat yang diperlukan oleh tubuh dalam jumlah yang besar untuk memberikan tenaga secara langsung, terdiri dari protein, karbohidrat dan lemak. Protein mengandung 4 kkal/gr, karbohidrat 4 kkal/gr dan lemak 9 kkal/gr. b) Mikronutrien; zat yang penting untuk menjaga kesehatan tubuh tetapi hanya diperlukan dalam jumlah sedikit. Mikronutrien terdiri atas vitamin (larut/tidak larut dalam lemak) dan mineral.⁸ Asupan mikronutrien pada usia lanjut sering tidak memadai, tidak hanya dijumpai pada negara sedang berkembang

bahkan di negara maju sekalipun. Hal ini berkaitan dengan meningkatnya risiko penyakit kronik. Vitamin B6, B12, dan asam folat dibutuhkan untuk mengurangi kadar homosistein dalam darah. Tingginya homosistein dapat merusak dan membahayakan sel-sel otak, sehingga menyebabkan hilangnya memori. Juga terdapat hubungan antara rendahnya konsentrasi vitamin B dan menurunnya fungsi kognitif. Terdapat beberapa bukti manfaat suplementasi vitamin terhadap fungsi kognitif dan penyembuhan suatu ulkus. Suatu studi menunjukkan bahwa suplementasi mikronutrien oral dalam jumlah sedang (vitamin, copper, selenium, iodine, zinc) dapat memperbaiki skor tes fungsi kognitif. Pada studi lain juga ditemukan bahwa penggunaan vitamin E pada makanan dapat mengurangi risiko penyakit demensia Alzheimer.⁷

Pasien demensia yang sangat bergantung pada orang lain dalam perawatan sehari-hari lebih mungkin mengalami penurunan berat badan dibandingkan pasien demensia yang tidak terlalu bergantung pada orang lain.⁸

Faktor sosial yang mempengaruhi malnutrisi pada demensia antara lain hidup sendirian, masalah keuangan, dan perubahan pola diet. Hidup sendirian, terutama bagi kaum pria, sering menyebabkan perubahan pola makan yang tidak teratur. Orang tua yang mengalami masalah keuangan, seperti kemiskinan atau berpenghasilan rendah, mungkin tidak mampu membeli cukup makanan karena harus digunakan untuk kebutuhan lain. Riwayat alergi juga dapat meningkatkan risiko kekurangan gizi, terutama untuk malnutrisi protein.⁹

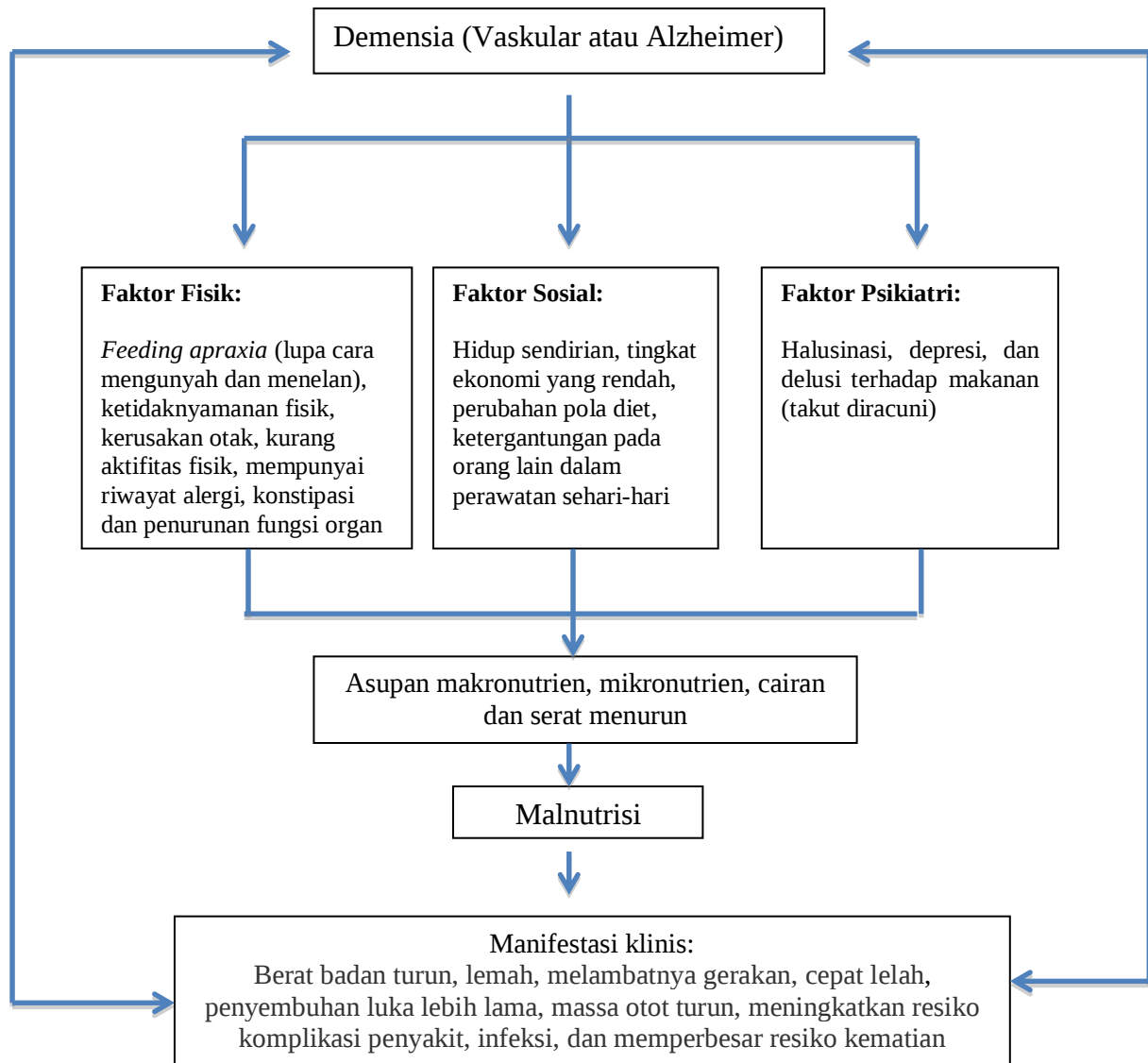
Penurunan berat badan dapat menjadi masalah bagi keluarga. Kelaparan dapat menyebabkan agitasi pada pasien demensia Alzheimer. Dokter atau anggota keluarga harus sistematis mengidentifikasi penyebab penurunan berat badan tersebut. Penting diperhatikan asupan makanan dan cairan yang cukup.^{10,11}

Berikut ini beberapa penyebab nafsu makan yang buruk pada demensia yang menyebabkan malnutrisi :^{12,13}

1. Depresi yang umumnya terjadi ketika seseorang mengetahui bahwa ia berada pada tahap awal demensia, biasanya mempengaruhi 20-30% pasien demensia.
2. Mengalami ketidaknyamanan fisik, misalnya masalah dengan gigi, gusi atau gigi palsu yang membuat makan menjadi tidak nyaman.
3. Kurang olahraga dan tidak melakukan kegiatan fisik sehingga tidak merasa lapar.

4. Mengalami kerusakan otak sehingga tidak dapat mengenali makanan dan minuman.
5. Kesulitan mengunyah dan menelan seiring dengan progresifitas demensia.
6. Perubahan selera makan.
7. Konstipasi.
8. Hidup sendirian sehingga mengalami kesulitan menyiapkan makanan.

Perubahan kebiasaan makan juga terjadi pada pasien demensia. Seiring dengan berlangsungnya progresifitas demensia, pasien mungkin akan memasukkan benda-benda yang bukan makanan ke dalam mulut, misalnya, serbet atau sabun.¹²



Gambar 2 Patofisiologi terjadinya malnutrisi pada pasien demensia^{9,11,12,13,14}

Stadium Malnutrisi pada Demensia

Menurut Stage M (2011), malnutrisi pada demensia dapat dibagi menjadi tiga stadium, yaitu :

1. Stadium Awal (*Early Stage*)

Pasien pada stadium ini masih dapat mempertahankan berat badannya. Masalah fisik seperti penyakit kanker, diabetes atau gangguan tiroid harus dipertimbangkan pada pasien yang kehilangan berat badan yang berat. Depresi umumnya terjadi pada stadium ini sehingga mengakibatkan penurunan berat badan sebagai akibat dari anoreksia. Selain itu, biasanya akan timbul gejala seperti masalah gigi, kesulitan menelan, dan nyeri perut yang menyebabkan pasien berhenti makan. Oleh karena itu harus diperhatikan asupan cairan, serat dan nutrisi yang cukup.¹⁰

2. Stadium Pertengahan (*Middle Stage*)

Pada stadium ini sering terjadi penurunan berat badan. Penurunan berat badan menyebabkan kelemahan otot, gampang jatuh, masalah kesehatan, dan komplikasi lain yang mengganggu kualitas hidup pasien dan menyulitkan penanganan. Demensia menyebabkan pasien mengalami penurunan berat badan karena tiga alasan yang berbeda :¹⁰

- a. Metabolik, yaitu pembakaran kalori dalam jumlah besar,
- b. Fisik atau mekanik, yaitu pasien tidak dapat mengkonsumsi cukup makanan,
- c. Psikiatrik, yaitu pasien tidak tertarik untuk makan.

Dokter harus hati-hati mengevaluasi pasien untuk menyingkirkan penyebab medis seperti kanker, diabetes, dan gangguan tiroid. Pasien demensia sering melakukan aktifitas fisik yang membutuhkan jumlah kalori yang besar seperti bergerak cepat dan berkeliling. Pasien demensia biasanya menggunakan lebih banyak kalori dibandingkan orang tua dengan fungsi kognitif yang masih baik.¹⁰

Pasien dengan gangguan psikiatrik sering mengalami delusi terhadap makanan

sehingga ia tidak mau makan karena takut keracunan. Pasien psikotik sering mengalami serangan saat jam makan, menolak untuk memasuki ruang makan atau sering meninggalkan meja sebelum selesai makan. Pasien psikotik dapat terganggu oleh kebisingan di ruang makan. Pasien depresi akan kehilangan nafsu makan dan berhenti makan. Pasien demensia juga dapat mengalami kehilangan kemampuan untuk mengenali makanan. Pasien Alzheimer bisa duduk di meja dan tidak makan kecuali peralatan makan ditempatkan di tangan mereka dan diarahkan untuk makan. Pasien yang mengalami *feeding apraxia*, sering lupa cara menggunakan peralatan makan. Pasien mungkin merasa lapar tapi lupa bagaimana cara memasukkan makanan ke dalam mulut. Kebanyakan rumah jompo melayani pasien dengan memberikan makanan dalam wadah plastik yang asing bagi orang tua yang biasa makan menggunakan piring di rumahnya. Penyakit pencernaan bisa sulit untuk didiagnosis pada pasien demensia.^{10,14}

Masalah gigi tiruan dapat menyebabkan malnutrisi, pasien sering salah memasang gigi palsu sehingga menyebabkan tidak bisa makan. Pasien dengan penyakit mulut seperti abses gigi mungkin tidak dapat menjelaskan keluhan mereka dan hanya berhenti makan. Penyakit orofaring seperti sariawan atau karsinoma juga dapat menyebabkan penurunan berat badan dan sering tidak terdeteksi karena ketidakmampuan pasien untuk berkomunikasi. Komunikasi yang buruk menyebabkan esophagitis, penyakit maag, divertikulitis atau masalah pencernaan lainnya menjadi terabaikan. Selera makan pada pasien demensia berubah seiring dengan peningkatan progresifitas penyakit. Banyak pasien menginginkan jenis makanan tertentu seperti permen dan jika tidak terpenuhi maka pasien menolak untuk makan.¹⁰

Pasien tunanetra dan tunarungu tidak dapat melihat ataupun mendengar petunjuk untuk makan. Pasien yang mengkonsumsi obat-

obatan seperti theophylline dapat mengalami penurunan nafsu makan. Setiap pasien memerlukan hidrasi yang memadai untuk menghindari rasa haus, menjaga kesehatan, mencegah konstipasi kronis dan menjamin kenyamanan. Hidrasi yang cukup pada pasien sangat penting untuk mempertahankan kesehatannya. Setiap pasien harus mendapat sekitar 2.000 cc atau 2 liter cairan per hari kecuali pada pasien yang dibatasi intake cairan atau mengalami gagal jantung kongestif. Dehidrasi pada pasien demensia akan berkontribusi terhadap masalah perilaku. Pasien dengan hidrasi yang baik lebih nyaman dan lebih mudah untuk ditangani.¹⁰

3. Stadium Akhir (*End Stage*)

Kebanyakan orang dengan demensia mengalami penurunan berat badan pada stadium ini. Berat badan dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, sehingga sulit bagi orang tua dengan malnutrisi untuk melawan infeksi. Hal ini juga dapat membuat pasien lebih sulit untuk mandiri, sehingga sangat bergantung pada keluarganya.¹¹

Pasien umumnya mengalami *feeding apraxia* (lupa bagaimana cara mengunyah atau menelan). *Feeding apraxia* terjadi secara perlahan. Pasien-pasien ini masih bisa menggigit. Kemampuan mekanik pasien menyerupai seorang anak kecil yang belum belajar makan makanan padat. Pasien dengan demensia stadium akhir kehilangan dorongan untuk makan. Saluran pencernaan tetap berfungsi pada pasien demensia meskipun terdapat ketidakmampuan mengkonsumsi zat makanan. Pasien stadium akhir ini juga beresiko mengalami aspirasi, yaitu menghirup makanan atau obstruksi mekanik saluran napas atas.^{10,11,12}

Penting untuk memastikan bahwa pasien dengan penyakit neurodegeneratif mendapatkan cukup makanan dan cairan. Mereka mungkin membutuhkan bantuan untuk dapat makan dan minum. Masalah dengan mengunyah dan menelan yang

umum terjadi pada stadium ini disebabkan oleh kelemahan otot dan refleks yang tidak lagi bekerja dengan baik. Masalah-masalah ini dapat menyebabkan seseorang tersedak saat makan. Dokter dapat merujuk pasien tersebut kepada ahli gizi agar dapat diberikan nasihat tentang diet khusus bila orang tersebut tidak dapat makan atau minum secara normal. Mereka dapat melakukan penilaian untuk melihat apakah pasien membutuhkan makanan atau cairan melalui selang makanan.^{11,15,16,17,18,19}

Tatalaksana Malnutrisi pada Demensia

Seseorang dengan demensia mungkin tidak lagi mengenali makanan di depan mata mereka. Mereka biasanya berjuang untuk menggunakan pisau dan garpu karena mengalami kesulitan koordinasi. Pasien mungkin sulit membuka mulut dan perlu diajarkan untuk melakukannya. Makanan menjadi sulit untuk dikunyah dan ditelan. Kesulitan tersebut bukanlah sesuatu yang disengaja, namun berhubungan dengan perubahan yang terjadi akibat dari penyakit demensia tersebut. Penanganan membutuhkan evaluasi yang tepat, terutama jika pasien itu sendiri sulit menemukan kata-kata untuk menjelaskan.^{12,18,20,21,22}

Berikut ini beberapa dukungan terhadap penderita demensia yang dapat dilakukan oleh keluarga saat makan dan minum untuk mencegah terjadinya malnutrisi:¹²

1. Saat makan harus santai dan tidak tergesa-gesa. Dibutuhkan banyak waktu dan dipastikan tidak ada gangguan seperti dari televisi atau kebisingan.
2. Jika pasien gelisah atau tertekan, jangan paksa mereka untuk makan atau minum. Tunggu sampai orang tersebut tenang sebelum menawarkan makanan dan minuman.
3. Pastikan bahwa pasien nyaman dan duduk tegak saat makan. Jika terbaring di tempat tidur, aturlah posisi yang baik sebelum menawarkan makanan dan minuman.

4. Berhati-hatilah ketika menawarkan makanan dan minuman yang panas karena beberapa penderita demensia kehilangan kemampuan untuk menilai suhu.
5. Jika pasien memiliki kesulitan menggunakan sendok dan garpu, bimbinglah tangan mereka ke mulut untuk mengingatkan cara makan.
6. Jika pasien sulit menggunakan alat makan, tawarkanlah makanan yang dapat dimakan tanpa pisau atau garpu. Makan dengan menggunakan jari akan lebih mudah bagi mereka yang mengalami gangguan koordinasi.
7. Berceritalah tentang makanan yang sedang dimakan untuk membantu mengingatkan mereka tentang selera dan rasa.

Pasien demensia harus menggunakan kacamata, gigi palsu dan alat bantu dengar saat makan. Pada pasien dengan gangguan penglihatan, makanan harus ditempatkan pada area yang masih dapat mereka jangkau. Pasien dengan *feeding apraxia*, makanan harus diberikan oleh keluarganya. Pasien dengan *apraxia* menelan harus diberikan makanan dengan konsistensi yang dapat mereka tolerir.¹⁰

Masalah medis seperti penyakit ulkus peptikum dan konstipasi kronis dapat diobati secara medis untuk mengurangi ketidaknyamanan pasien dan meningkatkan nafsu makan. Halusinasi, delusi dan depresi dapat diobati dengan memberikan obat-obatan psikotropika dengan dosis yang tepat. Pasien yang tidak dapat duduk lebih dari 15 menit untuk makan dapat diberikan makanan ringan antara waktu makan karena pasien sering merasa lapar akibat agitasi. Pasien stadium akhir memerlukan pemasangan selang makan atau G-tube untuk mempertahankan berat badan. Pasien yang tidak mampu menelan makanan atau merawat diri mungkin telah mengalami kerusakan saraf permanen dan fungsi kognitifnya tidak akan kembali sehingga perawatan untuk pasien tersebut harus diperlakukan seperti

orang-orang dengan kanker atau masalah medis terminal lain.^{8,10,16,17}

Antioksidan yang telah diteliti dan memberikan hasil yang cukup baik adalah alfa tokoferol (vitamin E). Pemberian vitamin E pada suatu penelitian dapat memperlambat progresifitas penyakit Alzheimer menjadi lebih berat. Vitamin E telah banyak digunakan sebagai terapi tambahan pada pasien dengan penyakit Alzheimer dan demensia tipe lain karena harganya murah dan dianggap aman. Berdasarkan hasil yang didapat pada beberapa studi epidemiologis, vitamin E dapat digunakan sebagai pencegahan primer demensia pada individu dengan fungsi kognitif normal.²³

Kesimpulan

Malnutrisi pada pasien demensia terjadi akibat asupan cairan, serat dan kalori yang tidak adekuat. Hal tersebut terjadi karena penurunan fungsi fisik organ, penurunan fungsi sosial dan factor psikiatrik. Diagnosa dini malnutrisi pada demensia sangat dibutuhkan guna mempertahankan massa tubuh yang memadai. Pencegahannya dapat dilakukan dengan pemberian asupan makronutrien (protein, karbohidrat dan lemak), mikronutrien (vitamin dan mineral), cairan dan serat dalam jumlah yang tepat. Dokter dapat merujuk pasien kepada ahli gizi agar dapat diberikan diet khusus bila pasien tidak dapat makan dan minum secara normal.

Daftar Pustaka

1. Mardjono M, Sidharta P. Kesadaran dan fungsi luhur, Dalam : Mardjono, M, Sidharta, P. Neurologi klinis dasar. Jakarta : PT. Dian Rakyat. 2008 : 211-212.
2. Medical disability advisor. Dementia definition. MD guidelines. 2013 : 1.
3. Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2004 . 351 : 56-57.
4. Alzheimer's Society. Infographic dementia 2013 The hidden voice of loneliness. Alzheimer's society UK. 2013.
5. Fadil H. Borazanci A. Haddou E. A. B. Yahyaoui M. Korniyuchuk, E. Jaffe, S. L., Minagar, A. Early onset of dementia.

- International Review of Neurobiology. 2009. 84 : 245-262.
6. Sadock, Benjamin James Sadock, Virginia Alcott. Dementia, Dalam : Sadock, Benjamin James Sadock, Virginia Alcott. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry (3rd ed.). Philadelphia: Wolters kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2008 . 52.
 7. Sari NK. Gangguan nutrisi pada usia lanjut, Dalam : Sudoyo AW, Alwi I dan Setiyohadi. Ilmu penyakit dalam jilid III. Jakarta : EGC. 2007. 1357.
 8. Brooke G. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. Am Fam Physician. 2002. 65 (4) : 640-651.
 9. Visvanathan R and Chapman IM. Undernutrition and anorexia in the older person. Gastroenterology clinics of North America. 2009. 38 (3) : 393-409.
 10. Stage M. Weight loss in dementia patient. Dementia education and training program. 2011 : 1-3.
 11. Buswell J. The later stages of dementia. Alzheimer's Society UK Leading the fight against dementia. 2012. 3.
 12. Coleman G. Eating and drinking. Alzheimer's society UK leading the fight against dementia. 2010 : 1-6.
 13. Calleo J, Stanley M. Anxiety disorder in later life differentiated diagnosis and treatment strategies. Psychiatric times. 2008 : 25 (8).
 14. Shub, Denis, Kunik, Mark E. Psychiatric comorbidity in persons with dementia assessment and treatment strategies. Psychiatric times. 2009 : 26 (4).
 15. Sampson EL. Candy B. Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2009 (2) : CD007209.
 16. Lleó A, Greenberg SM, Growdon JH. Current pharmacotherapy for Alzheimer's disease. Annu. Rev. Med. 2006. 57 : 513-33.
 17. Puisieux F, dkk. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. Pub Med US national library of medicine national institutes of health. 2011. 28 (8) : e76-93.
 18. Wellman, N.S; Weddle, D.O, Kranz, S, Brain, C.T. Elder insecurities: poverty, hunger, and malnutrition". Journal of the American dietetic association. 1997. 97 (10) : S120-S122.
 19. Saka, Bulent, Kaya, Omer, Ozturk, Gulistan Bahat, Erten, Nilgun, Karan, M. Akif. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clinical nutrition. 2010. 29 (6) : 745-748.
 20. Bolin T. Bare M. Caplan G. Daniells S. Holyday, M. Malabsorption may contribute to malnutrition in the elderly. 2010. 26 (7-8) : 852-853.
 21. Mamhidir, Anna-Greta, Kihlgren, Mona, Soerlie, Venke. Malnutrition in elder care: qualitative analysis of ethical perceptions of politicians and civil servants. BMC medical ethics. 2010. 11.
 22. Volkert, Dorothee. Malnutrition in the elderly-prevalence, causes and corrective strategies. Clinical Nutrition. 2002. 21 : 110-112.
 23. Rochmah W. Harimurti K. Demensia, Dalam : Sudoyo AW. Alwi I dan Setiyohadi. Ilmu Penyakit Dalam Jilid III. Jakarta: Penerbit EGC. 2007. 136.