



Problema Malnutrisi di Rumah Sakit

Hertanto Wahyu Subagio, Niken Puruhita, Annta Kern

Bagian/KSM Gizi Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP Dr. Kariadi Semarang

Abstrak

Malnutrisi di rumah sakit merupakan hal penting yang seringkali terlewatkan pada penanganan pasien. Prevalensi yang sangat tinggi, komplikasi yang bervariasi tingginya mortalitas dan biaya yang harus ditanggung akibat malnutrisi mengharuskan penanganan yang bersifat multidisiplin dan terintegrasi pada pasien dengan malnutrisi atau berisiko malnutrisi. Kendala yang dihadapi pada penatalaksanaan pasien malnutrisi di rumah sakit adalah belum tersedianya protokol atau kurangnya komunikasi antar pengelola pasien baik dokter termasuk dokter spesialis gizi, ahli gizi, perawat maupun ahli farmasi. Pembentukan tim terapi gizi diharapkan dapat mengatasi masalah gizi di rumah sakit dan mendukung terapi medis dokter penanggung jawab pasien.

Kata kunci : malnutrisi di rumah sakit, terapi gizi, tim terapi gizi

Hospital malnutrition

Abstract

Hospital malnutrition is an important but frequently overlooked during the course of therapy. An obvious high prevalence, various complications, higher mortality and health care cost due to hospital malnutrition enforce a multidiscipline and integrative approach for malnourished patients or those who are at risk for hospital malnutrition. Some obstacles found during nutrition care for malnourished patients are availability of protocols and lack of communication amongst doctors, nurses, dietitians and pharmacists. The presence of Nutrition Support Team (NST) may be able to overcome malnutrition in the hospital and thus support the care of patients.

Keywords : hospital malnutrition, nutrition therapy, nutrition support team

PENDAHULUAN

Perhatian pada masalah malnutrisi yang terjadi pada pasien rawat inap dimulai sejak tahun 1974, semenjak dimuatnya artikel dalam *Nutrition Today* yang ditulis oleh Charles Butterworth, Jr dengan judul "*The Skeleton in the Hospital Closet*". Dalam artikel tersebut, Butterworth menunjukkan berbagai contoh kekeliruan dalam menangani pasien, sebagai akibat kurang dipertimbangkannya aspek gizi pasien.¹ Malnutrisi pada pasien yang dirawat di rumah sakit terjadi baik di negara miskin maupun di negara maju.

Prevalensi malnutrisi rumah sakit di berbagai belahan dunia sangat tinggi.^{2,3} Berbagai penelitian yang dilakukan di seluruh dunia, melaporkan 13–69% dari pasien rawat inap mengalami malnutrisi. Berdasar pada pemeriksaan antropometri, prevalensi malnutrisi di rumah sakit bisa mencapai angka 50%. Prevalensi malnutrisi di rumah sakit pada anak-anak sedikit lebih rendah dengan kisaran antara 6–32%. Apabila parameter laboratorium dilibatkan, seperti kadar albumin atau

hematokrit maka prevalensi bisa menjadi jauh lebih tinggi.^{4,5} Data yang didapatkan dari RSCM Jakarta bahwa prevalensi malnutrisi pada pasien bedah digestif sebesar 45,9% pada tahun 2009, sedangkan data di RSHS Bandung 71,8% pasien rawat inap mengalami malnutrisi. Di RS Kariadi Semarang berdasarkan hasil skrining gizi menggunakan SGA didapatkan 47% pasien berada pada kondisi malnutrisi berat. Tentu saja hal ini akan menimbulkan berbagai macam komplikasi yang nantinya dapat meningkatkan pembiayaan serta meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas.

Konsekuensi malnutrisi pada pasien di RS

Malnutrisi biasanya dikaitkan dengan komplikasi infeksi maupun non infeksi, lamanya masa tinggal di rumah sakit, tingginya angka readmisi dan peningkatan morbiditas serta mortalitas.^{2,3} Dari berbagai penelitian yang lebih baru didapatkan sekurangnya 1/3 (sepertiga) pasien telah menderita malnutrisi saat admisi ke rumah sakit. Bila tak mendapat perhatian maka dua pertiga

sisanya akan mengalami penurunan status gizi selama perawatan, sebagai akibat adanya efek samping pengobatan, hilangnya nafsu makan, problema gastrointestinal yang dialami dan berbagai pembatasan makan terkait dengan penegakan diagnosis.⁷⁻⁹ Sekitar 38% pasien yang pada saat admisi tidak mengalami malnutrisi, dapat mengalami penurunan status gizi selama tinggal di rumah sakit.¹⁰ Baik pasien yang telah menderita malnutrisi saat admisi, maupun yang menjadi malnutrisi selama perawatan akan mengalami rawat inap yang lebih panjang dan biaya pengobatan yang lebih besar. Pada kelompok khusus yaitu pasien geriatri, risiko malnutrisi selama perawatan lebih besar apalagi yang menderita penyakit kronis dan penyakit penyerta, seperti kanker dan kardiovaskuler. Depresi, perasaan kehilangan dan hidup sendiri merupakan penambah besar risiko malnutrisi pada pasien lanjut usia.¹¹⁻¹³

Luaran dan akibat malnutrisi di rumah sakit telah banyak diteliti dan hasilnya menunjukkan bahwa malnutrisi memberikan beban pembiayaan yang signifikan pada sistem pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit. Malnutrisi pada pasien bedah mempunyai risiko infeksi 2-3 kali untuk mengalami infeksi pasca bedah dibanding pasien yang tidak mengalami malnutrisi. Pasien rawat inap yang mengalami malnutrisi mempunyai risiko dua kali lipat untuk mendapatkan '*pressure ulcer*'.^{14,15} Peningkatan risiko infeksi dan '*pressure ulcer*' dapat memperlama masa rawat di rumah sakit dan menambah beban biaya. Malnutrisi ternyata berkorelasi positif dengan lama perawatan di rumah sakit, angka readmisi, biaya pengobatan dan mortalitas pasien.¹⁶ Evaluasi data *Healthcare Cost and Utilization Project* (HCUP) di AS pada tahun 2010 mendapatkan fakta bahwa pasien dengan malnutrisi rata-rata mengalami rawat inap sekitar 12,6 hari, sementara rerata lama rawat inap pasien tanpa malnutrisi hanya 4,4 hari. Malnutrisi berpotensi meningkatkan biaya sekurangnya 3 (tiga) kali lipat biaya perawatan.¹⁷

Dari sudut pandang lain, berbagai penelitian menunjukkan bahwa penanganan malnutrisi di rumah sakit menghasilkan luaran (*outcome*) yang lebih baik dibandingkan tanpa penanganan malnutrisi secara serius. Luaran-luaran tersebut antara lain adalah penurunan insiden '*pressure ulcers*' sampai 25%, penurunan komplikasi secara keseluruhan, pengurangan rerata masa rawat sekitar 2 hari, penurunan kejadian readmisi sebesar 28%, penurunan mortalitas dan peningkatan kualitas hidup pasien.¹⁸⁻²²

Kendala yang dihadapi pada penanganan masalah malnutrisi di rumah sakit

Tingginya prevalensi malnutrisi di rumah sakit harus disikapi secara cermat dan tepat mengingat dampak negatif yang ditimbulkan. Hasil dari berbagai studi

tersebut memperjelas bahwa peningkatan perhatian pada penanganan masalah malnutrisi di rumah sakit seharusnya merupakan prioritas. Tahap skrining untuk mengidentifikasi malnutrisi atau risiko pasien menderita malnutrisi saat admisi serta pemberian terapi pada malnutrisi yang diderita pasien dalam perawatan merupakan strategi yang '*low-cost*' dan efektif dalam meningkatkan luaran pasien (komplikasi, readmisi dan mortalitas).

Sekalipun sudah menyadari arti penting masalah malnutrisi di rumah sakit, tetap saja dalam berbagai studi ditemukan berbagai hambatan dalam penyelenggaraan penanganan malnutrisi di rumah sakit. Studi yang dilakukan di Taiwan dan Kanada melaporkan bahwa hanya sebagian kecil staf rumah sakit yang dapat mengidentifikasi keadaan malnutrisi pada pasien rawat inap.⁶ Skrining saat admisi yang tidak teliti masih sering ditemui, berakibat munculnya kasus malnutrisi yang tak teridentifikasi yang pada gilirannya berakibat tidak mendapatkan terapi yang adekuat. Pelaksanaan skrining gizi yang belum dilakukan dengan baik ini biasanya terkait ketersediaan tenaga terdidik di bidang gizi yang belum mencukupi, kurang dilibatkannya perawat (yang merupakan petugas di lini terdepan dalam pelayanan) dalam pelayanan gizi atau belum tersedianya protokol skrining di rumah sakit.^{23,24} Kendala lain yang terjadi adalah kurangnya komunikasi antara tenaga medis (antara DPJP utama dengan DPJP lain), antara dokter dengan perawat dan antara dokter dengan ahli gizi.⁶ Terapi gizi sering pula terlambat diberikan sebagai akibat konsultasi yang terlambat dari dokter penanggung jawab pelayanan.²⁵

Berbagai protokol yang berkait dengan alur skrining dan assesmen gizi pasien, alur penanganan pasien yang memasukkan gizi dalam salah satu point tatalaksana pasien di rumah sakit, konsultasi gizi, tata cara pemesanan diet, distribusi makanan dan monitoring evaluasi gizi dibutuhkan untuk memperlancar proses terapi gizi di rumah sakit. Namun sampai saat ini belum semua rumah sakit memiliki protokol-protokol yang terkait skrining dan assesmen gizi. Sebagai akibatnya skrining gizi belum dapat dilaksanakan secara rutin, tidak semua pasien mendapatkan terapi gizi dan rekomendasi diet rata-rata hanya terimplementasi pada 42% kasus.²⁶ Di bagian akhir pelayanan, saat pasien mengkonsumsi makanan, ternyata tidak luput dari masalah. Sebagian besar pasien tak bisa makan sendiri tanpa bantuan. Tak tersedianya tenaga yang khusus memberikan pelayanan tersebut, sementara perawat juga mempunyai tugas lain, menyebabkan lebih dari separuh pasien tak menghabiskan makanannya.²⁷

Tim multidisiplin pada penanganan masalah gizi di rumah sakit

Terapi gizi adalah suatu bentuk pelayanan yang terdiri

dari pelayanan gizi klinik yang merupakan bagian dari pelayanan medis dan asuhan gizi yang mencakup asesmen, penyediaan makan sampai dengan monitoring dan evaluasi gizi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Weinsier dan Hasel memperlihatkan adanya penurunan angka kematian sebesar 23%, penurunan lama rawat sebesar 11,6% dan penurunan readmisi sebesar 43% pada pasien rawat inap yang mendapatkan terapi gizi oleh suatu tim terpadu. Penelitian Isenring juga memperlihatkan bahwa pasien kanker yang mendapatkan radioterapi dan terapi gizi oleh tim terpadu sedikit yang mengalami penurunan berat badan dan penurunan status gizi.⁶

Tim terpadu yang memberikan terapi gizi pada pasien rawat inap dengan malnutrisi terdiri dari dokter spesialis gizi, dietisien, perawat dan ahli farmasi klinis. Masing-masing anggota tim mempunyai tugas sendiri yang tujuan utamanya adalah memberikan terapi gizi sehingga kejadian malnutrisi di rumah sakit dapat dicegah atau dikurangi.

Tim terapi gizi di rumah sakit bertugas sejak dilakukannya skrining gizi. Skrining gizi dapat dilakukan oleh perawat yang sudah mendapatkan pelatihan melakukan skrining gizi. Pasien dengan hasil skrining malnutrisi dilakukan pengelolaan lanjut oleh tim terapi gizi. Asesmen lanjut dimulai dengan anamnesis yang dilakukan oleh dokter spesialis gizi dan dietisien. Pemeriksaan fisik dan klinis, interpretasi hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya, penetapan diagnosis gizi, terapi gizi dan preskripsi gizi dilakukan oleh dokter spesialis gizi. Dietisien melakukan analisis asupan makan dan penyediaan makanan, sedangkan perawat melakukan pemantauan tanda vital, keseimbangan cairan serta perkembangan penyakit dan keluhan pasien terkait terapi gizi. Diskusi dan koordinasi antar anggota tim terapi gizi dapat dilakukan untuk mengoptimalkan hasil terapi gizi. Hasil asesmen dan terapi gizi oleh tim terapi gizi ini dilaporkan kepada dokter penanggung jawab pasien sebagai masukan dan bahan pertimbangan terapi secara keseluruhan. Keberadaan tim terapi gizi diharapkan dapat mengatasi problema malnutrisi di rumah sakit dan mendukung terapi dokter penanggung jawab pasien.²⁸

Komitmen rumah sakit yang lebih jelas pada penanganan malnutrisi pasien, komunikasi antara manajemen rumah sakit dengan klinisi, komunikasi antar klinisi pemberi pelayanan pada pasien, komunikasi antara klinisi dengan penyedia makanan dan ketersediaan berbagai protokol menjadi hal-hal yang penting untuk diupayakan agar pelayanan gizi pada pasien di rumah sakit dapat terselenggara dengan baik.²⁷

SIMPULAN

Sampai saat ini prevalensi malnutrisi di rumah sakit masih tinggi baik pada pasien dewasa maupun anak-

anak. Tingginya angka malnutrisi di rumah sakit menyebabkan peningkatan lama masa rawat, peningkatan angka infeksi, peningkatan angka kematian, peningkatan readmisi dan peningkatan pembiayaan perawatan di rumah sakit. Terapi gizi harus dilakukan untuk mengatasi/mencegah malnutrisi di rumah sakit sehingga berbagai kejadian akibat malnutrisi di rumah sakit dapat diturunkan. Berbagai kendala untuk mengatasi/menurunkan angka malnutrisi di rumah sakit masih banyak dijumpai. Diperlukan komitmen dari berbagai pihak untuk mengatasi hal tersebut. Langkah awal yang dilakukan adalah menyediakan protokol yang diperlukan untuk melaksanakan terapi gizi. Selanjutnya perlu dibentuk tim terapi gizi yang bertugas melakukan skrining gizi, assesmen gizi, terapi gizi, penyediaan preskripsi gizi serta monitoring evaluasi gizi. Kunci akhir dari upaya untuk mengatasi malnutrisi di rumah sakit adalah kerjasama dan komunikasi yang baik antara dokter penanggung jawab pasien, dokter lain yang terkait, perawat dan dietisien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Butterworth C. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today*. 1974;9(2):4-8.
2. Fuchs V, Mostkoff D, Salmeán GG, Amancio O. Nutritional status in hospitalized patients in a public hospital in Mexico City. *Nutr Hosp*. 2008;23:294-303.
3. Joosten KF, Hulst JM. Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20:590-6.
4. Hendricks KM, Duggan C, Gallagher L, Carlin AC, Richardson DS, Collier SB et al. Malnutrition in hospitalized pediatric patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:1118-22.
5. Planas M, Audivert S, Pérez-Portabella C, Burgos R, Puig-grós C, Casanelles JM et al. Nutritional status among adult patients admitted to a university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clin Nutr*. 2004;23:1016-24.
6. Nurparida, IS; DH, Dewi M; Arisanti, N. Peran Tim Terapi Gizi Dalam Mengatasi Malnutrisi Pasien Selama dirawat di Rumah Sakit: Suatu Kajian Literatur.
7. Coats KG, Morgan SL, Bartolucci AA, Weinsier RL. Hospital-associated malnutrition: a reevaluation. *J Am Diet Assoc*. 1992;93:27-33.
8. Giner M et al. In 1995 a correlation between malnutrition and poor outcome in critically ill patients still exists. *Nutrition*. 1996;12:23-29.
9. Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, Conright KC, Lewis C, Tariq S, et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr*. 2002;75:308-313.
10. Braunschweig C, Gomez S, Sheean PM. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days. *J Am Diet Assoc*. 2000;100:1316-1322.
11. Furman, E.F. Undernutrition in older adults across the continuum of care. *J Gerontol Nurs*. 2006;32(1):22-27.
12. Wells JL, Dumbrell AC. Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly adults. *Clin Interv Aging*. 2006;1(1):67-79.
13. Maher D, Eliadi C. Malnutrition in the elderly: an unrecognized health issue. *Journal of Nursing*. Available at <http://rnjournal.com/journal-of-nursing/malnutrition-in-the-elderly-an-unrecognized-health-issue>.
14. Banks M, et al. Malnutrition and pressure ulcer risks in adults in

- Australian health care facilities. *Nutrition*. 2010;26:896-901.
15. Fry DE, Pine M, Jones BL, Meimban RJ. Patient characteristics and the occurrence of never events. *Arch Surg*. 2010;145:148-151.
 16. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8:514-527.
 17. Corkins MR, Guenter R, Di-Maria-Ghalili RA, et al. Malnutrition diagnoses in hospitalized patients: United States, 2010. *JPEN*. 2014;38:186-195.
 18. Davidson W, Ash S, Capra S, Bauer J. Weight stabilisation is associated with improved survival duration and quality of life in unresectable pancreatic cancer. *Clin Nutr*. 2004;23:239-247.
 19. Moses AW, Slater C, Preston T, et al. Reduced total energy expenditure and physical activity in cachectic patients with pancreatic cancer can be modulated by an energy and protein dense oral supplement enriched with n-3 fatty acids. *Br J Cancer*. 2004;90:996-1002.
 20. Payette H, Boutier V, Coulombe C, Gray-Donald K: Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: A prospective randomized community trial. *J Am Diet Assoc*. 2002;102:1088-1095.
 21. Isenring EA, Capra S, Bauer JD. Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*. 2004;91:447-452.
 22. Beattie AH, Prach AT, Baxter JP, Pennington CR. A randomised controlled trial evaluation the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients. *Gut*. 2000;46:813-818.
 23. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Lamone AM, Fanjiang G, Zeigler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address hospital malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013;37(4):482-497.
 24. Willard C, Luker K. Working with the team: strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):716-724.
 25. Somanchi M, Tao X, Mullin GE. The facilitated early enteral and dietary management effectiveness trial in hospitalized patients with malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2011;35:209-216.
 26. Skipper A, Young M, Rotman N, Nagl H. Physicians' implementation of dietitians' recommendations: a study of the effectiveness of dietitians. *J Am Diet Assoc*. 1994;94:45-49.
 27. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the Nutrition Day survey 2006. *Clin Nutr*. 2009;28:484-491.
 28. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedomannya Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di Rumah Sakit. 2009:7-16.