

Hubungan Tingkat Depresi dengan Asupan Energi dan Protein Pasien Depresi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang

Uswatun Chasanah¹, Sufiati Bintanah², Yuliana Noor SU³

^{1, 2, 3}Program Studi DIII Gizi Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Semarang
sofi_unimus@yahoo.com

ABSTRACT

Depression is a mental disorder caused by severe disappointments such as death, divorce, concerns, bankruptcy, death of a loved one is very marked symptoms of sadness, despair, loss of joy, fatigue and tiredness, lack of appetite, weight loss. In a state of depression decreased appetite, which could interfere with the absorption of nutrients into the body, especially the intake of energy and protein. Total case of depression is estimated over 150 million people. Based on a report in 2012 at the Regional Mental Hospital Dr. Amino Gondohutomo contained 5.86 % of 3821 inpatients suffering from depression. The purpose of the study was to determine the relationship of depression with levels of energy and protein intake depressed patients hospitalized in the Regional Mental Hospital Dr. Amino Gondohutomo Semarang

This type of research is explanatory research, the research that explains the relationship between two or more variables studied. The method used was a cross-sectional, where the variables studied in the same time. Population of the study is that depressed patients hospitalized on 20 April to 20 June 2013 in the Regional Mental Hospital Dr. Amino Gondohutomo criteria Semarang aged 16 years and older. Samples were taken in non-probability sampling technique with Consecutive Sampling. The results showed as many as 50 % of depressed patients have both energy intake and 56.7 % of depressed patients have good protein intake. Data analysis using chi square test result that the p-value (0.713 and 0.785) > 0:05 so that Ho is accepted it means there is no relationship between the level of depression with the energy and protein intake. This research should be developed further by adding other variables such as nutritional status or the duration of treatment.

Keywords: Depression levels, energy intake, protein intake.

PENDAHULUAN

Data Riskesdas 2010, menunjukkan ada 19 juta (11,6 %) penduduk Indonesia yang berusia diatas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, berkisar 19 juta penduduk, dimana 0,46 % diantaranya, atau sekitar 1 juta penduduk bahkan mengalami gangguan jiwa berat atau sekitar 1 juta penduduk. Data WHO (2010), menunjukkan bahwa dari seluruh penduduk dunia, sebanyak 450 juta orang menderita gangguan jiwa, dan lebih dari 150 juta orang mengalami depresi, 25 juta orang menderita skizofrenia, lebih dari 90 juta orang pengguna alkohol (NAPZA) dan 1 juta orang bunuh diri tiap tahun (Majalah Teratai Jiwa, 2012).

Prevalensi depresi ringan berdasarkan angka WHO adalah 1 antara 4 penduduk dan prevalensi depresi berat adalah 1-3 per1000 penduduk. Berdasarkan angka diatas, maka di Jawa Tengah diperkirakan jumlah penduduk yang menderita depresi ringan adalah 8.227.721 orang dan penduduk yang menderita depresi berat adalah 32.908 – 98.274 orang. Penderita depresi ringan dan berat yang menjadi pasien Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah 37.498 jiwa orang pertahun (RBA Perubahan Tahun Anggaran, 2011).

Jumlah pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang pada tahun 2012 adalah 3.821 orang dengan perincian schizoprenia 90,97%, depresi berat 4,63%; gangguan mental organik 1,25%, depresi sedang 1,23%, gangguan gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat multipel 0,99%, dan gangguan psikotik akut 0,91%.

Depresi merupakan keadaan murung, atau kehilangan pribadi akibat suatu kekecewaan hebat seperti karena kematian, perceraian, kepailitan atau kehilangan pribadi karena kematian kekasih dengan sendirinya menjadi murung. Penderita depresi, jiwanya tertekan dengan gejala perasaan sangat sedih, putus asa, hilangnya kegembiraan, rasa lelah dan letih, tidak nafsu makan dan susah tidur. Selain itu, penderita depresi mentalnya juga terganggu, sering termenung dengan pikiran khayal, konsentrasi berkurang, bimbang dan sukar mengambil keputusan (Raharja, 2007).

Depresi mengakibatkan nafsu makan menurun, sehingga dapat mengganggu penyerapan zat gizi yang masuk kedalam tubuh terutama asupan energi dan protein. Kurangnya asupan energi protein dapat melemahkan sistem kekebalan dalam tubuh dengan perubahan tingkah laku seperti perubahan tidur, latihan fisik. Energi dan protein dibutuhkan agar sistem kekebalan berfungsi dengan baik. Pada situasi depresi, seseorang cenderung lupa akan pemenuhan kebutuhan dasar, seperti kebutuhan akan makanan, kebersihan diri dan istirahat. Apabila asupan makanan rendah dan berlangsung dalam jangka waktu yang relatif panjang, seseorang akan mengalami defisiensi energi dan protein (Swarth, 2001).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan penelitian tentang hubungan tingkat depresi dengan asupan energi dan protein pasien depresi rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah *Explanatory Research* yang menjelaskan hubungan antara 2 variabel penelitian yaitu tingkat depresi dengan asupan energi dan protein. Rancangan

penelitian ini menggunakan crosssectional, yaitu suatu variabel diobservasi sekaligus dalam waktu yang bersamaan. Tempat penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Sampel pada penelitian ini adalah pasien depresi yang dirawat mulai tanggal 20 April - 20 Juni 2012 dan yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a. Pasien berusia diatas 16 tahun.
- b. Pasien yang sedang rawat inap pada tanggal 20 April - 20 Juni 2013.

Penelitian sampel diambil secara *non probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Analisis univariat dilakukan dengan menyajikan tabel distribusi frekuensi meliputi data umur, jenis kelamin, dan pendidikan. Untuk variable tingkat kecukupan energi dan protein, ditunjukkan besar persinya kategori variabel. Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara dua variabel, yaitu variabel dependent dan variabel independent. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit.

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Amino Gondohutomo Semarang merupakan pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat Jawa Tengah. Dengan jumlah penduduk Jawa Tengah yang mencapai \pm 32 juta jiwa, maka keberadaan Rumah Sakit Jiwa dr Amino Gondohutomo beserta 3 Rumah Sakit Jiwa lain yang berada di wilayah Jawa tengah mempunyai peranan yang sangat besar dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan jiwa secara terpadu dan menyeluruh. Dalam pemberian pelayanan tersebut Rumah sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang juga melakukan inovasi dan kreativitas dengan mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat RSJD Amino Gondohutomo juga mengembangkan pusat pelayanan *center* penangana narkoba, *center medical check up* kesehatan jiwa, *center detoxifikasi*, *private wing* kesehatan jiwa dan lain-lain.

Jenis pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondohutomo Semarang antara lain rawat jalan, rawat inap, IGD, pasien psikiatri, radiologi, EKG, EEG, ECT premedikasi, Fisioterapi, Analizer, Instalasi Farmasi, Laboratorium dan pemeriksaan Narkoba, Psikologi dan Rehabilitasi. Kapasitas tempat tidur di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah 285 TT dengan rincian kelas VIP sejumlah 17 TT, HCU sejumlah 15 TT, kelas I sejumlah 12 TT, kelas II sejumlah 26 TT, dan kelas III sejumlah 215 TT.

B. Karakteristik sampel

Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 orang, dengan karakteristik sebagai berikut :

1. Jenis kelamin.

Tabel 1. Distribusi Sampel Menurut Jenis Kelamin

Karakteristik sampel	N	Persentase %
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	33.3
Perempuan	20	66.7
Total	30	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah pasien perempuan lebih banyak dibanding pasien laki-laki, yang mungkin bisa menjadi petunjuk bahwa perempuan lebih banyak yang mengalami depresi (66.7%). Hal ini sejalan dengan pendapat Irmansyah (2006) yang mengutip data WHO bahwa dari populasi penderita depresi di seluruh dunia didapat prevalensi perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini terjadi karena perubahan hormon estrogen yang lebih nyata pada perempuan. Umumnya laki-laki lebih banyak memiliki upaya sendiri untuk mengatasi tekanan-tekanan, sedang perempuan lebih banyak berdiam.

Depresi menyerang perempuan dua kali lebih banyak dibanding pria. Alasan biologis mungkin menjadi penyebab utama. Selama menstruasi, melahirkan, dan menopause, wanita mengalami fluktuasi hormon yang mempengaruhi mood (Kompas, 2013).

2. Umur.

Tabel 2. Distribusi Sampel Menurut Umur

Kelompok Umur	N	Persentase (%)
16-25	12	40
26-35	10	33.3
36-45	5	16.7
46-keatas	3	10
Total	30	100

Sampel yang berusia 16 - 35 tahun lebih banyak mengalami depresi hal ini sejalan dengan pendapat Irmansyah (2006) bahwa kejadian depresi terjadi pada usia produktif. Masa dewasa atau masa subur merupakan masa penuh tanggung jawab saat inilah orang mengerahkan kemampuannya untuk meraih cita-citanya serta

mempersiapkan hidup untuk masa selanjutnya. Ketidakdewasaan mental dalam menghadapi kehidupan mengakibatkan konflik dan frustrasi yang akhirnya menimbulkan depresi.

3. Pendidikan.

Tabel 3. Distribusi Sampel Menurut Pendidikan

Pendidikan	N	Persentase (%)
Tidak Sekolah	1	3.3
SD	11	36.7
SMP	11	36.7
SMA	7	23.3
Total	30	100

Dalam penelitian ini, jumlah penderita depresi yang berpendidikan SD sama dengan jumlah penderita depresi yang berpendidikan SMP. Dilihat dari pendidikan menurut Suyanta (2005) belum diketemukan literatur reverensi tingkat pendidikan dengan depresi, hanya asumsi umum akan mengkaitkan tingkat pendidikan dengan fungsi kognitif seseorang, namun untuk pasien gangguan jiwa menjadi sulit diprediksi karena akan dipengaruhi oleh berbagai faktor.

4. Depresi.

Tabel 4. Distribusi Sampel Menurut Tingkat Depresi

Tingkat Depresi	N	Persentase (%)
Ringan	9	30
Sedang	8	26.7
Berat	13	43.3
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4, yang mengalami depresi berat sebanyak 13 orang (43.3%). Dalam penelitian ini, yang mengalami depresi berat lebih banyak, karena salah satu gejala depresi adalah kecenderungan untuk bunuh diri. Pada pasien depresi berat pikiran untuk mencoba bunuh diri telah terbentuk, sedangkan pada depresi yang relatif ringan pikiran itu juga ada tetapi dicoba ditolaknya dengan berbagai alasan yang ada dan tentu saja selama akal sehat masih dominan, pikiran bunuh diri tersimpan dalam manifestasinya (Iskandar, 1998).

5. Asupan Energi

Tabel 5. Asupan Energi

Asupan Energi	N	Persentase (%)
Baik	15	50
Sedang	15	50
Kurang	0	0
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 5, sampel yang mempunyai asupan energi baik dan kurang sama, yaitu masing-masing 50%. Adapun asupan energi termasuk baik hal ini sependapat dengan Raharja (2007) bahwa obat anti depresan dapat mempengaruhi makanan yang masuk, metabolisme dan ekskresi dan zat-zat gizi. Obat anti depresan / obat anti murung adalah obat-obatan yang mampu memperbaiki suasana jiwa dengan menghilangkan/ meringankan gejala keadaan murung yang tidak disebabkan oleh kesulitan sosial, ekonomi, obat-obatan atau penyakit. Efek samping antidepresan, salah satunya obat anti klasik (ATC) dan antisirotanin adalah meningkatkan nafsu makan

6. Asupan Protein.

Tabel 6. Distribusi Asupan Protein

Asupan Protein	N	Persentase (%)
Baik	17	56.7
Sedang	12	40.0
Kurang	1	3.3
Jumlah	30	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar sampel (56,7 %) mempunyai asupan protein baik Hal ini sesuai dengan pendapat dengan Raharja (2007) bahwa obat dapat mempengaruhi nafsu makan. Demikian juga pendapat Gunawan (1999) bahwa asupan energi, protein dipengaruhi psikologis. Hubungan psikologis dengan pencernaan adalah keadaan emosi orang yang makan dapat mempengaruhi cepat atau lambatnya pengosongan perut, sebab emosi dapat merubah laju gerak peristaltik.

7. Hubungan Tingkat Depresi dengan Asupan Energi

Tabel 7. Hubungan Tingkat Depresi dengan Asupan Energi

Tingkat Depresi	Asupan Energi						Jumlah	Signifikan	p-value	
	Baik		Sedang		Kurang					
	N	%	N	%	N	%				
Ringan	2	22.2	7	77.8	0	0	9	100	0.713	>0.05
Sedang	6	75.0	2	25.0	0	0	8	100		
Berat	7	53.2	6	46.8	0	0	13	100		
Total	15	50	15	50	0	0	30	100		

Hasil penelitian tentang hubungan tingkat depresi dengan asupan energi dapat dilihat pada tabel 7, dimana sampel depresi ringan mempunyai asupan energi baik 22.2%, asupan energi sedang 77.8%, sampel depresi sedang mempunyai asupan energi baik sebanyak 75%, asupan energi sedang 25%, sampel depresi berat mempunyai asupan energi baik 53.2%, asupan energi sedang sebanyak 46.8%.

Pada sampel dengan depresi ringan, asupan energinya sedang, sedangkan pada depresi sedang asupan energinya baik. Pada depresi berat asupan energinya baik dan ada yang kurang. Hal ini sejalan dengan pendapat Mawardi (1994) bahwa depresi berat ditandai dengan gangguan tidur dan kecemasan. Gangguan ini berpengaruh pada gangguan selera makan dan berkurangnya asupan makanan. Infeksi dan demam dapat menyebabkan merosotnya nafsu makan atau menimbulkan kesulitan menelan dan mencerna makanan, sehingga berakibat kurang asupan energi dan protein. Sedangkan infeksi merupakan penyebab langsung malnutrisi. Adapun pendapat Irianto (2004) depresi merupakan keadaan perubahan perilaku yang mendadak ditandai dengan banyak keluhan fisik, lesu, letih, lelah berlebihan, sakit kepala, tidak bekerja tanpa alasan, nafsu makan menurun, dan berakibat berat badan menurun.

Stress, tegang, emosi, atau kejenuhan dapat menyebabkan hilangnya selera makan atau nafsu makan sehingga menyebabkan asupan zat gizi berkurang (Gunawan, 1999). Berdasarkan hasil uji chi square, tidak ditemukan adanya hubungan antara tingkat depresi dengan asupan energy ($p\text{-value } 0,713 > \alpha (0,05)$). Hal tersebut tidak sejalan dengan pendapat Iskandar (1998) dan Irianto (2004) yang mengatakan bahwa depresi mempengaruhi nafsu makan. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya asupan makanan dari luar rumah sakit yang kurang terpantau meskipun sudah ditanyakan kepada petugas jaga. Asupan energi yang baik disebabkan oleh karena konsumsi obat antidepresan.

8. Hubungan Tingkat Depresi dan Asupan Protein

Tabel 8. Hubungan Tingkat Depresi dan Asupan Protein

Tingkat Depresi	Asupan Energi						Jumlah		Signifikan p-value
	Baik		Sedang		Kurang		N	%	
	N	%	n	%	N	%			
Ringan	4	44.4	5	55.6	0	0	9	100	0.785 >0.05
Sedang	6	75.0	2	25.0	0	0	8	100	
berat	7	53.8	5	38.5	1	7.7	13	100	
Total	17	56.7	12	40.0	1	3.3	30	100	

Berdasarkan tabel 8, sampel depresi ringan mempunyai asupan protein baik 44.4%, asupan protein sedang 55.6%, pada sampel depresi sedang mempunyai asupan protein baik sebanyak 75%, asupan protein sedang 25%, sedangkan pada depresi berat mempunyai asupan protein baik sebanyak 53.8%, dan asupan protein sedang sebanyak 38.5%. Harris (2004) menyatakan bahwa depresi dapat mempengaruhi nafsu makan, asupan makanan, berat badan dan kesejahteraan secara keseluruhan mengakibatkan asupan energi dan protein terganggu. Tingkat depresi merupakan derajat kondisi emosional berkepanjangan yang mempengaruhi proses berpikir, berperasaan, dan berperilaku seseorang yang cenderung lupa akan pemenuhan kebutuhan dasar, seperti kebutuhan akan makanan, kebersihan diri dan istirahat.

Berdasarkan hasil pengolahan data dengan menggunakan uji chi square maka didapatkan hasil bahwa $p\text{-value } 0.785 > \alpha (0.05)$ sehingga H_0 diterima. Kesimpulannya tidak ada hubungan antara tingkat depresi dengan asupan protein. Hal tersebut tidak sejalan dengan pendapat Raharja (2007) yang mengatakan bahwa depresi mempengaruhi nafsu makan. Hal ini kemungkinan salah satu penyebabnya adalah efek dari obat antidepresan yang dapat meningkatkan nafsu makan sehingga asupan energi maupun protein menjadi baik. Disamping efek obat, kemungkinan lain adanya beberapa faktor yang mempengaruhi konsumsi makanan meningkat misalnya suasana hati yang tenang menyebabkan nafsu makan menjadi lebih baik. Mekanisme kerja obat antidepresan dengan jalan menghambat *re-uptake serotonin* dan *noradrenalin* diujung-ujung syaraf otak dengan demikian memperpanjang masa waktu tersedianya neurotransmitter tersebut. Selain itu antidepresan dapat mempengaruhi *receptor postsynapsis*. Tetapi mekanisme kerjanya yang tepat belum diketahui.

Sebaliknya, menurut pendapat Swarth (2001) bahwa dalam keadaan depresi nafsu makan menurun, sehingga dapat mengganggu penyerapan zat gizi yang masuk kedalam tubuh terutama asupan energi dan protein. Apabila asupan makanan rendah

dan berlangsung dalam jangka waktu yang relatif panjang, seseorang akan mengalami defisiensi energi dan protein.

KESIMPULAN

1. Tidak ada hubungan tingkat depresi dengan asupan energi pada pasien depresi rawat inap yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Dr Amino Gondohutomo Semarang.
2. Tidak ada hubungan tingkat depresi dengan asupan protein pada pasien depresi rawat inap yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Dr Amino Gondohutomo Semarang.

SARAN

Penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut dengan menambahkan variabel lain seperti status gizi, lama perawatan dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Barasi, Mary E. 2007. *At a Glance Ilmu Gizi*. Jakarta: Erlangga
- DepKes RI, Direktorat Jenderal, Pelayanan Medik, Direktorat Kesehatan Jiwa. 1991. *Pedoman Kerja Pusat Kesehatan Masyarakat Tentang Gangguan Jiwa, Saraf, dan Masalah Psikososial*.
- Gibson SR. 2005, *Principles of Nutritional Assesment, Oxford University Press, New York*.
- Gunawan, A. 1999. *Kombinasi Makanan Serasi, Pola Makan Untuk Langsing dan Sehat*. Jakarta: Gramedia.
- Harris NG. 2004. *Nutrition in aging*. Di dalam: L Kathleen Mahan dan Sylvia Escott-Stump, editor. *Krause's Food, Nutrition, and Diet Therapy*. Edisi ke-11. Philadelphia: Saunders Pr.
- Irmansyah. 2006. Depresi Pintu Masuk Berbagai Penyakit, [http// www. Suara Pembaharuan com/News/2006/08/index.html](http://www.SuaraPembaharuan.com/News/2006/08/index.html).
- Irianto, Kus. 2004. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Bandung: Irama Widya.
- Iskandar, Yul. 1998. *Depresi dan Axites*. PT Ciba Geigy: Jakarta.
- Maslim, R. 2002. *Diagnosis Gangguan Jiwa*. PPDGJ – III. Jakarta.
- Mawardi, Hendy Margono. 1994. *Depresi Usia Subur*. Simposium Depresi.
- Moori, Mary C. 1997. *Terapi Diet dan Nutrisi*. Jakarta: Hipokretes.

- Notoatmodjo, S. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta. PT. Bina Aksara.
- Persagi I. 1999. *Visi dan Misi Gizi dalam Mencapai Indonesia Sehat*. Jakarta.
- Raharja, K. 2007. *Obat-Obat Penting*. Jakarta: PT Gramedia.
- Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2012. *Majalah Teratai Jiwa*.
- Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. 2011. *RBA (Perubahan) Tahun Anggaran 2011*.
- Supariasa, IDN, Bakri B, dan Fajar Ibnu. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suyanta, Suseno, Moh. Hanafi, 2005, Efektifitas Penambahan Terapi Kognitif Pada terapi Klien Depresi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang.
- Swarth, J. 2004. *Stress dan Nutrisi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Usman, Husaini dan R. Purnomo Setiady Akbar. 2003. *Pengantar Statistika*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Yuniastuti, A. 2008. *Gizi dan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. .