

# Gangguan depresi berhubungan dengan status gizi pasien psikogeriatri di RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat, Malang

**Depression disorder had association with nutritional status of psychogeriatric patients at DR. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital, Malang**

Wawan Agung Prasetyo<sup>1</sup>, Probosuseno<sup>2</sup>, Sumarni<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Nutritional problem in psychogeriatric patients has not got much attention in geriatric psychiatry. However, malnutrition is likely to have a major impact on mental and physical condition of the elderly. In patients with depression, nutritional problems have a major contribution in determining food intake and nutrient of elderly, because depression can cause loss of appetite which impact on the nutritional status of elderly.

**Objectives:** To determine the association between depression with nutritional status of geriatric psychiatry patients at DR. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital, Lawang District of Malang.

**Methods:** This was an observational study with cross sectional design. Subjects were geriatric psychiatry inpatients at Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital Lawang District of Malang. Depression status was assessed using the short form of the geriatric depression scale (GDS-15). Food intake were collected using plate waste (visual comstock methods) and 24 hours food recall methods. Nutritional status was assessed using the mini nutritional assessment-Taiwan version-1 (MNA-T1). The data was analysed by univariate, bivariate, and multivariate.

**Results:** Out of total subject of the study (52 people), 53.9% were depressed and 50% were malnourished. Dominant factor that affect nutritional status was moderate depression (OR=11.14). Bivariate analysis showed that there was a significant association between functional status, energy intake, and protein intake with nutritional status. There was not significantly association between energy intake and protein intake with depression status. There was a significant association between depression status and nutritional status of geriatric psychiatry patients (OR=11.14, 95% CI:1.7-73.14).

**Conclusions:** There was a significant association between depression status and nutritional status.

**KEYWORDS:** depression status, geriatric psychiatric, nutritional status

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Masalah gizi pada pasien psikogeriatri kurang mendapat perhatian dalam penelitian psikiatri geriatri, padahal malnutrisi cenderung memiliki dampak yang besar terhadap kondisi mental dan fisik pada lansia. Pada pasien depresi, masalah gizi mempunyai kontribusi yang besar dalam menentukan asupan makanan dan zat gizi lansia karena depresi dapat menyebabkan kehilangan nafsu makan yang berdampak pada penurunan status gizi lansia.

**Tujuan:** Mengetahui hubungan antara gangguan depresi dengan status gizi pasien psikogeriatri di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, Lawang, Malang.

**Metode:** Penelitian ini bersifat observasional dengan rancangan cross sectional. Subjek penelitian ini adalah pasien psikogeriatri di ruang rawat inap psikogeriatri RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Data status depresi diukur dengan geriatric depression scale-15 (GDS-15). Data asupan zat gizi menggunakan

<sup>1</sup>Instalasi Gizi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Malang, e-mail: w2nrsj@yahoo.co.id

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Penyakit Dalam, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Jalan Kesehatan, Yogyakarta

<sup>3</sup>Bagian Psikiatri, RSUP Dr. Sardjito, Jalan Kesehatan, Yogyakarta

metode visual Comstock dan recall 24 jam. Data status gizi ditentukan berdasarkan (MNA-T1). Data dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat.

**Hasil:** Dari total subjek penelitian (52 orang), sebesar 53,9% mengalami depresi dan sebesar 50% mengalami malnutrisi. Faktor yang paling dominan mempengaruhi status gizi adalah status depresi sedang (OR=11,14). Hasil uji bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status fungsional, asupan energi, asupan protein, dan status depresi dengan status gizi. Hasil uji multivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara status depresi dengan status gizi (OR=11,14, 95% CI:1,7-73,14).

**Kesimpulan:** Ada hubungan signifikan antara status depresi dengan status gizi pada pasien psikogeriatri.

**KATA KUNCI:** status depresi, pasien psikogeriatri, status gizi

## PENDAHULUAN

Masalah *psychogeriatric* di Indonesia meningkat karena usia harapan hidup lebih tinggi dan semakin banyak orang tua. Diperkirakan Indonesia memiliki 16 juta orang lanjut usia (7%) pada tahun 2000 dan akan meningkat (14%) pada tahun 2020. Indonesia memiliki penduduk yang paling cepat berkembang dari usia tua di dunia (414%) pada periode 1990-2025. Hal yang perlu mendapat perhatian juga adalah malnutrisi (gizi kurang, defisiensi) yang sering menimpa lansia tanpa disadari (1,2).

Masalah gizi pada pasien psikogeriatri sedikit mendapat perhatian dalam penelitian psikiatri geriatri, padahal malnutrisi cenderung memiliki dampak yang besar terhadap kondisi mental dan fisik para lansia (3). Berdasarkan penelitian pada tahun 1981 pada pasien psikogeriatri diketahui bahwa 30% pasien *psychogeriatric* berstatus kekurangan energi protein dan 4% berstatus obesitas (4). Berdasarkan data status gizi (IMT) pasien psikogeriatri di ruang rawat inap psikogeriatri Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang pada bulan Januari hingga Agustus 2012 didapatkan status gizi kurang 42% dan status gizi lebih 4%. Lansia dengan depresi berisiko sangat tinggi mengalami malnutrisi (5,6,7). Penelitian pada lansia di rumah sakit menunjukkan bahwa depresi meningkatkan risiko status gizi kurang dan status gizi kurang memiliki skor depresi yang lebih tinggi (OR=2,23) (7). Perubahan asupan makan adalah gejala depresi yang menyebabkan penurunan berat badan dan malnutrisi pada lansia (8). Akibatnya, lansia kehilangan nafsu makan yang berdampak pada penurunan status gizi lansia (9).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status depresi dengan status gizi pasien psikogeriatri di ruang rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini bersifat observasional kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Rawat Inap Psikogeriatri RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Kabupaten Malang pada bulan Januari hingga Maret 2013. Populasi penelitian ini adalah pasien psikogeriatri baru dan dirawat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Kabupaten Malang. Subjek penelitian adalah pasien yang memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien psikogeriatri dengan gangguan jiwa non-psikotik, usia  $\geq 60$  tahun, kooperatif, dan dapat berkomunikasi dengan baik, serta bersedia menjadi subjek penelitian dan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi adalah pasien dengan gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penyakit kronis, cacat fisik, dan demensia dengan melihat catatan rekam medis. Subjek penelitian yaitu pasien psikogeriatri yang memenuhi kriteria inklusi sebesar 52 orang. Variabel bebas penelitian ini adalah status depresi, variabel antara adalah asupan zat gizi, dan variabel terikat adalah status gizi. Variabel perancu adalah status fungsional, fungsi kognitif. Variabel luar adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status tinggal, dan status pernikahan.

Data karakteristik subjek penelitian meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan status tinggal didapatkan dengan

cara melakukan wawancara atau diperoleh dari rekam medis. Data antropometri dengan cara melakukan penimbangan berat badan, lingkaran lengan atas (LILA), lingkaran betis, tinggi badan atau panjang depa (PD).

Data asupan zat gizi diperoleh dari metode *visual Comstock* untuk makanan yang disediakan rumah sakit dan metode *recall 24 jam* digunakan untuk mengestimasi rata-rata asupan makanan dari luar rumah sakit. Asupan energi dan protein dikategorikan menjadi 2 berdasarkan kebutuhan individu, yaitu cukup (asupan  $\geq 90\%$  dari kebutuhan), dan kurang (asupan  $< 90\%$  kebutuhan). Data status gizi diperoleh dari wawancara dan observasi dengan menggunakan formulir *mini nutritional assessment (Taiwan version-1, MNA-T1)*. Selanjutnya dikategorikan menjadi skor 24-30 (normal), skor 17-23,5 (berisiko malnutrisi), skor  $< 17$  (status gizi kurang) (10,11,12). Data status depresi diukur dengan menggunakan formulir GDS-15. Kriteria depresi jika skor 0-4 (normal), skor 5-8 (depresi ringan), skor 9-11 (depresi sedang) dan skor 12-15 (depresi berat) (13). Data status kognitif diukur dengan menggunakan formulir *short portable mental status questionnaire (SPMSQ)* yaitu dengan cara melakukan wawancara dan observasi langsung pada subjek penelitian dengan kriteria fungsi kognitif normal (skor  $\leq 2$  kesalahan), dan gangguan fungsi kognitif (skor 3-10 kesalahan). Data status fungsional diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan formulir *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)* dan dikategorikan mandiri (skor  $> 4$ ) dan ketergantungan (skor 0-4) (14).

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu 2 orang enumerator (ahli gizi dengan pendidikan S1 Gizi) yang sudah dilatih sebelumnya. Analisis zat gizi diolah dengan program *Nutrisurvey*. Data yang diperoleh selanjutnya diuji statistik bivariat menggunakan uji *chi-square* dan dilanjutkan dengan uji statistik multivariat. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan nomor Ref: KE/FK.135/EC tahun 2013.

## HASIL

Jumlah subjek penelitian, baik laki-laki maupun perempuan sama besarnya 26 orang (50%). Sebagian besar subjek berumur 60-69 tahun yaitu sebanyak 45 orang (86,5%), dan berpendidikan SD/ tidak sekolah sebanyak 30 orang (57,7%), berstatus tidak bekerja yaitu 36 orang (69,2%), dan berstatus menikah 21 orang (40,3%). Subjek paling banyak hidup bersama keluarga yaitu 33 orang (63,5%), mengalami gangguan kognitif sebesar 27 orang (51,9%), dan status fungsional paling banyak 36 orang (69,2%) melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Asupan energi dan protein sebagian besar tergolong cukup, masing-masing 43 orang (82,7%) dan 47 orang (90,4%). Dari 52 orang yang diteliti, sebagian besar mengalami depresi ringan yaitu 16 orang (30,8%).

Hasil analisis statistik (**Tabel 1**) antara karakteristik subjek dengan status gizi pada subjek penelitian tidak membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia, pendidikan, status pekerjaan, status perkawinan, status tinggal, dan status kognitif dengan status gizi ( $p > 0,05$ ). Karakteristik subjek penelitian yang mempunyai hubungan signifikan dengan status gizi adalah variabel status fungsional, asupan energi, asupan protein, dan status depresi ( $p < 0,05$ ).

Hasil uji statistik (**Tabel 2**) menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status depresi dengan asupan energi dan asupan protein ( $p > 0,05$ ).

Dari hasil analisis multivariat (**Tabel 3**) menunjukkan variabel yang berhubungan dengan status gizi adalah variabel status depresi (normal, ringan, sedang). Variabel asupan energi, asupan protein, status kognitif, dan status fungsional sebagai variabel *confounding*. **Tabel 3** menunjukkan hasil regresi logistik ganda, untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan status gizi. Dalam hal ini, depresi merupakan faktor yang paling berhubungan dengan status gizi yang dibuktikan dengan nilai OR sebesar 11,14 yang berarti subjek yang mengalami depresi sedang+berat memiliki kemungkinan 11,14 kali lebih besar mengalami malnutrisi dibandingkan dengan subjek yang tidak depresi. Hal ini menunjukkan bahwa subjek yang depresi cenderung mengalami malnutrisi.

Tabel 1. Hubungan karakteristik subjek penelitian

Variabel	Status gizi			Jumlah n (%)	p
	Malnutrisi n (%)	Berisiko malnutrisi n (%)	Normal n (%)		
Jenis kelamin					
Laki-laki	3 (11,5)	11 (42,3)	12 (46,2)	26 (100)	0,838
Perempuan	3 (11,5)	9 (34,6)	14 (53,9)	26 (100)	
Usia (tahun)					
60 - 69	4 (8,9)	17 (37,8)	23 (55,6)	45 (100)	1,000*
≥70	1 (14,2)	3 (42,9)	3 (42,9)	7 (100)	
Pendidikan					
<9 tahun	5 (16,7)	11 (36,7)	14 (46,6)	30 (100)	0,400
≥9 tahun	1(4,6)	9 (40,9)	12 (54,5)	22 (100)	
Status pekerjaan					
Tidak bekerja	4 (11,1)	14 (38,9)	18 (50,0)	36 (100)	0,894
Pensiunan	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	5 (100)	
Wiraswasta	1 (9,0)	5 (45,5)	5 (45,5)	11 (100)	
Status perkawinan					
Tidak menikah	3 (18,8)	6 (37,5)	7 (43,7)	16 (100)	0,861
Menikah	2 (9,5)	8 (38,1)	11(52,4)	21 (100)	
Janda/duda	1 (6,7)	6 (40,0)	8 (53,3)	15 (100)	
Status tempat tinggal					
Sendiri	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100)	0,509
Bersama keluarga	4 (12,1)	10 (30,3)	19 (57,6)	33 (100)	
Panti sosial	2 (13,3)	8 (53,3)	5 (33,3)	15 (100)	
Status kognitif					
Gangguan kognitif	4 (14,8)	12 (44,4)	11 (37,9)	29 (100)	0,366
Normal	2 (8,7)	6 (26,1)	15 (65,2)	23 (100)	
Status fungsional					
Ketergantungan	4 (25,0)	8 (50,0)	4 (25,0)	16 (100)	0,026
Mandiri	2 (5,6)	12 (33,3)	22 (61,1)	36 (100)	
Asupan energi (kkal)					
Kurang	3 (33,3)	4 (44,5)	2 (22,2)	9 (100)	0,044
Cukup	3 (7,0)	16 (37,2)	24 (55,8)	43 (100)	
Asupan protein (kkal)					
Kurang	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5 (100)	0,002
Cukup	3 (6,4)	19 (40,4)	25 (53,2)	47 (100)	
Status depresi					
Berat	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100)	0,005
Sedang	0 (0,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (100)	
Ringan	5 (31,2)	7 (43,8)	4 (25,0)	16 (100)	
Normal	1 (4,2)	5 (20,8)	18 (75,0)	24 (100)	

\* Signifikan ( $p < 0,05$ )

## BAHASAN

### Hubungan karakteristik subjek dengan status gizi

Dalam penelitian ini, tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan status gizi ( $p > 0,05$ ). Hasil analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin baik laki-laki

maupun perempuan tidak ada perbedaan dalam jumlahnya. Hasil ini berbeda dengan penelitian di Jakarta tahun 2002 yang menjelaskan bahwa jenis kelamin laki-laki mempunyai kecenderungan 6 kali ( $OR=6,649$ ) lebih baik status gizinya dibandingkan dengan perempuan pada umur lebih dari 60 tahun (15). Selain itu faktor lain yang juga menentukan status gizi adalah kurangnya pengetahuan mengenai

**Tabel 2. Hubungan status depresi dengan asupan zat gizi pada pasien psikogeriatri**

Status depresi	Asupan energi		p
	Kurang n (%)	Cukup n (%)	
Berat	0 (0,0)	1 (100,0)	0,394
Sedang	3 (27,3)	8 (72,7)	
Ringan	4 (25,0)	12 (75,0)	
Normal	2 (8,3)	22 (91,7)	
	Asupan protein		p
	Kurang n (%)	Cukup n (%)	
Berat	0 (0,0)	1 (100,0)	0,958
Sedang	1 (9,1)	10 (90,9)	
Ringan	2 (14,3)	12 (85,7)	
Normal	2 (7,7)	24 (92,3)	

**Tabel 3. Analisis multivariat faktor yang mempengaruhi status gizi**

Variabel	OR	95% CI	p
Asupan energi			
Kurang	2,16	0,27–17,42	0,469
Cukup			
Asupan protein			
Kurang	4,94	0,25–97,81	0,294
Cukup			
Status kognitif			
Gangguan kognitif	3,73	0,79–17,53	0,095
Normal			
Status fungsional			
Ketergantungan	2,93	0,57–14,96	0,197
Mandiri			
Depresi			
Sedang	11,14	1,70–73,14	0,012
Ringan	10,65	1,83–61,95	0,008
Normal			

asupan makan, kesepian, kemiskinan, faktor psikologis (depresi, cemas, demensia), dan lama perawatan di rumah sakit (16).

Kategori usia tidak berhubungan dengan status gizi pasien psikogeriatri ( $p=1,000$ ). Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa jumlah lansia pada usia 60-69 yang mengalami malnutrisi adalah 8,9% dan berisiko malnutrisi 37,8%, sedangkan pada usia  $\geq 70$  tahun yang mengalami malnutrisi sebanyak 14,2% dan berisiko malnutrisi sebanyak 42,9%. Hal ini disebabkan adanya penurunan fungsi fisiologis pada lansia dengan semakin bertambahnya usia yang menyebabkan penurunan asupan makanan dan berakibat pada penurunan status gizi (9). Sejalan dengan literatur, asupan

makanan sangat mempengaruhi proses menua karena seluruh aktivitas sel atau metabolisme dalam tubuh memerlukan zat-zat gizi yang cukup. Sementara itu, perubahan biologis pada lanjut usia merupakan faktor internal yang pada akhirnya dapat mempengaruhi status gizi (17). Penelitian ini berbeda dengan penelitian di Inggris yang menunjukkan bahwa variabel umur berhubungan dengan rendahnya indeks massa tubuh pada lansia, tetapi tidak berhubungan dengan rendahnya konsentrasi serum albumin (18).

Hasil analisis tabulasi silang (**Tabel 1**) menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik status gizi. Kurangnya pengetahuan mengenai asupan makanan yang baik bagi lansia dapat menentukan status gizi lansia (9). Hal tersebut tidak terbukti pada penelitian ini secara bermakna terhadap status gizi ( $p=0,400$ ). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian lain yang tidak membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status gizi pada lansia ( $p>0,005$ ) di Paguyuban Among Yuswa Banteng Baru Kabupaten Sleman (19). Berbeda dengan penelitian di Israel tahun 2003 hingga 2004 yang menjelaskan bahwa pendidikan rendah ( $<12$  tahun) berhubungan signifikan dengan status gizi ( $p=0,029$ ,  $OR=3,22$ ) (16).

Lansia dengan status kerja baik mempunyai kecenderungan 13 kali ( $OR=13,001$ ) lebih baik status gizinya dibandingkan dengan lansia yang tidak bekerja pada umur lebih dari 60 tahun (15). Hal tersebut tidak sejalan dengan penelitian ini yang menemukan tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan status gizi ( $p=0,894$ ). Hal ini dipengaruhi oleh fenomena lebih banyak lansia yang tidak bekerja memiliki status gizi normal dibandingkan dengan yang bekerja (wiraswasta) dan pensiunan (**Tabel 1**). Hal ini juga bertentangan dengan teori yang menyatakan bahwa keadaan sosial ekonomi seorang lansia seperti pendapatan, pekerjaan, pendidikan, dukungan dari keluarga/masyarakat di sekitarnya juga menentukan status gizi lansia. Lansia dengan pendapatan terbatas akan membelanjakan sedikit uangnya untuk membeli sayur dan buah. Mereka cenderung membeli makanan untuk sekedar mengenyangkan perut (20).

Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan status gizi ( $p>0,05$ ). Hal ini disebabkan lebih banyak lansia yang masih memiliki pasangan hidup dibandingkan tidak memiliki pasangan (janda/duda). Lansia yang memiliki pasangan hidup tidak merasa kesepian dan sendiri di masa tuanya sedangkan yang sendiri akan merasa terisolasi dan mengalami depresi. Akibatnya lansia kehilangan nafsu makan yang berdampak pada penurunan status gizi (9). Hal yang berbeda terdapat pada penelitian di Jakarta yang menyatakan bahwa lansia yang memiliki status perkawinan mempunyai kecenderungan 4 kali ( $OR=4,021$ ) lebih baik status gizinya dibanding dengan yang lansia yang tidak kawin (15).

Pada penelitian ini, tidak ada hubungan yang signifikan antara status tinggal dengan status gizi karena sebagian besar lansia masih hidup bersama dengan keluarga (**Tabel 1**). Hidup atau makan sendiri menyebabkan orang tua makan lebih sedikit dan meningkatkan risiko kekurangan gizi, terutama laki-laki. Banyak orang tua yang tinggal sendirian, menyediakan makanan hanya 'teh dan roti panggang' yang tergolong diet rendah energi, protein, dan mikronutrien. Faktor-faktor ini menempatkan individu pada risiko lebih tinggi kekurangan gizi dan mikronutrien (21).

Karakteristik subjek yang berhubungan terhadap status gizi pada penelitian ini, antara lain status fungsional, asupan energi, dan asupan protein. Hasil uji statistik *chi-square* dengan tingkat kepercayaan 95% menunjukkan ada hubungan signifikan antara status fungsional dengan status gizi ( $p=0,026$ ). Hal ini dipengaruhi sebagian besar lansia yang mengalami ketergantungan terhadap aktivitas sehari-hari sehingga mengalami malnutrisi. Sama halnya dengan penelitian di Brazil yang menunjukkan adanya hubungan antara status fungsional dengan status gizi lansia. Di antara variabel ADL, parsial (42,9%) atau mandiri (12,9%), ketergantungan makan ditemukan >50% lansia kekurangan gizi, 13,4% berisiko kekurangan gizi dan 2,5% normal (22). Menurut teori, gangguan fungsi pada kemampuan untuk berbelanja, menyiapkan makanan, dan makan secara mandiri dapat mengganggu asupan makan seorang lansia. Seorang lansia yang dapat bergerak bebas di dalam

rumah akan dapat menyiapkan makanan sesuai yang diinginkan, sedangkan lansia yang menderita stroke, misalnya, tidak dapat bergerak bebas untuk menyiapkan makanan sesuai selera sehingga hanya bergantung kepada orang lain untuk makan (20). Sejalan dengan penelitian ini yaitu penelitian di Israel tahun 2003 hingga 2004 yang membuktikan bahwa status gizi kurang sebesar 18,5% dan berisiko malnutrisi sebesar 81,5%. Keadaan status gizi kurang salah satunya didapatkan pada penurunan fungsi kognitif dan status fungsional (16). Berbeda dengan penelitian ini bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status kognitif dengan status gizi ( $p=0,366$ ), karena sebagian besar gangguan kognitif mengalami malnutrisi (**Tabel 2**). Sejalan dengan penelitian di Sleman juga menyatakan bahwa status gizi tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan fungsi kognitif ( $p>0,05$ ) (23). Pada penelitian ini, gangguan kognitif termasuk jenis gangguan kognitif ringan, yang tidak menyebabkan gangguan pada aktivitas hidup sehari-hari. Sesuai dengan teori bahwa proses menua tidak dengan sendirinya menyebabkan terjadinya demensia. Penuaan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi dan biokimia di susunan syaraf pusat. Pada beberapa penderita tua terjadi penurunan daya ingat dan gangguan psikomotor yang masih wajar, disebut sebagai sifat pelupa benigna akibat penuaan. Keadaan ini tidak menyebabkan gangguan aktivitas hidup sehari-hari (24).

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan signifikan antara asupan energi dan asupan protein dengan status gizi, karena subjek yang memiliki asupan energi kurang dan mengalami malnutrisi (**Tabel 1**). Asupan makanan sangat mempengaruhi proses menua karena seluruh aktivitas sel atau metabolisme dalam tubuh memerlukan zat-zat gizi yang cukup. Sementara itu, perubahan biologis pada lanjut usia merupakan faktor internal yang pada akhirnya dapat mempengaruhi status gizi (17). Menurut teori, kebutuhan zat gizi pada lansia sangat dipengaruhi oleh keadaan kesehatannya, sehingga kebutuhan bagi lansia yang sehat berbeda dengan lansia yang sedang sakit (9). Akibatnya, banyak lansia tidak mencapai asupan gizi yang cukup untuk mendukung kebutuhan minimalnya dan berisiko malnutrisi (25). Sejalan

dengan penelitian ini, data di Sleman menunjukkan ada hubungan signifikan antara asupan makan dengan status gizi ( $p < 0,05$ ) (23), namun berbeda dengan hasil penelitian lain di Sleman mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan energi dan asupan protein dengan status gizi ( $p > 0,05$ ) (19).

Hasil uji statistik juga menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara status depresi dengan asupan energi ( $p = 0,394$ ) dan asupan protein ( $p = 0,958$ ). Hasil penelitian ini diduga dipengaruhi oleh aspek psikologis lain yang mempengaruhi asupan zat gizi pada lansia seperti penampilan makanan, variasi makanan, nafsu makan, *mood*, dan lain-lain. Menurut beberapa penelitian menyebutkan bahwa faktor psikologis secara langsung mempengaruhi asupan makanan adalah depresi, suasana hati, daya tarik makanan atau selera, budaya, obat-obatan, dan penyakit (26). Menurut teori, lansia yang dirawat di rumah sakit dengan beberapa keadaan seperti makanan rumah sakit dengan pilihan dan rasa makanan yang kurang disukai, waktu makan terbatas, tidak mampu makan mandiri, pemandangan, suara dan bau disekitar yang tidak menyenangkan, kebutuhan meningkat karena penyakit, puasa untuk prosedur pemeriksaan juga merupakan faktor risiko terjadinya malnutrisi (20).

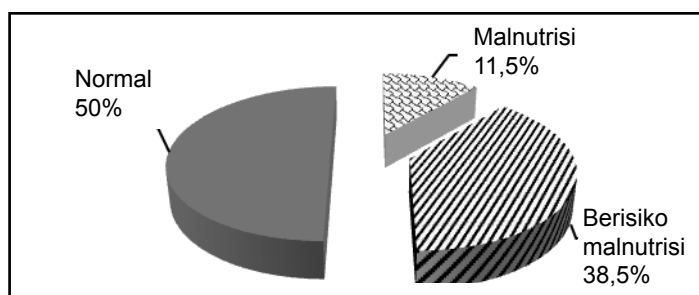
### Hubungan gangguan depresi dengan status gizi

Status gizi berperan penting dalam kesehatan mental. Gizi buruk dapat berkontribusi pada patogenesis depresi (27). Penilaian status gizi berdasarkan (MNA-T1) (**Gambar 1**), menunjukkan bahwa 20 orang (38,5%) berisiko malnutrisi dan 6 orang (11,5%) malnutrisi. Menurut penelitian di

Taiwan membuktikan bahwa MNA-T1 secara efektif dapat menilai status gizi pasien gangguan jiwa yaitu status gizi kurang 7,6% dan berisiko malnutrisi 22% (28). MNA-T1 juga dapat digunakan memprediksi malnutrisi pada tiga subtype dari gangguan jiwa (skizofrenia, depresi berat dan gangguan bipolar), yaitu sebesar 15% status gizi kurang dan 74% berisiko malnutrisi. Pasien dengan depresi berat berisiko gizi kurang, sedangkan pasien dengan skizofrenia atau gangguan bipolar lebih cenderung berisiko gizi lebih (29).

Ada hubungan yang bermakna antara status depresi dengan status gizi ( $p < 0,05$ ). Berdasarkan analisis multivariat, diketahui bahwa faktor-faktor yang memiliki hubungan signifikan dengan status gizi adalah status depresi ringan dan sedang (**Tabel 3**). Hasil analisis multivariat juga diketahui variabel yang paling dominan berhubungan dengan status gizi adalah status depresi sedang yang dibuktikan dengan nilai OR yang paling besar. Hal ini berarti bahwa subjek yang mengalami depresi cenderung mengalami malnutrisi. Menurut teori, ada hubungan independen antara kekurangan gizi dengan depresi. Adanya depresi memicu penurunan berat badan yang tidak disengaja pada lansia (21,29). Depresi dapat menyebabkan penurunan berat badan karena kehilangan nafsu makan atau motivasi berkurang untuk membeli dan menyiapkan makanan (31). Orang dewasa muda dengan depresi akan cenderung meningkatkan konsumsi makanan, sedangkan lansia makan lebih sedikit ketika mereka mengalami depresi (32). Lansia dengan depresi berisiko sangat tinggi mengalami malnutrisi (5,6,7).

Penelitian ini menunjukkan bahwa status depresi merupakan salah satu faktor yang



**Gambar 1.** Distribusi subjek berdasarkan status gizi

mempengaruhi status gizi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan adanya faktor psikologis seperti depresi, kecemasan, dan demensia mempunyai kontribusi yang besar dalam menentukan asupan makanan dan zat gizi seorang lansia (20). Selain itu, hasil penelitian di Israel tahun 2003 hingga 2004 menyebutkan bahwa status gizi secara bermakna dikaitkan dengan depresi (OR= 2,23, 95% CI: 1,04-4,8) (6). Penelitian lain di Turki juga menjelaskan bahwa risiko malnutrisi menunjukkan korelasi positif dengan depresi dikaitkan dengan status gizi buruk (33). Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yaitu: penelitian ini tidak bisa menggambarkan keadaan akhir status depresi dan status gizi karena penelitian hanya diambil pada saat awal masuk perawatan, untuk mengukur status depresi dengan menggunakan GDS-15, yang merupakan alat skrining untuk mendeteksi gejala depresi bukan sebagai alat diagnostik, pada penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, sehingga hubungan antara status depresi dan status gizi tidak dapat menentukan hubungan sebab akibat.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Pasien psikogeriatric mengalami depresi sebesar 53,9%, yang terdiri depresi ringan 30,8%, depresi sedang 21,2% , dan depresi berat 1,9% dan mengalami malnutrisi 50% (berisiko malnutrisi 38,5% dan status gizi kurang 11,5%). Ada hubungan yang signifikan antara status depresi dengan status gizi (OR=11,14, 95% CI:1,7-73,14).

Perlunya penilaian status gizi pasien psikogeriatric sesuai kondisi pasien untuk diterapkan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan menggunakan MNA dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit jiwa. Perlu adanya penelitian lanjutan untuk dapat menggambarkan efek status depresi dengan status gizi.

Oleh karena itu, untuk mencegah malnutrisi pada lansia diperlukan kegiatan positif yang dapat mengurangi depresi pada lansia saat rawat inap, misalnya adanya bimbingan rohani, dan sebagainya.

## RUJUKAN

1. Nasrun M. Indonesian psychogeriatric association. IPA Bull. 2002;19(3).
2. Soejono C. Gizi pada usia lanjut, pedoman pengelolaan kesehatan pasien geriatri untuk dokter dan perawat. Jakarta: FKUI; 2000.
3. Ravi S, Chiu E, Jeste D. Nutrition and geriatric psychiatry: a neglected field (abstract). Curr Opin Psychiatry. 2005;18(6):609–14.
4. Asplund K, Normark M, Pettersson V. Nutritional assessment of psychogeriatric patients (abstract. Age Ageing. 1981;10(2):87–94.
5. Visvanathan R, Newbury J, Chapman I. Malnutrition in older people-screening and management strategies. Aust Fam Physician. 2004;33(10):799–805.
6. German L, Feldblum I, Bilenko N, Castel H, Boehm I, Shahar D. Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. J Nutr Health Aging. 2008;12(5):313–8.
7. Torres S, McCabe M, Nowson C. Depression, nutritional risk and eating behavior in older caregivers. J Nutr Health Aging. 2010;14(6):442–8.
8. Hickson M. Malnutrition and ageing. Postgr Med J. 2006;82:2–8.
9. Fatmah. Gizi usia lanjut. Jakarta: Penerbit Erlangga; 2010.
10. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54(1):s59–65.
11. Guigoz Y. The mini nutritional assessment (mna®) review of the literature – what does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006;10(6):466–87.
12. JM B, Kaiser M, Anthony P, Guigoz Y, Sieber C. The mini nutritional assessment, its history, today's practice, and future perspectives. Nutr Clin Pr. 2008;23(4):388–96.
13. Greenberg S. How to try this: the geriatric depression scale: short form. AJN. 2007;107(10):60–9.
14. Wallace M, Shelkey M. How to try this : Monitoring functional status in hospitalized older adults. AJN. 2008;108(4):64–71.



15. Sukezi T. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi lanjut usia di Sasana Tresna Werdha Karya Bhakti Ria Pembangunan Jakarta tahun 2002 [Internet]. 2002 [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=72165&lokasi=lokal>
16. Feldblum I, German L, Castel H, Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, et al. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutr J.* 2007;6(37):1–9.
17. Kementerian Kesehatan RI. Buku pedoman pelayanan gizi lanjut usia, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Kementerian Kesehatan RI; 2011.
18. Ritchie C, Burgio K, Locher J, AC, Thomas D, Hardin M, et al. Nutritional status of urban homebound older adults. *Am J Clin Nutr.* 1997;66:815–8.
19. Haripamila A, Probosuseno, Sumarni. Perbedaan status gizi pada lansia depresi dan tidak depresi di Paguyuban Among Yuswa Banteng Baru Kabupaten Sleman. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta; 2011.
20. Muis S, Puruhita N. Gizi pada lansia, buku ajar Boedhi-darmojo: geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut), edisi ke-4. Jakarta: 634-652; 2011.
21. Sampson G. Weight loss and malnutrition in the elderly – the shared role of GPs and APDs. *Aust Fam Physician.* 2009;38(7):507–10.
22. Oliveira M, Fogaça K, Merhi V. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutr J.* 2009;8(54):1–8.
23. Rahmawati A, Pramantara I, Purba M. Hubungan asupan zat gizi mikro dengan fungsi kognitif pada lanjut usia di Paguyuban Among Yuswa Banteng Baru Kabupaten Sleman. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta; 2011.
24. Hadi-Martono. Gangguan kesadaran dan kognitif pada usia lanjut, buku ajar Boedhi-Darmojo: geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut), edisi ke-4. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2011.
25. Nieuwenhuizen W, Weenen H, Rigby P, Hetherington M. Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr.* 2010;29:160–9.
26. Elsner R. Changes in eating behavior during the aging process. *Eat Behav.* 2002;3:15–43.
27. Bodnar L, Wisner K. Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women (review). *Biol Psychiatry.* 2005;58:679–85.
28. Tsai A, Chou Y, Chang T, Lee SN, Tsay S. A modified mini nutritional assessment without bmi can effectively assess the nutritional status of neuropsychiatric patients. *J Clin Nurs.* 2009;18:1916–22.
29. Tsai A, Chou Y, Chang T. Usefulness of the mini nutritional assessment (MNA) in predicting the nutritional status of people with mental disorders in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2011;20:341–50.
30. Hajjar R, Kamel H, Denson. Malnutrition in aging. *Internet J Geriatr Gerontol.* 2004;1(1).
31. McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ.* 2011;342:754–9.
32. Roberts S, Rosenberg I. Nutrition and aging: changes in the regulation of energy metabolism with aging. *Physiol Rev.* 2006;86:651–67.
33. Saka B, Kaya O, Ozturk G, Erten N, Karan M. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr.* 2010;29:745–8.