

## BAB V

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 5.1. Gambaran Umum Kelurahan Rangkapan Jaya

Kelurahan Rangkapan Jaya merupakan salah satu dari sepuluh kelurahan yang terdapat di Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Provinsi Jawa Barat.

#### 5.1.1 Letak dan Keadaan Geografis

Kelurahan Rangkapan Jaya dengan luas wilayah 354,648 Ha. Terdiri dari 17 RW dan 91 RT. Batas wilayah Kelurahan Rangkapan Jaya adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Gerogol Kecamatan Limo
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Cipayung Kecamatan Pancoran Mas
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Rangkapan Jaya Baru Kecamatan Pancoran Mas
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Mampang Kecamatan Pancoran Mas

Jarak Kantor kelurahan ke ibu kota kecamatan, kota, Provinsi Jawa Barat, ke ibu kota negara sebagai berikut:

- Kecamatan : 3 Km
- Kota Depok : 3 Km
- Provinsi : 120 Km
- Ibu kota negara : 40 Km

### 5.1.2. Kependudukan

- **Jumlah Penduduk**

Jumlah penduduk Kelurahan Rangkapan Jaya sampai akhir bulan Desember 2007 tercatat 21.087 jiwa, terdiri dari laki-laki 10.729 jiwa dan perempuan 10.358 jiwa dengan kepala keluarga berjumlah 6174 KK.

**Tabel 5.1**

**Jumlah Penduduk Menurut Usia Di Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin				Jumlah
		Laki-laki		Perempuan		
		Jml	Persen	Jml	Persen	
1	0-5	2,006	18.7%	1,998	19.3%	4,004
2	'6-16	2,054	19.1%	1,974	19.1%	4,028
3	17-25	1,581	14.7%	1,459	14.1%	3,040
4	26-55	4,263	39.7%	4,258	41.1%	8,521
5	> 56	825	7.7%	669	6.5%	1,494
JUMLAH		10,729	100%	10,358	100%	21,087

*Desember 2007 Sumber : Laporan Tahunan Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007*

### 5.1.3. Sosial Ekonomi, Pendidikan dan Kesehatan

- **Mata Pencaharian**

Di Kelurahan Rangkapan Jaya mata pencaharian masyarakat beragam ada petani, wiraswasta, pedagang, PNS, buruh dan lain-lain. Keadaan ini tergambar pada seperti pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.2 Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencaharian  
Di Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Mata Pencaharian	Jumlah
1	Petani	59
2	Wiraswasta	1004
3	Pengrajin Industri	45
4	Buruh	826
5	Pedagang	7823
6	PNS	540
7	TNI/POLRI	31
8	Pensiunan	101
9	Lain-lain	6318

: Laporan

Sumber

Kelurahan

Rangkapan Jaya

Tahun 2007

Mata pencaharian penduduk di suatu wilayah dapat menggambarkan tingkat ekonomi penduduk wilayah tersebut. Mata pencaharian penduduk di Kelurahan Rangkapan Jaya sebagian besar berprofesi sebagai pedagang.

- **Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan masyarakat di Kelurahan Rangkapan Jaya dapat dikategorikan masih sedang kondisi ini dapat dilihat dengan masih besarnya persentasi jumlah tamat SD 15.0%, tamat SLTP 30.4%, tamat SLTA 42.2%, tamat Akademi 7.7% dan Sarjana 4.7%. seperti tabel 5.3.

**Tabel 5.3 Data Pendidikan Di Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Pendidikan	Jumlah (orang)	Persen
1	Tamat SD	1,747	15.0%
2	Tamat SLTP	3,532	30.4%
3	Tamat SLTA	4,907	42.2%
4	Tamat Akademi	897	7.7%
5	Tamat Sarjana	549	4.7%
6	Tamat Pasca Sarjana	0	0%

Sumber : Laporan K

Sarana dan prasarana pendukung pendidikan setiap tingkat pendidikan mulai dari taman kanak-kanak sampai jenjang pendidikan Universitas dan sarana dan pendidikan islam sudah terdapat di Kelurahan Rangkapan Jaya, dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini

**Tabel 5.4**  
**Jumlah Sarana dan Prasarana Pendidikan**  
**Di Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Jenis Sekolah	Jumlah Sekolah
1	TK	7 buah
2	SD	5 buah
3	SLTP	2 buah
4	SLTA	1 buah
5	Universitas	1 buah
6	Ponpes	1 buah

*Sumber : Laporan Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007*

- **Kesehatan**

Sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Kelurahan Rangkapan Jaya terlihat dalam tabel berikut ini :

**Tabel 5.5**

**Jumlah Sarana dan Prasarana Kesehatan  
Di Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Jenis Sarana dan Prasarana	Banyaknya
1	RSU Bakti Yudha	1 buah
2	Puskesmas Pembantu	1 buah
3	Rumah Bersalin /BKIA	1 buah
4	POLINDES	0 buah
5	Poliklinik	0 buah
6	Posyandu	16 buah
7	Apotik	3 buah

*Sumber : Laporan Kelurahan Rangkapan Jaya Tahun 2007*

## **5.2 Gambaran Umum Puskesmas**

Dalam Renstra 2005-2009 program upaya kesehatan masyarakat bertujuan meningkatkan jumlah, pemerataan, dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, dan Bidan di Desa. Upaya kesehatan masyarakat diarahkan untuk meningkatkan fisik, kinerja, dan fungsi Puskesmas serta jaringannya sebagai penanggung jawab kesehatan di wilayah kerjanya. Upaya kesehatan masyarakat diarahkan untuk menyediakan pelayanan kesehatan dasar yang komprehensif,

terintegrasi dan bermutu terutama bagi bayi, anak, ibu hamil, kelompok masyarakat risiko tinggi termasuk pekerja rentan dan usia lanjut (Depkes, 2006).

### 5.2.1. Input

- **Ketenagaan Puskesmas Rangkapan Jaya**

Untuk memberikan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah Kelurahan Rangkapan Jaya terdapat tenaga kesehatan sebagai berikut :

**Tabel 5.6**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan**  
**Di Puskesmas Rangkapan Jaya Tahun 2008**

No	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter umum	3 orang
2	Dokter Gigi	1 orang
3	Perawat umum	1 orang
4	Perawat Gigi	1 orang
5	Higiene Sanitasi	1 orang
6	Petugas Gizi	0 orang
7	Petugas Farmasi	0 orang
8	Petugas Analisis Laboratorium	0 orang
9	Bidan	4 orang
10	Pekarya Kesehatan	0 orang
11	Petugas TU/Umum	1 orang

Sumber : Profil Puskesmas Rangkapan Jaya Tahun 2007

Luas wilayah, jumlah desa/kelurahan, rumah tangga dan kepadatan penduduk menurut kelurahan di Puskesmas Rangkapan Jaya dapat dilihat pada tabel berikut.

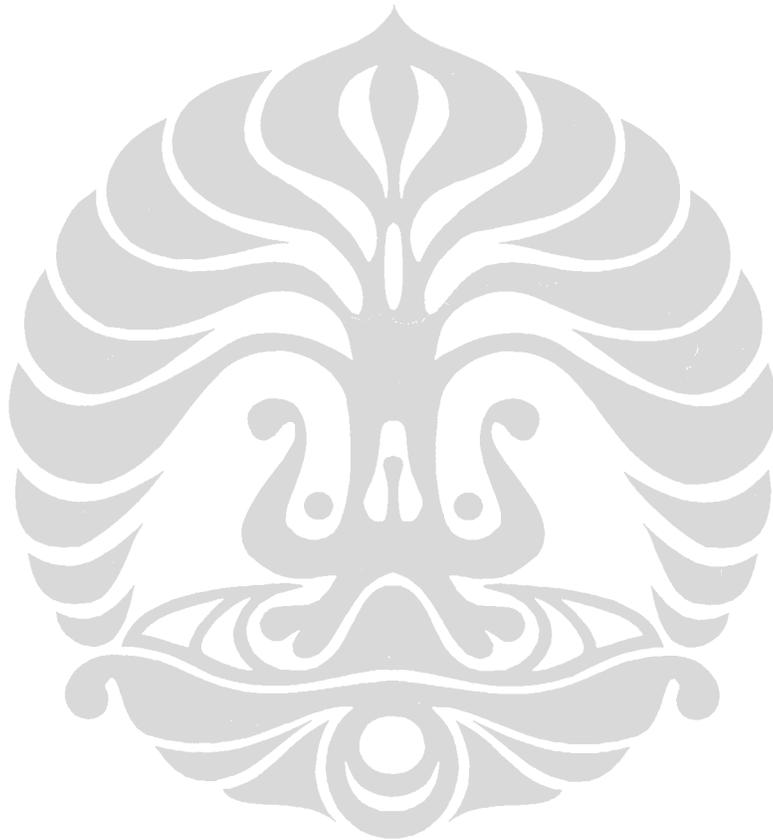
**Tabel 5.7**

**Luas Wilayah, Jumlah Desa/Kelurahan, Rumah Tangga dan Kepadatan Penduduk Menurut Kelurahan di Puskesmas Rangkapan Jaya Tahun 2007**

No	Kelurahan	Luas Wilayah (km <sup>2</sup> )	Jumlah			Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Rata-rata Jiwa/Rumah Tangga	Kepadatan Penduduk
			Desa	Kelurahan	Desa+Kel				
1	Rangkapan Jaya	3.55	1	1	2	21,087	6,173	3.4	5,940
2	Rangkapan Jaya Baru	3.88	1	1	2	25,838	6,476	4	6,659
Jumlah (Kab/Kota)		7	2	2	4	46,925	12,649	7	12,599

Sumber : Profil Puskesmas Rangkapan Jaya Tahun 2007

Kepadatan penduduk di Kelurahan Rangkapan Jaya adalah sebesar 5.940 orang. Dalam Renstra 2005-2009 program sumber daya kesehatan bertujuan meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan termasuk SDM kesehatan lainnya, serta pemberdayaan profesi kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan (Depkes, 2006).



### **5.3 Analisis Univariat**

#### **5.3.1 Analisis Univariat Berdasarkan Karakteristik Individu**

Variabel	(n)	(%)
1. Status IMT		
a.kurus	17	14,3
b.normal	67	56,3
c.gemuk	35	29,4
-Laki-laki		
BB min (35), BB max (80,3),BB rata-rata (57,65)		
TB min (145), TB max (168),TB rata-rata (156,5)		
IMT min (16,2), IMT max (29,9),IMT rata-rata (23,05)		
-Perempuan		
BB min (32), BB max (78,3),BB rata-rata (55,15)		
TB min (133,9), TB max (163,4),TB rata-rata (148,65)		
IMT min (12,8), IMT max (37,8),IMT rata-rata (25,3)		
2. Kelompok umur		
a.<= 65 tahun	81	68,1
b.> 65 tahun	38	31,9
tertinggi ( 82 tahun)		
terendah ( 55 tahun)		

standar deviasi 7,449		
3. Jenis kelamin		
a.laki-laki	35	29,4
b.perempuan	84	70,6
4. Tingkat pendidikan		
a.rendah	82	68,9
b.menengah	28	23,5
c.tinggi	9	7,6
5. Status perkawinan		
a.menikah	69	58,0
b.duda/janda/tidak menikah	50	42,0
6. Status penghasilan		
a.rendah	80	67,2
b.sedang	14	11,8
c.tinggi	25	21,0
7. Status pekerjaan		
a.tidak bekerja	88	73,9
b.bekerja	31	26,1

Menurut karakteristik pada lansia dihasilkan data yaitu distribusi frekuensi responden menurut status IMT terlihat bahwa sebagian besar responden berstatus gizi normal dengan proporsi sebesar 56.3%, kemudian diikuti dengan status gizi gemuk 29,4% lalu yang terendah yaitu status gizi kurus yang hanya 14,3%. Distribusi frekuensi responden menurut kelompok umur terlihat bahwa sebagian besar responden berumur dibawah 65 tahun dengan proporsi sebesar 68.1%, kemudian diikuti dengan kelompok umur > 65 tahun yaitu sekitar 31,9%.

Pada tabel juga terlihat usia terendah dalam penelitian ini yaitu 55 tahun dan usia tertinggi pada usia 82 tahun dengan standar deviasi 7,499. Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin terlihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan proporsi sebesar 70.6% sedangkan proporsi responden laki-laki hanya sekitar 29,4%.

Distribusi frekuensi responden menurut tingkat pendidikan terlihat bahwa sebagian besar lansia berpendidikan rendah yaitu sebanyak 68.9%, kemudian dilanjutkan dengan pendidikan menengah yaitu proporsinya adalah 23,5% dan yang paling sedikit yaitu yang berpendidikan tinggi yaitu hanya 7,6%. Distribusi frekuensi responden menurut status perkawinan terlihat bahwa sebagian besar lansia berstatus menikah yaitu sebanyak 58%, sedangkan yang berstatus duda/janda/tidak menikah yaitu hanya 42,0%. Distribusi frekuensi responden menurut status penghasilannya terlihat bahwa sebagian besar lansia berstatus penghasilan rendah yaitu sebesar 67.2%, kemudian diikuti dengan penghasilan tinggi yaitu sekitar 21,0% sedangkan untuk penghasilan menengah hanya sekitar 11,8%. Distribusi frekuensi responden menurut status pekerjaannya terlihat bahwa sebagian besar lansia berstatus tidak bekerja yaitu sebanyak 73.9%, sedangkan yang bekerja hanya 26,1%.

Dari variabel diatas dapat diketahui bahwa status ekonomi dari lansia sendiri masih tergolong rendah karena sebagian besar adalah berpendidikan rendah, berpenghasilan rendah, dan juga karena sebagian besar dari responden tidak bekerja.

### 5.3.2 Analisis Univariat Berdasarkan Gaya Hidup Lansia

Variabel	(n)	(%)
----------	-----	-----

1. Kebiasaan merokok		
a.ya	14	11,8
b.tidak	105	88,2
2. Aktivitas olahraga		
a.ya	38	31,9
b.tidak	81	68,1

Menurut gaya hidup lansia dihasilkan data yaitu distribusi frekuensi responden menurut kebiasaan merokok terlihat bahwa sebagian besar responden adalah tidak merokok yaitu sebesar 88.2%, sedangkan yang merokok hanya 11,8%. Distribusi frekuensi responden menurut aktivitas olahraga terlihat bahwa sebagian besar responden adalah tidak beraktivitas olahraga yaitu sebanyak 68.1% sedangkan yang beraktivitas olahraga hanya 31,9%.

Dari kedua data variabel tersebut dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden memiliki kebiasaan yang baik karena sebagian besar tidak merokok, hanya saja untuk tingkat aktivitas olahraga masih tergolong sangat rendah karena sebagian besar responden masih tidak beraktivitas olahraga.

### 5.3.3. Analisis Univariat Berdasarkan Konsumsi Zat Gizi Lansia

10. Asupan total energi		
-------------------------	--	--

a.kurang	102	85,7
b.cukup	17	14,3
11. Asupan karbohidrat		
a.kurang	66	55,5
b.cukup	53	44,5
12. Asupan lemak		
a.kurang	22	18,5
b.cukup	97	81,5
13. Asupan protein		
a.kurang	84	70,6
b.cukup	35	29,4

Kemudian data yang dihasilkan menurut asupan zat-zat gizi pada lansia diantaranya adalah distribusi frekuensi responden menurut asupan total energi terlihat bahwa sebagian besar responden kurang asupan total energinya yaitu sebesar 85.7%, sedangkan yang cukup asupan total energinya hanya 14,3% saja. Untuk distribusi frekuensi responden menurut asupan karbohidratnya, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki asupan karbohidrat yang kurang yaitu sebanyak 55.5%, sedangkan proporsi jumlah responden yang cukup asupan karbohidratnya sebesar 45%.

Distribusi frekuensi responden menurut asupan lemaknya, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki asupan lemak yang cukup yaitu sebanyak 81.5%, sedangkan untuk asupan lemak yang kurang hanya sekitar 18,5%. Distribusi frekuensi responden menurut asupan proteinnya, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki asupan protein yang kurang yaitu

sebanyak 70.6%, sedangkan proporsi jumlah responden yang memiliki asupan protein yang cukup hanya sekitar 29,4%.

Dari variabel konsumsi zat-zat gizi diatas terlihat bahwa sebagian besar responden masih sangat kurang asupan zat gizinya baik dari jumlah asupan total energi ,asupan karbohidrat dan juga asupan protein, sedangkan untuk asupan lemak tergolong cukup.

#### 5.4 Analisis Bivariat

**Tabel 5.4.1 Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur Dengan Status IMT Lansia**

Kelompok Umur	Status IMT				Total		p Value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
≤ 65 tahun	55	67.9	26	32.1	81	100.0	0.469
> 65 tahun	29	76.3	9	23.7	38	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Hasil analisis statistik tidak ada hubungan antara umur dengan status IMT, namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk lebih banyak pada kelompok umur < 65 tahun (32,1%) dibandingkan > 65 tahun (23,7%) sedangkan yang berstatus normal lebih banyak pada kelompok >65 tahun (76,3%) dibandingkan < 65 tahun (67,9%)

**Tabel 5.4.2 Distribusi Responden**

**Menurut Jenis Kelamin Dengan Status IMT Lansia**

Jenis kelamin	Status IMT				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
Laki-laki	27	77.1	8	22.9	35	100.0	0.754
perempuan	57	67.9	27	32.1	84	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Bila dilihat pada tabel diatas didapatkan hasil analisis statistik yaitu tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ , namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk lebih banyak pada kelompok perempuan (32,1%) dibandingkan laki-laki (22,9%) sedangkan yang berstatus IMT normal lebih banyak laki-laki (77,1%) dibandingkan perempuan (67,9%).

**Tabel 5.4.3 Distribusi Responden**

**Menurut Status Perkawinan Dengan Status IMT Lansia**

Status perkawinan	Status IMT				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
Masih ada pasangan	49	71.0	20	29.0	69	100.0	1.000
Tidak ada pasangan	35	70.0	15	30.0	50	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Hasil analisis statistik menurut tabel diatas diperoleh tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ , status IMT yang tergolong gemuk hampir sama pada kelompok status perkawinan yang tidak memiliki pasangan (30.0%) dibandingkan yang masih memiliki pasangan (29.0%) sedangkan yang berstatus IMT normal hampir sama antara yang masih ada pasangan (71%) dibandingkan dengan yang tidak ada pasangan (70,0%).

**Tabel 5.4.4 Distribusi Responden**

**Menurut Tingkat Pendidikan Dengan Status IMT Lansia**

Tingkat pendidikan	Status IMT				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			

rendah	61	74.4	21	25.6	82	100.0	0.255
tinggi	23	62.2	14	37.8	37	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Bila dilihat dari hasil analisis statistik pada tabel diatas diperoleh hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ , namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk lebih banyak pada kelompok tingkat pendidikan tinggi (37.8%) dibandingkan dengan yang tingkat pendidikannya rendah (25.6%) sedangkan yang berstatus IMT normal lebih banyak pada kelompok tingkat pendidikan rendah (74,4%) dibandingkan dengan yang pendidikan tinggi (62,2%).

**Table 5.4.5 Distribusi Responden**

**Menurut Status Pekerjaan Dengan Status IMT Lansia**

Status pekerjaan	Status IMT				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak bekerja	59	67.0	29	33.0	88	100.0	0.230
Masih bekerja	25	80.6	6	19.4	31	100.0	

<b>Jumlah</b>	<b>85</b>	<b>70.8</b>	<b>35</b>	<b>29.2</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	

Menurut data yang terlihat pada tabel diatas diperoleh hasil analisis statistik yaitu tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ , namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk lebih banyak pada kelompok tidak bekerja (33.0%) dibandingkan dengan yang masih bekerja (19.4%) demikian sebaliknya status IMT normal lebih banyak terjadi pada mereka yang masih berstatus masih bekerja (80,6%) dibandingkan mereka yang sudah tidak bekerja (67,0%)

.....

**Tabel 5.4.6 Distribusi Responden**

**Menurut Tingkat Penghasilan Dengan Kejadian Status IMT Lansia**

Tingkat penghasilan	Status IMT				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
rendah	63	72.4	24	27.6	87	100.0	0.621
tinggi	21	65.6	11	34.4	32	100.0	

<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	
---------------	-----------	-------------	-----------	-------------	------------	--------------	--

Hasil analisis statistik seperti yang tertera pada tabel diatas diperoleh hasil yaitu tidak adanya hubungan yang signifikan antara tingkat penghasilan dengan status IMT. Status IMT normal sebagian besar lebih banyak proporsinya pada mereka yang berstatus penghasilan rendah (72,4%) dibandingkan dengan yang berpenghasilan tinggi (65,6%) namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk lebih banyak pada kelompok yang berpenghasilan tinggi (34.4%) dibandingkan dengan yang berpenghasilan rendah (27.6%).

**Tabel 5.4.7 Distribusi Responden  
Menurut Kebiasaan Merokok Dengan Status Gizi Lansia**

Kebiasaan merokok	Status Gizi				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
ya	14	100.0	0	0.0	14	100.0	0.010
tidak	70	66.7	35	33.3	105	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Hasil analisis statistik ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan status IMT, namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk terjadi pada kelompok yang tidak merokok (33.3%).

**Tabel 5.4.8 Distribusi Responden  
Menurut Aktivitas Berolahraga Dengan Status Gizi Lansia**

Aktivitas berolahraga	Status gizi				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
ya	23	60.5	15	39.5	38	100.0	0.152
tidak	61	75.3	20	24.7	81	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

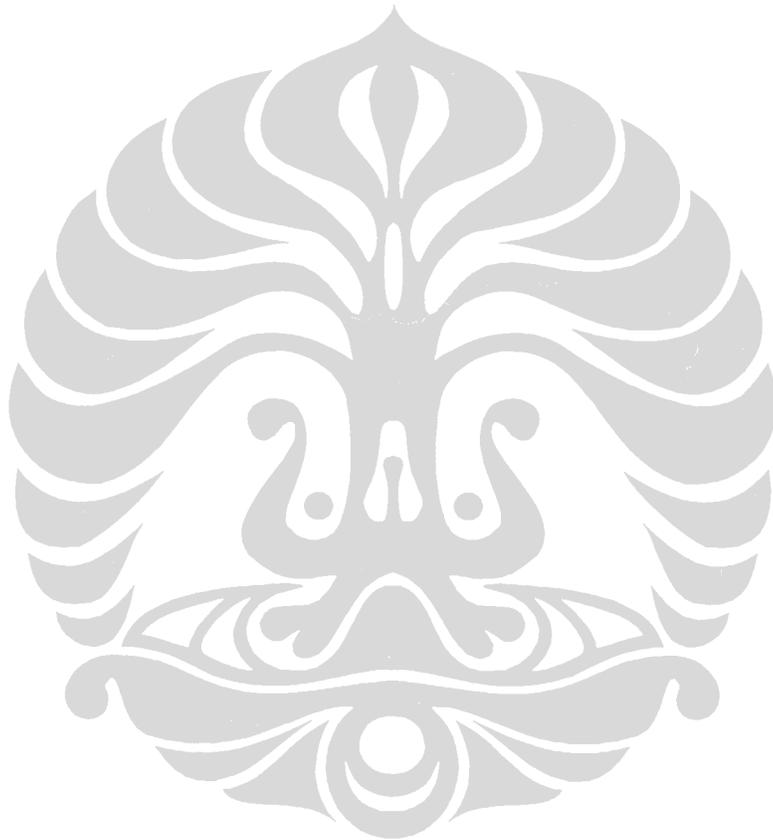
Hasil analisis statistik seperti yang terlihat pada tabel diatas yaitu diperoleh tidak ada hubungan yang bermakna antara aktivitas olahraga dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ . Status IMT normal lebih besar proporsinya terjadi pada yang tidak melakukan aktivitas olahraga secara rutin (75,3%) dibandingkan dengan yang beraktivitas olahraga rutin (60,5%) namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk terjadi pada kelompok yang berolahraga (39.5%) dibandingkan yang tidak berolahraga (24.7%)

**Tabel 5.4.9 Distribusi Responden  
Menurut Asupan Total Energi Dengan Status Gizi Lansia**

Asupan energi total	Status gizi				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
kurang	72	70.6	30	29.4	102	100.0	1.000
cukup	12	70.6	5	29.4	17	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Menurut data seperti yang tertera pada tabel diatas diperoleh hasil analisis statistik yang menyatakan tidak ada hubungan antara asupan energi total dengan status IMT karena

diperoleh hasil uji statistik  $p > 0,05$ . Ada kecenderungan yang sama antara mereka yang asupan energinya kurang dan cukup (70,6%) terhadap status IMT normal namun kecenderungan yang sama terjadi pula antara status IMT yang tergolong gemuk pada kelompok yang kurang asupan total energinya (29.4%) dibandingkan dengan yang cukup asupan total energinya (29.4%).



**Tabel 5.4.10 Distribusi Responden**

**Menurut Asupan Lemak Dengan Status Gizi Lansia**

Asupan lemak	Status gizi				Total		p Value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
kurang	17	77.3	5	22.7	22	100.0	0.615
cukup	67	69.1	30	30.9	97	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

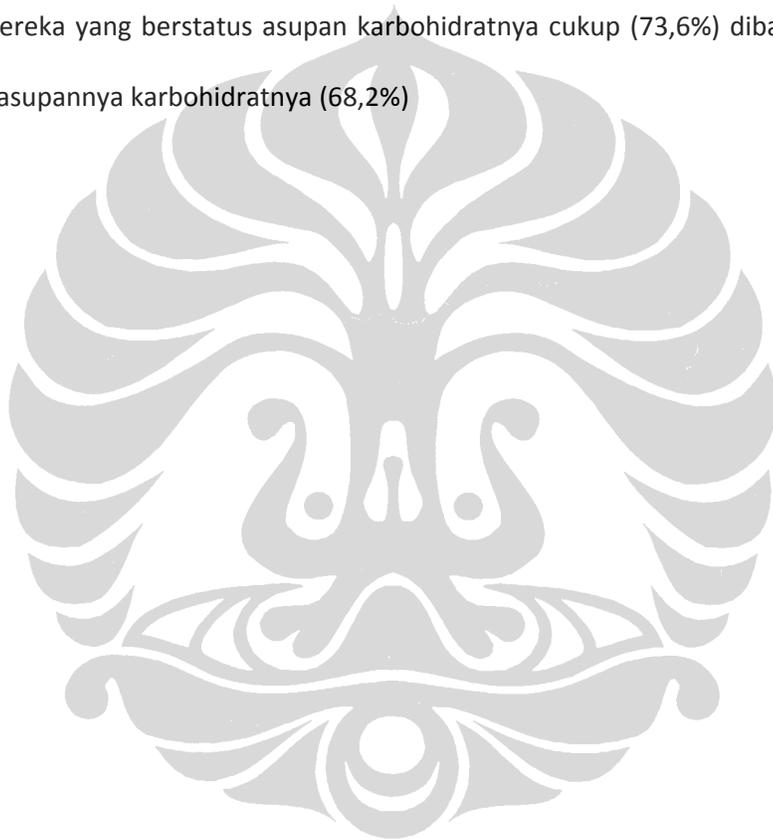
Bila dilihat dari data diatas maka dapat terlihat pada hasil analisis statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ . Status IMT normal lebih besar proporsinya terjadi pada mereka yang asupan lemaknya kurang (77,3%) dibandingkan yang asupan lemaknya cukup (69,1%) namun ada kecenderungan status IMT yang tergolong gemuk yang terjadi pada kelompok yang cukup asupan lemaknya (30.9%) dibandingkan dengan yang kurang asupan lemaknya (22.7%).

Asupan karbohidrat	Status gizi				Total		p value
	Normal		Gemuk				
	n	%	n	%	n	%	
kurang	45	68.2	21	31.8	22	100.0	0.615
cukup	39	73.6	14	30.9	97	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

**Tabel 5.4.11 Distribusi Responden**

**Menurut Asupan Karbohidrat Dengan Status Gizi Lansia**

Bila dilihat dari tabel distribusi responden menurut asupan karbohidrat dengan status IMT lansia diperoleh hasil analisis statistik yaitu tidak adanya hubungan yang signifikan antara asupan karbohidrat dengan status IMT karena diperoleh  $p > 0,05$ . Namun ada kecenderungan yang tidak jauh berbeda status IMT yang tergolong gemuk yang terjadi pada kelompok yang kurang asupan karbohidratnya (31.8%) dibandingkan dengan yang cukup asupan karbohidratnya (30.9%). Sedangkan yang berstatus IMT normal lebih besar proporsinya terjadi pada mereka yang berstatus asupan karbohidratnya cukup (73,6%) dibandingkan dengan yang kurang asupannya karbohidratnya (68,2%)



**Tabel 5.4.12 Distribusi Responden**

### Menurut Asupan Protein Dengan Status Gizi Lansia

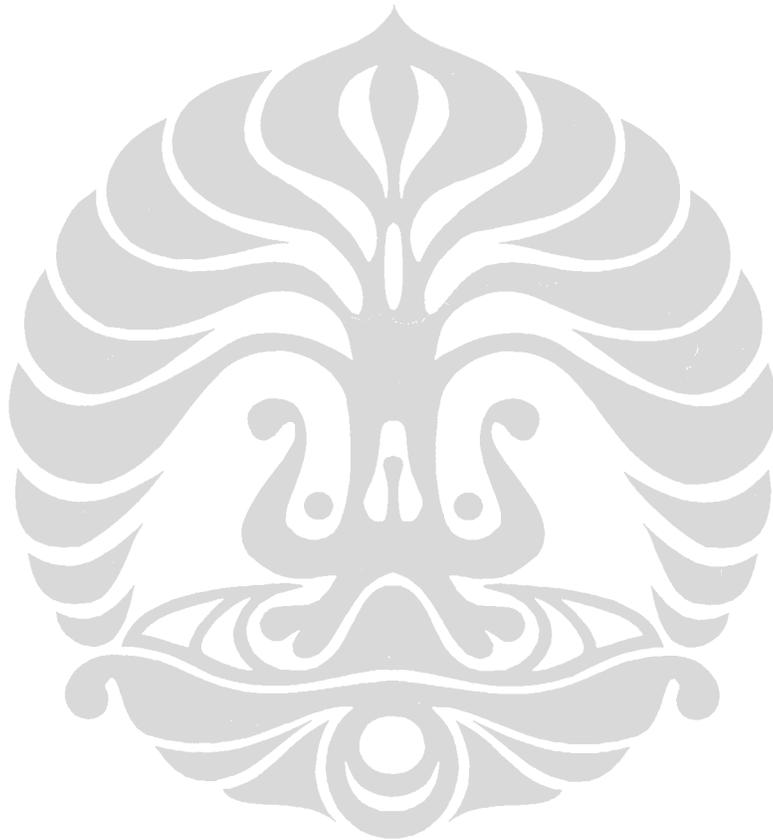
Asupan protein	Status gizi				Total		p value
	Normal		Gemuk		n	%	
	n	%	n	%			
kurang	59	70.2	25	29.8	84	100.0	1.000
cukup	25	71.4	10	28.6	35	100.0	
<b>Jumlah</b>	<b>84</b>	<b>70.6</b>	<b>35</b>	<b>29.4</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	

Menurut data yang terlihat pada tabel diatas diperoleh hasil analisis statistik yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan protein dengan status IMT. Status IMT yang tergolong gemuk yang terjadi pada kelompok yang kurang asupan proteinnya (29.8%) dibandingkan dengan yang cukup asupan proteinnya (28.6%). Sedangkan untuk yang berstatus IMT normal sendiri tidak jauh berbeda proporsinya terjadi pada responden yang asupan proteinnya kurang (70,2%) maupun yang asupan proteinnya cukup (71,4%).

Variabel	p value	Keputusan Uji
umur	0,469	Tidak bermakna

Jenis kelamin	0,754	Tidak bermakna
Status perkawinan	1,000	Tidak bermakna
Tingkat pendidikan	0,255	Tidak bermakna
Status pekerjaan	0,230	Tidak bermakna
Tingkat penghasilan	0,621	Tidak bermakna
Kebiasaan merokok	0,010	bermakna
Aktivitas olahraga	0,152	Tidak bermakna
Asupan total energi	1,000	Tidak bermakna
Asupan lemak	0,615	Tidak bermakna
Asupan karbohidrat	0,615	Tidak bermakna
Asupan protein	1,000	Tidak bermakna

**Tabel 5.5 Rekapitulasi Bivariat**



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah terletak pada jumlah tenaga pengumpul data yang hanya berjumlah 3 orang, namun dalam satu hari yang bekerja dalam pengumpulan data maksimal hanya 2 orang karena berganti secara bergiliran. Keterbatasan ini sangat mempengaruhi dalam kinerja baik ketika wawancara maupun pengukuran, kemudian juga mempengaruhi hasil pencapaian dari target sampel yang akan dicapai dalam satu hari.

Keterbatasan lainnya terletak pada kondisi lapangan yang terpencar tidak dalam satu wilayah yang sama, dengan demikian mempengaruhi efektivitas dan efisiensi waktu dalam pengumpulan data, kemudian keterbatasan lainnya yaitu jumlah waktu yang sedikit yaitu hanya 6 hari dan keterbatasan dana sehingga jumlah sampel hanya memenuhi sampel minimal ditambah 10% jumlah sampel minimal, peneliti mengetahui benar dengan jumlah sampel yang besar akan mendukung kemaknaan.

Keterbatasan pun terletak pada responden yang merupakan lansia yang telah berkurang pendengarannya, sehingga ada beberapa responden yang sulit untuk berkomunikasi. Kemudian dari suasana pada waktu penelitian pun yang kurang kondusif karena bersamaan dengan kegiatan majelis taklim (pengajian) ibu-ibu lansia dan juga kegiatan pemeriksaan kesehatan yang diadakan kader Rw Siaga setempat.

## **6.2 Variabel Yang Diteliti**

Pada penelitian ini variabel yang diteliti yaitu IMT, karakteristik individu (umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan) kemudian gaya hidup lansia (kebiasaan merokok dan aktivitas olahraga) kemudian faktor asupan zat gizi (total energi, asupan karbohidrat, asupan lemak, dan asupan protein). Masih banyak variabel lainnya yang berhubungan dengan status gizi lansia sehingga pada penelitian ini memiliki keterbatasan dalam variabel yang diteliti sehingga tidak dapat menggambarkan keadaan sebenarnya dari status gizi lansia.

### **6.3 Tenaga Dan kualitas data penelitian**

Tenaga dalam penelitian ini selain peneliti dibantu oleh 2 rekan mahasiswa jurusan gizi semester 8 dan juga dibantu oleh para kader-kader Posbindu Kelurahan Rangkapan Jaya Lama, Depok. Keterbatasan dalam jumlah tenaga ini berpengaruh terhadap hasil pencapaian jumlah sampel dan keefektivitasan dari proses wawancara itu sendiri.

Kualitas data penelitian telah diuji secara validitas dan juga realibitas dengan mengembangkan instrumen yang telah di uji coba terlebih dahulu sebelum dilakukan penelitian. Analisis data menggunakan perangkat software komputer sehingga dapat menjamin kualitas data yang diinginkan.

### **6.4 Kebiasaan Merokok Terhadap Status IMT**

Hasil analisis hubungan antara kebiasaan merokok dengan status gizi lanjut usia secara statistik ternyata bermakna ( $p < 0,05$ ). Pada tabel 5.4.7 mengenai distribusi responden menurut kebiasaan merokok dengan status gizi lansia terlihat proporsi status gizi gemuk terjadi pada lansia yang tidak merokok.

Hasil ini sesuai dengan pendapat WHO (1995) yang menyatakan bahwa merokok berhubungan dengan pengumpulan lemak abdomen disamping itu juga dapat menghambat kontraksi otot lambung sehingga akan mengurangi nafsu makan jadi pada lansia yang tidak merokok tidak akan mengurangi nafsu makannya sehingga akan lebih cenderung untuk menjadi gemuk. Demikian juga pada penelitian menurut Troisi dalam Djoko (1997) tentang hubungan kebiasaan merokok dengan rasio lingkaran pinggang lingkaran pinggul (RLPP), menunjukkan bahwa IMT perokok lebih rendah daripada bukan perokok dan bekas perokok dengan kata lain IMT bukan perokok atau bekas perokok akan lebih cenderung menjadi gemuk bila dibandingkan IMT perokok.

Kemudian hubungan yang bermakna antara kebiasaan merokok dengan status gizi lansia didukung pula oleh penelitian NHANES (1982) yang secara kohort mengikuti 1.985 para perokok dengan kelompok umur 25-75 tahun, menunjukkan hasil bahwa pada pemberhentian merokok (*smoking cessation*) mempunyai hubungan yang kuat dengan kenaikan berat badan.. (Troisi dalam Djoko, 1997). Sehingga sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa mereka yang tidak merokok ( tidak merokok/pernah merokok) akan lebih cenderung gemuk karena adanya kenaikan berat badan.

Sementara itu Williamson (1995) mendapatkan bahwa pemberhentian merokok meningkatkan berat badan rata-rata 2,8 kg pada pria dan 3,8 kg pada wanita. Begitu juga dengan penelitian FKM UI dengan dinas kesehatan DKI Jakarta (1998) dan Mardiyati (2004) yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara IMT dengan kebiasaan merokok sehingga dapat dikatakan bahwa lansia yang tidak merokok (tidak merokok/pernah merokok) akan lebih cenderung untuk menjadi gemuk.

## 6.5 Umur Terhadap Status IMT

Berdasarkan analisis hubungan statistic antara umur dengan status gizi diperoleh hasil  $p > 0,05$ , yang berarti secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan status gizi lansia. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suliastiningsih (2001) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada usia lanjut binaan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dengan 94 sampel. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Citraningsih (2003) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi menurut IMT (indeks massa tubuh) usia lanjut binaan Puskesmas Kecamatan Gambir tahun 2003, dengan 103 sampel.

Bila melihat pada tabel 5.4.1 terlihat bahwa proporsi obesitas lebih besar pada kelompok umur  $\leq 65$  tahun (32,1%) dibandingkan dengan yang  $>65$  tahun (23,7%) Hal ini berbeda dengan pendapat Garrow yang menyatakan persentase lemak tubuh biasanya meningkat sejalan dengan bertambahnya umur, kemudian berbeda pula berdasarkan hasil survei di Inggris terhadap 5.000 responden laki-laki dan 5.000 responden perempuan yang berumur 16-64 tahun pada tahun 1980, ternyata prevalensi obesitas dengan kriteria IMT ( $>30 \text{ kg/m}^2$ ) lebih tinggi pada responden yang umurnya lebih tua (Gregory et al, 1990 dalam Garrow, 1993) kemudian menurut Wahlqvist (1997) yang dikutip Suryantan (2003) menyatakan bahwa 39% penduduk laki-laki di Australia yang berumur 20-69 tahun menderita *overweight* dan 9% menderita obese pada penelitiannya tahun 1989 dan didapatkan hasil prevalensi obesitasnya ternyata lebih tinggi pada kelompok umur yang lebih tua

Hubungan yang tidak bermakna antara umur lansia dengan status IMT mungkin disebabkan karena selain umur, gaya hidup lansia juga menentukan status gizi lansia itu sendiri. Namun hasil penelitian ini berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningrum (2000) dan Mardiyati (2004) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan status gizi lansia karena didapatkan nilai uji statistik  $P < 0.05$ . Terjadinya perbedaan hasil penelitian dimungkinkan oleh jumlah sampel yang berbeda karena jumlah sampel yang dilakukan oleh Mardiyati (2004) lebih besar yaitu 125 responden daripada penelitian ini yang hanya mengambil 119 responden kemudian juga karena perbedaan pengelompokan umur.

#### **6.6 Jenis Kelamin Terhadap Status IMT**

Pada penelitian ini diperoleh gambaran bahwa proporsi lansia perempuan (70.6%) jauh lebih besar bila dibandingkan dengan proporsi laki-laki (29.4%). Prevalensi gizi lebih pada penelitian ini tidak jauh berbeda antara lansia perempuan (32.1%) dibandingkan dengan lansia laki-laki (22.9%). Hasil ini sesuai dengan banyak penelitian yang melaporkan bahwa kelebihan berat badan lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. (Garrow, 1993, Sutedjo 1994, Departemen Kesehatan, 1996).

Banyak penelitian yang melaporkan bahwa keadaan kelebihan berat badan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria (Sutedjo, 1994 dalam Tanaya, 1999). Berdasarkan survei IMT di Indonesia pada tahun 1996, kelompok umur 41-55 tahun merupakan kelompok rawan timbulnya gizi lebih dan obesitas, sedangkan prevalensi obesitas 2 kali lipat pada kelompok perempuan dibandingkan kelompok laki-laki (Kodyat, 1996).

Demikian halnya dengan teori Kuczmarski (1992) dan Garrow (1993) yang menyatakan bahwa gizi lebih banyak terjadi pada perempuan daripada laki-laki. Hal ini dapat terjadi karena pada Wanita mempunyai lebih banyak sel lemak per kilogram berat badan dibandingkan pria, karena wanita mempunyai BMR lebih rendah daripada pria, sehingga kelebihan energi yang dikonsumsi akan disimpan dalam bentuk lemak di bawah kulit ( Eschleman, 1984 dalam Tanaya 1999).

Pada penelitian ini angka gizi lebih jauh lebih besar dari survey IMT yang dilakukan di 12 kotamadya Indonesia yang dilakukan oleh DEPKES RI (1996), dimana pada kelompok umur >55 tahun gizi lebih pada pria sebesar 8,8% dan pada wanita sebesar 10,8%.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi lanjut usia ( $p>0,05$ ). Hasil ini sesuai dengan dengan penelitian Harun (1998) dan Napitupulu (2002) yang juga menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status lansia, namun hasil ini berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mardiyati (2004) dan juga Citraningsih (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi pada lansia karena diperoleh  $p<0,05$ .

## 6.7 Status Perkawinan Terhadap Status IMT

Dari 119 lansia yang menjadi responden ada 69 lansia (64,0%) yang berstatus menikah (masih memiliki pasangan) lebih banyak dibandingkan dengan yang berstatus duda/janda/tidak menikah sementara pada mereka yang berstatus IMT gemuk lebih banyak diderita oleh mereka yang berstatus duda/janda/tidak menikah. Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dan status gizi lansia ternyata secara statistic tidak bermakna ( $p>0,05$ ), hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Harun (2001), Napitupulu (2002), Citraningsih (2003) dan juga Mardiyati (2004).

Namun berbeda dengan laporan WHO (1995) sebagaimana dikujtip oleh Edmon (1997) menyatakan adanya hubungan antara status perkawinan dan status gizi. wanita yang sudah menikah lebih cenderung mengalami penambahan berat badan dikemudian hari. Setelah dilakukan penyesuaian dengan tingkat pendidikan dan pendapatan per kapita kemungkinan penyebab tidak adanya hubungan bermakna antara status perkawinan dengan status gizi lansia adalah peran keluarga dalam pengaturan makanan dan pengawasan kesehatan lansia.

Kemudian dengan adanya peran kader Rw Siaga sendiri yang mengadakan ruang konsultasi, perkumpulan arisan, majelis taklim (pengajian), pemeriksaan kesehatan rutin, pemberantasan buta huruf dan juga keterlibatan dari tetangga sekitar maupun sanak famili terdekat menjadi tempat bagi para lansia dalam tukar-menukar informasi mengenai pentingnya asupan gizi maupun penerimaan konsumsi makanan yang akan berpengaruh terhadap asupan dari lansia itu sendiri tanpa memperhatikan status pendidikannya.

## 6.8 Tingkat Pendidikan Terhadap Status IMT

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang juga dapat mempengaruhi status gizi. Pendidikan yang memadai mempunyai pengaruh besar terhadap kemajuan sosial ekonomi seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat sosial ekonomi akan semakin membaik dan kemandirian semakin mantap. Selain itu pendidikan yang telah ditempuh seorang lanjut usia akan mempengaruhi wawasan, pola pikir, dan pola perilaku dalam kehidupannya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan mempermudah seseorang untuk mendapatkan pengetahuan dan informasi khususnya tentang makanan yang baik untuk kesehatannya, rendahnya tingkat pendidikan dapat mempengaruhi status gizi lanjut usia disebabkan karena ketidak tahuan konsumsi zat gizi yang terkandung dalam makanan dan dapat mengakibatkan masalah kesehatan (Mardiyati, 2004).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Soejono (1996) menyatakan bahwa taraf pendidikan seseorang berpengaruh terhadap keadaan gizinya, bukan saja karena akan berpengaruh terhadap jenis pekerjaan/pendapatan melainkan kepada pengertian akan pentingnya makanan bergizi yang harus dikonsumsi.

Sebagian besar lanjut usia binaan Posbindu Rangkaian Jaya Lama Kecamatan Pancoran Mas memiliki tingkat pendidikan yang rendah (dibawah SMP) yaitu sebesar 68,9% sedangkan yang tingkat pendidikannya menengah (SMP-SMU) ada sebanyak 23,5% dan yang berpendidikan tinggi (perguruan tinggi) hanya ada 7,6%. Hasil ini sesuai dengan profil penduduk lanjut usia di Indonesia dalam analisis data SUSENAS 1995 (Rusna dan Riyadina,1999), dimana sebagian besar lansia (50,4%) berpendidikan tidak tamat SD, tamat SD (42,4%) dan hanya (7,4%) lansia dengan tingkat pendidikan  $\geq$  SMP. Citraningsih (2003) dalam penelitiannya juga mencatat bahwa sebagian besar lansia (57,3%) berpendidikan rendah (dibawah SMP).

Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tingkat pendidikan formal tidak berhubungan secara bermakna dengan status gizi lansia ( $p > 0,05$ ). Hasil ini diasumsikan sekalipun pendidikan tinggi tidak selalu diiringi dengan kesadaran untuk berperilaku memilih makanan yang sesuai dengan yang dianjurkan. Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian Harun (1998), Sulistianingsih (2001), Citraningsih (2003) dan Mardayati (2004).

Berbeda dengan hasil penelitian FKM UI dan dinas kesehatan DKI Jakarta (1998) sebagaimana dikutip Harun (1998) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara IMT dengan tingkat pendidikan. Tinggi atau rendahnya tingkat pendidikan responden tentunya akan berpengaruh terhadap pengetahuan gizi mereka. Demikian juga dengan hasil penelitian Soejono (1996) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap jenis pekerjaan atau pendapatan melainkan kepada pengertian akan pentingnya makanan bergizi yang harus dikonsumsi.

Dengan adanya pembinaan rutin dari kader RW siaga tentunya akan dapat meningkatkan pengetahuan gizi mereka sehingga kesadaran mereka juga meningkat yang pada akhirnya status gizi lansia juga normal bahkan status gizi lebih. Hal inilah yang menjadi penyebab tidak adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status gizi lansia.

Kemudian dengan adanya peran kader R w Siaga sendiri yang mengadakan ruang konsultasi, perkumpulan arisan, majelis taklim (pengajian), pemeriksaan kesehatan rutin, pemberantasan buta huruf dan juga keterlibatan dari tetangga sekitar maupun sanak famili terdekat menjadi tempat bagi para lansia dalam tukar-menukar informasi mengenai pentingnya asupan gizi maupun penerimaan konsumsi makanan yang akan berpengaruh terhadap asupan dari lansia itu sendiri tanpa memperhatikan status pendidikannya.

## 6.9 Status Pekerjaan Terhadap Status IMT

Dari hasil analisis bivariat antara status pekerjaan lanjut usia dengan status gizi diperoleh hasil bahwa ternyata tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel status pekerjaan dengan status gizi lansia ( $p > 0,05$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulistianingsih (2001) dan juga Mardiyati (2004).

Tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan status gizi lanjut usia karena sebagian besar responden pada penelitian ini adalah ibu-ibu rumah tangga yang memang berstatus tidak bekerja sejak dulu tetapi masih tetap melakukan pekerjaan rumah tangga, selain itu juga responden yang masih bekerja sebagian besar bukan dengan jenis pekerjaan yang berat sehingga energi yang dikeluarkan juga tidak jauh berbeda dengan lansia yang tidak bekerja.

Kemudian dengan adanya peran kader Rw Siaga sendiri yang mengadakan ruang konsultasi, perkumpulan arisan, majelis taklim (pengajian), pemeriksaan kesehatan rutin, pemberantasan buta huruf dan juga keterlibatan dari tetangga sekitar maupun sanak famili terdekat menjadi tempat bagi para lansia dalam tukar-menukar informasi mengenai pentingnya asupan gizi maupun penerimaan konsumsi makanan yang akan berpengaruh terhadap asupan dari lansia itu sendiri tanpa memperhatikan status pekerjaannya.

## 6.10 Tingkat Pendapatan Terhadap Status IMT

Prevalensi status IMT gemuk lebih banyak terjadi pada kelompok yang memiliki pendapatan yang tinggi dibandingkan dengan pendapatan yang rendah. Hal ini dapat dipahami karena dengan keadaan ekonomi yang membaik dan tersedianya berbagai makanan siap saji yang enak dan kaya energi dapat menjadikan lansia mengkonsumsi zat-zat gizi melebihi dari kebutuhan tubuh. Hal ini akan membawa lansia pada keadaan status IMT obesitas (Muis S. Fatimah dalam Darmojo, 1999)

Dari hasil analisis hubungan tingkat pendapatan dengan status gizi lanjut usia diperoleh hasil bahwa secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan status gizi lansia. Hal ini sama dengan penelitian Harun (1998), Citraningsih (2003) dan Mardiyati (2004), namun berbeda dengan penelitian Mourbas (1997) dan juga Rosely Sichieri et al (1989) di Brazil dalam Harun (1998) yang menyatakan adanya hubungan kejadian obesitas dengan tingkat pendapatan.

Meskipun berdasarkan teori ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan status gizi, tetapi tidak menjamin tinggi/rendahnya pendapatan responden akan membuat status mereka menjadi lebih/normal. Bagi yang berpenghasilan rendah, hampir semuanya dibelanjakan untuk makanan, sedangkan orang yang berpenghasilan tinggi dibelanjakan untuk makanan yang mempunyai kualitas tinggi dan dalam jumlah yang berlebihan (Berg, 1986 dalam Tanaya 1999)

Hubungan yang tidak bermakna terjadi karena adanya kemungkinan sebagian pendapatan tersebut lebih banyak dipergunakan untuk biaya non pangan, karena kemungkinan responden masih mempunyai tanggungan keluarga, sebaliknya responden yang berpenghasilan rendah tidak menjamin menyebabkan status gizi mereka kurang karena kemungkinan adanya

bantuan berupa biaya hidup dari anak atau keluarga mereka yang lain tentunya akan sangat membantu responden dalam memenuhi kebutuhan gizi mereka. Kondisi seperti ini kemungkinan menjadi penyebab tidak adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan status gizi pada lansia.

Kemudian dengan adanya peran kader Rw Siaga sendiri yang mengadakan ruang konsultasi, perkumpulan arisan, majelis taklim (pengajian), pemeriksaan kesehatan rutin, pemberantasan buta huruf dan juga keterlibatan dari tetangga sekitar maupun sanak famili terdekat menjadi tempat bagi para lansia dalam tukar-menukar informasi mengenai pentingnya asupan gizi maupun penerimaan konsumsi makanan yang akan berpengaruh terhadap asupan dari lansia itu sendiri tanpa memperhatikan tingkat pendapatannya..

Selain itu, hasil yang berbeda pada penelitian ini dengan Mourbas (1997) dapat dilihat dari perbedaan kriteria pendapatannya. Pada penelitian Mourbas digunakan kriteria Kamsu (2000) yang membagi pendapatan menjadi pendapatan rendah yaitu sebesar Rp <200.000, pendapatan sedang yaitu antara Rp 200.000 s/d 1.400.000 kemudian pendapatan tinggi yaitu Rp > 1.400.000, sedangkan pada penelitian ini menggunakan kriteria Sitorus (2002) yang membagi pendapatan menjadi pendapatan rendah yaitu Rp ≤ 599.900, pendapatan sedang yaitu antara Rp 600.000-999.900 kemudian pendapatan tinggi yaitu sebesar Rp ≥ 1.000.000

### **6.11 Aktivitas Olahraga Terhadap Status IMT**

Berdasarkan analisis hubungan antara aktivitas olahraga dengan status gizi lanjut usia pada penelitian ini diperoleh tidak adanya hubungan yang bermakna antara aktivitas olahraga dengan status gizi lansia ( $p > 0,05$ ). Hasil ini sama dengan penelitian Harun (1998) dan penelitian Mardiyati (2004). Namun berbeda dengan dengan laporan WHO (2003) yang menyatakan

bahwa aktivitas olahraga dapat mencegah terjadinya penambahan berat badan yang tidak sehat yaitu berat badan berlebih dan obesitas, yang juga berhubungan dengan penurunan angka kesakitan dan kematian.

Demikian pula Kessges (1992) yang dikutip oleh Tanaya (1999) menyatakan bahwa dengan bertambahnya tingkat aktivitas fisik akan berhubungan dengan penurunan berat badan. Berat/ringannya aktivitas fisik akan meningkatkan aktivitas metabolisme makanan, dengan sendirinya akan mempengaruhi jumlah makanan yang dikonsumsi yang akhirnya akan mempengaruhi status gizi seseorang.

Schoeller (1998) menyatakan bahwa berdasarkan hasil survey longitudinal di Amerika dan Finlandia, orang dewasa yang bergaya hidup santai lebih besar risiko penambahan berat badannya dibandingkan dengan orang dewasa yang aktif. Disamping itu, berdasarkan hasil studi longitudinal dan cross sectional bahwa penurunan aktivitas fisik dapat meningkatkan IMT, lemak tubuh, dan prevalensi *overweight*.

Adanya hubungan yang tidak bermakna pada penelitian ini dimungkinkan karena kebanyakan dari responden lansia adalah ibu-ibu yang berstatus ibu rumah tangga sehingga aktivitasnya olahraganya adalah homogen dan termasuk pekerjaan tingkat ringan sehingga indeks aktivitasnya kurang bervariasi, kemudian penyebab lainnya yaitu adanya pembinaan dari kader RW siaga yang mengadakan kegiatan senam kesegaran jasmani yang rutin setiap minggunya, disamping itu kemungkinan karena konsumsi makanan para lanjut usia cenderung melebihi kebutuhan. Semua keadaan tersebut kemungkinan yang dapat menjadi penyebab tidak adanya hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan status gizi lansia.

#### **Pola Asupan Makanan (Faktor Gizi)**

## 6.12 -Asupan Total Energi Terhadap Status IMT

Nestle (2003) menyatakan bahwa status IMT overweight disebabkan oleh asupan energi yang berlebihan tetapi pada penelitian ini, proporsi kejadian status IMT gemuk adalah sama antara kelompok lansia yang total asupannya energinya cukup dengan kelompok yang total asupan energinya kurang, masing-masing sebesar 29,4%.

Dari uji statistik *chi square* mendapatkan hasil yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara total energi yang dikonsumsi dengan status IMT dimana nilai  $p > 0,05$ . Hasil penelitian ini sama dengan Formayoza (2002) dan Handayani (2002). Namun berbeda halnya dengan penelitian Mourbas (1997), Napitupulu (1998) dan Citraningsih (2003) dimana menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara total energi dengan status IMT.

Faktor-faktor yang mungkin menyebabkan penelitian ini tidak bisa membuktikan ada perbedaan proporsi total asupan energi terhadap status IMT diantaranya adalah karena perbedaan kategori yang digunakan. Pada penelitian ini membandingkan total asupan energi responden dengan angka kecukupan energi berdasarkan umur dan jenis kelamin hasil Widya Karya Pangan Dan Gizi VIII tahun 2004. Sedangkan penelitian lain membandingkan asupan energinya dengan rata-rata kebutuhan energi untuk orang Indonesia yaitu sebesar 2150 kkal.

Disamping itu, menurut Soekirman (1994) di Cina berdasarkan hasil penelitian, kegemukan (obesitas) lebih banyak terkait dengan jenis atau apa yang dimakan daripada jumlah atau berapa banyak yang dimakan. Hal ini disebabkan karena rata-rata asupan energi penduduk Cina lebih tinggi dibandingkan rata-rata asupan penduduk Amerika. Perbedaannya ternyata pada asupan sumber energi, dimana orang Cina sumber energinya lebih banyak dari karbohidrat dan asupan lemaknya sedikit yaitu hanya 1/3 dari pada pola makan orang Amerika.

Data total asupan energi pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode *Recall* 24 jam, menurut Gersovitz et al (1978) yang dikutip oleh Gibson (1990), masalah yang dihadapi dalam metode *Recall* 24 jam adalah *flat slope syndrome*, yaitu orang cenderung untuk melebihkan asupan yang rendah dan mengurangi asupan yang tinggi. Sedangkan menurut Willet (1998) orang obese cenderung untuk menyembunyikan asupan makannya. Kedua masalah tersebut dapat menyebabkan tidak terbuktinya adanya perbedaan yang bermakna antara total asupan energi dengan status IMT pada lansia.

Kemudian hal lainnya yaitu dimungkinkan karena kelemahan dari pencatatan *Recall* 24 jam itu sendiri karena mengharuskan setiap lansia dapat mengingat jenis, jumlah dan frekuensi makanan yang dikonsumsi oleh lansia, sedangkan lansia sendiri seperti yang telah dikemukakan oleh Bustan (1997) bahwa lansia memiliki penurunan dalam ingatan sehingga banyak lansia yang tidak melaporkan semua makanannya yang dikonsumsi 24 jam kemarin. Kemudian kelemahan lainnya yaitu *Recall* 24 jam tidak dapat dengan jelas menentukan variasi makanan yang biasanya dikonsumsi lansia setiap harinya karena ada kemungkinan pada waktu penelitian, variasi makanannya berbeda dengan yang biasa dikonsumsi oleh lansia setiap harinya.

Selain itu, jumlah asupan energi berhubungan dengan 3 fenomena yang saling berkaitan. Ketiga fenomena tersebut adalah : (1) tidak dilaporkannya beberapa jenis makanan yang dikonsumsi, (2) terlalu rendah dalam memperkirakan besar porsi makanan, dan (3) tidak dilaporkannya makanan selingan/snack yang dikonsumsi (Lafay et al dalam Suryantan, 2003)

Selain hal itu kemungkinan lainnya yaitu banyak lansia yang sedang dalam keadaan sakit sehingga terjadi penurunan nafsu makan yang jelas akan mempengaruhi intake makanan mereka.

### 6.13 Asupan Karbohidrat Terhadap Status IMT

Studi pada penderita obese tingkat berat yang diberikan diet rendah karbohidrat vs rendah lemak, membuktikan bahwa pada penderita obese yang diberi rendah karbohidrat, berat badannya lebih banyak turun dalam waktu 6 bulan dibandingkan dengan yang diberi diet lemak dan kalori dibatasi. Penurunan berat badan yang lebih tinggi ini, diduga karena diet rendah karbohidrat dapat mengurangi asupan kalori secara keseluruhan (Suryantan, 2003). Meskipun demikian, dalam penelitian ini ditemukan proporsi kejadian status IMT gemuk pada responden yang asupan karbohidrat cukup (30,9%) lebih sedikit jika dibandingkan pada responden yang asupan karbohidratnya kurang (31,8%)

Hasil uji statistik *chi square* menunjukkan bahwa data membuktikan tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat dengan status IMT lansia ( $p > 0,05$ ). Hasil ini sejalan dengan Handayani (2002) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat terhadap status IMT.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Mourbas (1997) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat dengan IMT ( $p < 0,05$ ). Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden pada Mourbas (1997) sebesar 499 orang, jauh lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dalam penelitian ini yang hanya 119 orang. Menurut Bachtiar dkk (2000), besar sampel atau *sample size* berhubungan dengan kemaknaan. Selain itu, dapat disebabkan juga karena perbedaan dalam penggunaan jenis uji analisis statistiknya, Mourbas (1997) menggunakan uji t untuk melihat hubungan karbohidrat dengan IMT.

Data total asupan karbohidrat pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode *Recall* 24 jam, menurut Gersovitz et al (1978) yang dikutip oleh Gibson (1990), masalah

yang dihadapi dalam metode *Recall 24 jam* adalah *flat slope syndrome*, yaitu orang cenderung untuk melebihkan asupan yang rendah dan mengurangi asupan yang tinggi. Sedangkan menurut Willet (1998) orang obese cenderung untuk menyembunyikan asupan makannya. Kedua masalah tersebut dapat menyebabkan tidak terbuktinya adanya perbedaan yang bermakna antara total asupan karbohidrat dengan status IMT pada lansia.

Kemudian hal lainnya yaitu dimungkinkan karena kelemahan dari pencatatan *Recall 24 jam* itu sendiri karena mengharuskan setiap lansia dapat mengingat jenis, jumlah dan frekuensi makanan yang dikonsumsi oleh lansia, sedangkan lansia sendiri seperti yang telah dikemukakan oleh Bustan (1997) bahwa lansia memiliki penurunan dalam ingatan sehingga banyak lansia yang tidak melaporkan semua makanannya yang dikonsumsi 24 jam kemarin. Kemudian kelemahan lainnya yaitu *Recall 24 jam* tidak dapat dengan jelas menentukan variasi makanan yang biasanya dikonsumsi lansia setiap harinya karena ada kemungkinan pada waktu penelitian, variasi makanannya berbeda dengan yang biasa dikonsumsi oleh lansia setiap harinya.

#### **6.14 Asupan Lemak Terhadap Status IMT**

Menurut Tremblay (1992) dan Dreon (1988) dalam WHO 1995 menyatakan bahwa makanan yang mengandung lemak mempunyai kontribusi terhadap kecenderungan penambahan berat badan pada masa dewasa, terutama sekali pada usia separuh baya, kemudian dapat dilihat dari rendahnya aktivitas fisik juga merupakan faktor penyebab penambahan berat badan.

Hasil uji statistik chi square menunjukkan bahwa data membuktikan tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status IMT lansia ( $p > 0,05$ ). Hasil ini sejalan dengan Kartisem (2001) dan Handayani (2002) yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara asupan lemak terhadap status IMT.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan Mourbas (1997) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat dengan IMT ( $p < 0,05$ ). Hal ini dapat disebabkan karena jumlah responden pada Mourbas (1997) sebesar 499 orang, jauh lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden dalam penelitian ini yang hanya 119 orang. Menurut Bachtiar dkk (2000), besar sampel atau *sample size* berhubungan dengan kemaknaan. Selain itu, dapat disebabkan juga karena perbedaan dalam penggunaan jenis uji analisis statistiknya, Mourbas (1997) menggunakan uji t untuk melihat hubungan karbohidrat dengan IMT.

Data total asupan lemak pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode recall 24 jam, menurut Gersovitz et al (1978) yang dikutip oleh Gibson (1990), masalah yang dihadapi dalam metode *Recall 24 jam* adalah *flat slope syndrome*, yaitu orang cenderung untuk melebihkan asupan yang rendah dan mengurangi asupan yang tinggi. Sedangkan menurut Willet (1998) orang obese cenderung untuk menyembunyikan asupan makannya. Kedua masalah tersebut dapat menyebabkan tidak terbuktinya adanya perbedaan yang bermakna antara total asupan lemak dengan status IMT pada lansia.

Kemudian hal lainnya yaitu dimungkinkan karena kelemahan dari pencatatan *Recall 24 jam* itu sendiri karena mengharuskan setiap lansia dapat mengingat jenis, jumlah dan frekuensi makanan yang dikonsumsi oleh lansia, sedangkan lansia sendiri seperti yang telah dikemukakan oleh Bustan (1997) bahwa lansia memiliki penurunan dalam ingatan sehingga banyak lansia yang

tidak melaporkan semua makanannya yang dikonsumsi 24 jam kemarin. Kemudian kelemahan lainnya yaitu *Recall 24 jam* tidak dapat dengan jelas menentukan variasi makanan yang biasanya dikonsumsi lansia setiap harinya karena ada kemungkinan pada waktu penelitian, variasi makanannya berbeda dengan yang biasa dikonsumsi oleh lansia setiap harinya.

#### **6.15 Asupan Protein Terhadap Status IMT**

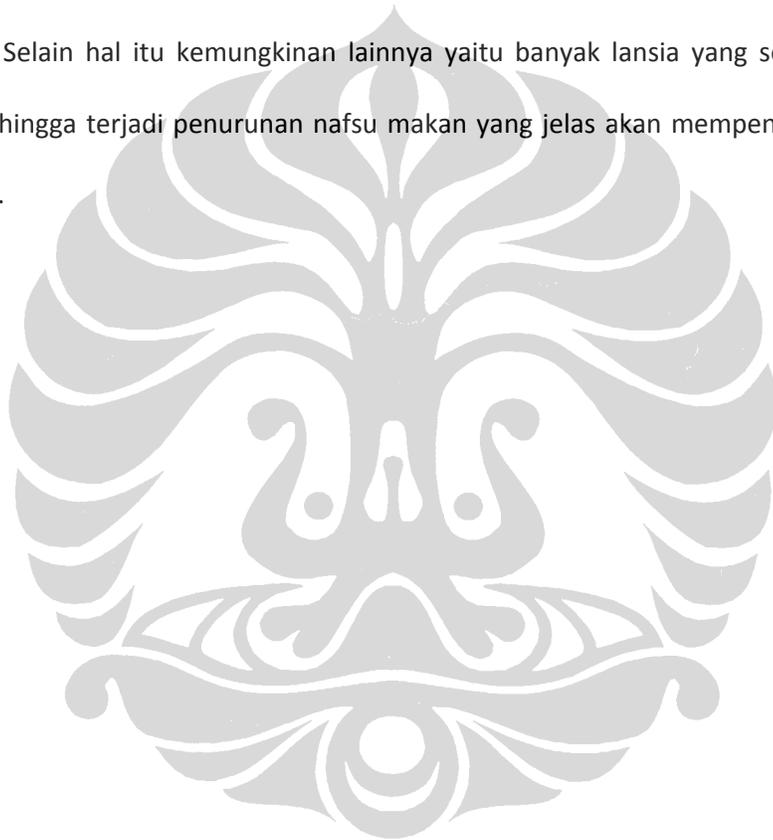
Dari uji statistik chi square mendapatkan hasil yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara asupan protein yang dikonsumsi dengan status IMT dimana nilai  $p > 0,05$ . Hasil penelitian ini sama dengan Citraningsih (2003) yaitu tidak bermaknanya hubungan asupan protein dengan status IMT karena nilai  $p > 0,05$ . Namun berbeda halnya dengan penelitian Mourbas (1997), dimana menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara asupan protein dengan status IMT.

Data total asupan energi pada penelitian ini diperoleh dengan menggunakan metode *recall 24 jam*, menurut Gersovitz et al (1978) yang dikutip oleh Gibson (1990), masalah yang dihadapi dalam metode *Recall 24 jam* adalah *flat slope syndrome*, yaitu orang cenderung untuk melebihkan asupan yang rendah dan mengurangi asupan yang tinggi. Sedangkan menurut Willet (1998) orang obese cenderung untuk menyembunyikan asupan makannya. Kedua masalah tersebut dapat menyebabkan tidak terbuktinya adanya perbedaan yang bermakna antara total asupan energi dengan status IMT pada lansia.

Tidak bermaknanya pola asupan total energi terhadap status IMT dimungkinkan karena kelemahan dari pencatatan *Recall 24 jam* itu sendiri karena mengharuskan setiap lansia dapat mengingat jenis, jumlah dan frekuensi makanan yang dikonsumsi oleh lansia, sedangkan lansia

sendiri seperti yang telah dikemukakan oleh Bustan (1997) bahwa lansia memiliki penurunan dalam ingatan sehingga banyak lansia yang tidak melaporkan semua makanannya yang dikonsumsi 24 jam kemarin. Kemudian kelemahan lainnya yaitu *Recall* 24 jam tidak dapat dengan jelas menentukan variasi makanan yang biasanya dikonsumsi lansia setiap harinya karena ada kemungkinan pada waktu penelitian, variasi makanannya berbeda dengan yang biasa dikonsumsi oleh lansia setiap harinya.

Selain hal itu kemungkinan lainnya yaitu banyak lansia yang sedang dalam keadaan sakit sehingga terjadi penurunan nafsu makan yang jelas akan mempengaruhi intake makanan mereka.



## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

Menurut karakteristik pada lansia dihasilkan data yaitu distribusi frekuensi responden menurut status IMT terlihat bahwa sebagian besar responden berstatus gizi normal dengan proporsi sebesar 56.3%, distribusi frekuensi responden menurut kelompok umur terlihat bahwa