



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, KARAKTERISTIK
KELUARGA DAN LANSIA DENGAN PEMENUHAN
NUTRISI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BOGOR SELATAN**

**MEIRINA
0906594444**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, KARAKTERISTIK
KELUARGA DAN LANSIA DENGAN PEMENUHAN
NUTRISI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BOGOR SELATAN**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**MEIRINA
0906594444**

Pembimbing:

Dra. Junaiti Sahar SKp.M.App.Sc.,PhD

Etty Rekawati, SKp.,MKM

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

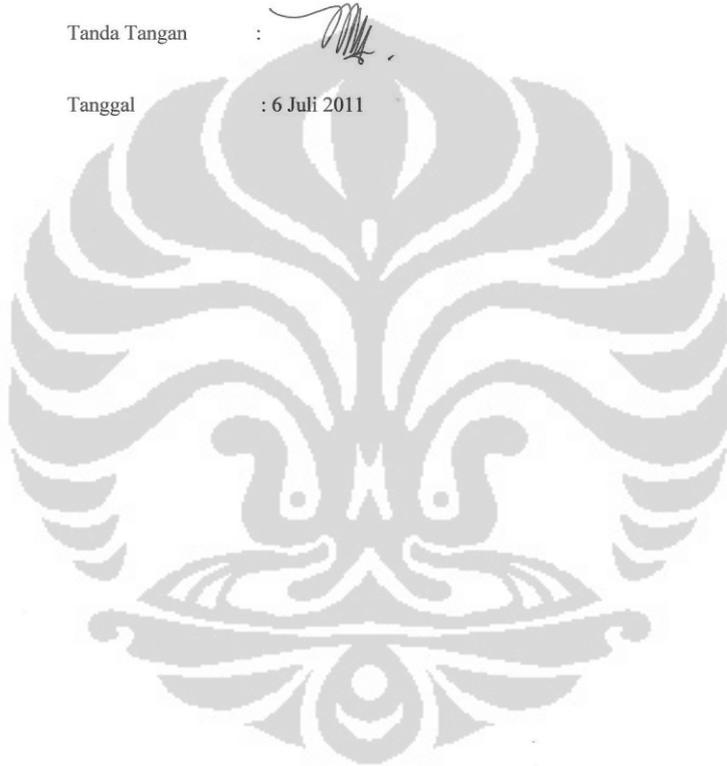
Nama : Meirina

NPM : 0906594444

Tanda Tangan :



Tanggal : 6 Juli 2011



HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, KARAKTERISTIK
KELUARGA DAN LANSIA DENGAN PEMENUHAN
NUTRISI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BOGOR SELATAN**

Telah disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program
Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 12 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar SKp., M.App.Sc., PhD.

Pembimbing II



Etty Rekawati, SKp., MKM.

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Meirina
NPM : 0906594444
Program Studi : Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas. Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, SKp.,M.App.Sc., PhD ()

Pembimbing II: Etty Rekawati, SKp.,MKM ()

Penguji : Astuti Yuni Nursasi, SKp.,MN ()

Penguji : Ns. Ni Putu Ariani, SKp., M.Kep.,Sp.Kom ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul "Hubungan Dukungan, Karakteristik Keluarga, dan Lansia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan". Penulisan ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan, Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Pada penyusunan tesis ini penulis mendapat bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menghaturkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawati, MA, PhD. Sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., PhD. Sebagai Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Pembimbing Akademik dan Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran untuk membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan tesis ini.
3. Astuti Yuni Nursasi, SKp.MN. Sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Etty Rekawati, SKp. MKM. Sebagai Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan memberi arahan selama penyusunan tesis ini.
5. Staf Pengajar dan Staf Administrasi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama proses belajar mengajar.
6. Suami dan anak-anakku tercinta, Ibunda dan saudara yang selama ini telah memberikan dukungan dan doa.
7. Seluruh sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Penulis menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu diharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, 12 Juli 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Meirina
NPM : 0906594444
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, KARAKTERISTIK
KELUARGA DAN LANSIA DENGAN PEMENUHAN NUTRISI PADA
LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOGOR SELATAN**

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2011

Yang menyatakan



(Meirina)

Nama : Meirina
Program Studi : Program magister ilmu keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Lansia
Dengan Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas
Bogor Selatan

Abstrak

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga, karakteristik keluarga dan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan. **Metoda** Penelitian ini penelitian kuantitatif yang bersifat diskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. dengan besar sampel 219 dengan teknik pengambilan sampel *cluster sampling*, dihitung secara *cluster proporsional*. **Hasil penelitian** Ada hubungan dukungan emosional ($p < 0,000$), instrumental ($p < 0,000$) , dan penghargaan ($p < 0,002$) dengan pemenuhan nutrisi lansia. Dari karakteristik keluarga dan lansia ada hubungan fungsi kesehatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi ($p < 0,000$), ada hubungan pola makan dengan pemenuhan nutrisi lansia ($p < 0,003$) dan ditemukan pula interaksi antara dukungan emosi dengan fungsi kesehatan keluarga.

Kata kunci: Dukungan, karakteristik keluarga, karakteristik lansia, nutrisi.

Name : Meirina
Program Study : Master in Community Nursing
Title : *The Correlation Between Families' Support , Families' Characteristics and Elderly Nutrition Fulfillment in Public Health Center in Working Area of South Bogor.*

Abstract

The purpose of this study is to determine the correlation between family's support and characteristics to elderly nutrition fulfillment in public health center in working area of South Bogor. This study used descriptive correlation design with cross sectional approach. The sample of 219 was calculated using cluster proportional and recruited using cluster sampling technique. The result showed that there were significant correlation between emotional support ($p=0,000$), instrumental ($p=0,000$), and acknowledgement ($p=0,002$) with elderly's nutritional fulfillment. There were correlation between family health function with elderly nutrition fulfillment ($p=0,000$), between family's meal pattern with elderly nutrition fulfillment ($p=0,003$), and it was found interaction between emotional support with family health function.

Keywords : families' support, families' and elderly's characteristics, nutrition.



DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Persetujuan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	vi
Daftar Diagram	vii
Daftar Lampiran	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Lanjut Usia Sebagai kelompok Resiko Tinggi	15
2.1.1 Kelompok Resiko	15
2.1.2 Karakteristik Resiko Tinggi	16
2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua Dan Perubahan Terkait Sistem Pencernaan	19
2.2.1 Perubahan Fungsi Terkait Menua	20
2.2.1.1 Pengertian Menua	20
2.2.1.2 Batasan Usia	20
2.2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua Pada Sistem Cerna	20
2.2.3 Faktor risiko yang menimbulkan Konsekuensi Negatif	25
2.3 Gangguan Nutrisi Pada Lanjut Usia	28
2.3.1 Komposisi Nutrisi Bagi Lanjut Usia	29
2.3.2 Pengukuran Nutrisi Lanjut Usia	30
2.3.3 Indeks Metabolisme Tubuh	32
2.4 Konsep Keluarga	33
2.4.1 Pengertian Keluarga	34
2.4.2 Fungsi Keluarga	34
2.4.3 Dukungan Keluarga	36
2.4.4 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pemenuhan Nutrisi	40
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	44
3.2 Hipotesis	46
3.3 Definisi Operasional	47

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1	Desain Penelitian	52
4.2	Populasi dan Sampel	52
4.3	Teknik Pengambilan Sampel..	54
4.4	Tempat dan Waktu Penelitian	55
4.6	Etika Penelitian	56
	4.6.1 Aplikasi Etik Dalam Penelitian.	56
	4.6.2 <i>Informed Consent</i>	57
4.7	Alat Pengumpulan Data	58
	4.7.1 Pengumpulan Data.	58
	4.7.2 Instrumen Pengumpulan Data.	59
	4.7. Uji Instrumen.	61
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	62
	4.8.1 Prosedur Administrasi Penelitian.	62
	4.8.2 Prosedur Penelitian.	63
4.9	Pengolahan Data.	63
4.10	Analisis Data.	64

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1	Analisis Univariat..	67
5.2	Analisis Bivariat.	71
5.3	Analisis Multivariat.	78

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Interpretasi hasil penelitian.	83
6.2	Keterbatasan Penelitian.	104
6.3	Implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan.	106
6.4	Implikasi dalam penelitian keperawatan.	107

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1	Simpulan.	109
7.2	Saran.	111
	7.2.1 Pengambil Kebijakan.	111
	7.2.2 Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan.	111
	7.2.3 Penelitian yang Akan Datang.	114

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.
Tabel 4.1	Besar sampel di masing-masing kelurahan wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan.
Tabel 4.2	Analisis Data.
Tabel 5.1	Distribusi dukungan keluarga di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.2	Distribusi karakteristik keluarga di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.3	Distribusi karakteristik lanjut usia di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.4	Distribusi pemenuhan nutrisi (jumlah kalori, jenis makanan, & komposisi) pada lanjut usia di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.5	Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.6	Hubungan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011.
Tabel 5.7	karakteristik lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219).
Tabel 5.8	Hasil analisis multivariat hubungan variabel independen dengan variabel dependen uji logistik sederhana.
Tabel 5.9	Hasil analisis multivariate hubungan fungsi perawatan keluarga, lingkungan, pola makan, gaya hidup, dukungan instrumental, dukungan penghargaan dukungan emosional, pendidikan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011.
Tabel 5.10	Hasil analisis multivariat hubungan dukungan emosional, kategori umur keluarga, kategori perawatan fungsi keluarga, dan kategori lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja

Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011.

Tabel.5.11 Hasil uji interaksi variabel katagori dukungan emosi, katagori umur keluarga, katagori fungsi kesehatan keluarga, dan katagori lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lanjut usia.



DAFTAR DIAGRAM

Skema 3.1 Kerangka Konsep.

Skema 4.1 *Cluster Sampling* di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 2 Kuesioner Demografi.
- Lampiran 3 Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 4 Kuesioner Pemenuhan Nutrisi
- Lampiran 5 Kuesioner Risiko Masalah Nutrisi pada lansia
- Lampiran 6 *Inform concent*
- Lampiran 7 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 8 Surat permohonan izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Lampiran 9 Surat Izin Penelitian dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
- Lampiran 10 Surat izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Bogor
- Lampiran 11 Surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.



BAB 1

PENDAHULUAN

Pendahuluan ini berisikan latar belakang masalah yang akan diteliti, yaitu tentang fenomena yang berhubungan dengan masalah penelitian, hasil penelitian yang terkait dengan masalah penelitian, rumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian.

1.1 Latar Belakang

Penuaan merupakan fenomena yang akan dialami oleh setiap orang yang diberi umur panjang, kejadian ini akan terjadi secara alami dan tidak dapat dihindari. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti, mempertahankan struktur dan fungsi secara normal serta ketahanan terhadap kerusakan (Paris Constantinides, 1994 dalam Mubarak, 2006). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) penuaan dapat lebih tepat didefinisikan sebagai perubahan yang terjadi pada seseorang dengan berlalunya waktu. Pengaruh bertambahnya usia pada seseorang meliputi penurunan fungsi fisiologis, psikologis, sosiologis, dan peningkatan proses spiritual.

Penurunan secara fisiologis, diantaranya adalah penurunan fungsi pencernaan yang memberikan pengaruh pada sistem pencernaan yaitu beresiko menyebabkan kekurangan gizi pada lansia (Keithley, 1996 dalam Meiner, 2006). Perubahan fisiologis yang dialami oleh lansia yaitu dari proses mengunyah makanan yang tidak baik disebabkan karena struktur rongga mulut yang berubah, kurangnya sensasi rasa dan keinginan untuk mengunyah makanan. Perubahan proses pencernaan sampai ke usus besar, diusus besar transit sisa makanan sedikit lama yang disebabkan karena motilitas usus lambat, hal ini berisiko terjadinya konstipasi pada lansia. Selain perubahan fisiologi lansia juga mengalami perubahan psikologi

Lanjut usia yang mengalami masa pensiun, kehilangan pasangan, kedudukan dalam keluarga atau masyarakat akan mempengaruhi psikologis

lansia. Penurunan fungsi psikologis yang terjadi, meliputi lansia sering merasa cemas dan stres karena aktivitas yang dilakukan terbatas, sehingga mempengaruhi saraf otonom, untuk menghambat pengeluaran air ludah dan cairan lambung, sehingga mempengaruhi pola makan dan nafsu makan lansia (Miller, 1995). Oleh sebab itu lansia termasuk dalam kelompok usia berisiko terhadap masalah kesehatan. Hasil penelitian tentang hubungan psikososial dengan asupan gizi lansia yang dilakukan di kelurahan Gisik kecamatan Semarang Barat bahwa, ada hubungan antara kejadian pensiun dengan asupan zat gizi lansia bila dikontrol dengan variabel jenis kelamin (laki-laki) dan pendapatan perkapita (di atas garis kemiskinan) dan positif bermakna untuk asupan protein (Afief & Frihandini, 2010, ¶ 4, <http://www.eprints.undip.ac.id>). Hasil penelitian ini membuktikan bahwa perubahan terkait usia berpengaruh terhadap psikologis lanjut usia.

Perubahan fungsi sosial yang dialami lansia, kurangnya hubungan sosial lansia dengan orang lain, dikarenakan keadaan fisik yang lemah atau keterbatasan gerak, sehingga lebih banyak berada di rumah. Selain itu interaksi, sosialisasi, dan komunikasi dalam keluarga sangat membantu lansia dalam menikmati makanan yang disajikan dan lansia dapat memenuhi nutrisinya dengan baik. Hasil penelitian Clarke dan Wakefield (1975 dalam Miller, 1995) bahwa ada hubungan pola makan lansia sebelum masuk panti wredha dengan setelah masuk panti wredha. Status gizi penghuni panti wredha lebih rendah dari lansia sebelum masuk panti wredha. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia belum dapat menyesuaikan makanan yang disiapkan oleh panti wredha atau lambat untuk bersosialisasi dengan keadaan panti wredha.

Perubahan lain yang dialami oleh lansia yaitu tingkat spiritual yang meningkat. Lansia aktif dalam mengikuti kegiatan keagamaan dan lebih mendekatkan diri dengan Tuhan Yang Maha Kuasa, dengan demikian lansia lebih tenang dalam masa penuaan yang sedang dialami. Keagamaan bermanfaat untuk kesehatan fisik dan kesejahteraan pribadi dalam kehidupan (Chotters, 2000 dalam Murray, 2006), tetapi belum ditemukan

hasil penelitian hubungan spiritual lansia dengan pemenuhan nutrisi (Kima at al., 2008, ¶ 1, <http://www.informaworld.com>). Penelitian tentang pemenuhan spiritual lansia yang ada di kelurahan Tanjung Gusta kecamatan Medan Helvetia, didapatkan hasil baik 32.3%, cukup baik 61.3%, dan kurang baik 6.5% (Astaria, 2010, ¶ 1, <http://WWW.Respository.USU.ac.id>). Penelitian ini menunjukkan bahwa masalah spiritual pada masa lansia lebih banyak dilakukan.

Perubahan akibat menua mengakibatkan lansia berisiko terhadap penyakit. Menurut Pender (2002) lansia termasuk dalam kelompok risiko, karena lansia merupakan kelompok yang dapat mengalami ancaman kesehatan yang disebabkan genetika, usia, karakteristik biologik, pola hidup (kebiasaan), gaya hidup dan lingkungan. Begitu pula dengan Stanhope dan Lancaster (2004) berpendapat bahwa lansia merupakan kelompok risiko terhadap penyakit dilihat dari faktor a) risiko berhubungan dengan biologis dan usia, b) risiko lingkungan termasuk di dalamnya risiko sosial dan risiko ekonomi, dan c) gaya hidup.

Faktor risiko pada lansia tersebut mempengaruhi perubahan yang terjadi pada di sistem tubuh, termasuk sistem cerna yang berakibat pada gangguan kesehatan terutama gangguan pemenuhan nutrisi. Perubahan pada sistem cerna mengakibatkan kemunduran dalam mencerna makanan. Faktor risiko lain yang mempengaruhi asupan makanan pada lansia yaitu masalah penyakit yang diturunkan, misalnya Diabetes Militus, lansia cenderung mengkonsumsi makanan yang berlebih dan beresiko terjadi obesitas. Kehilangan pasangan dan kesepian yang dialami lansia kemungkinan akan merubah pola dan nafsu makan lansia, sehingga asupan nutrisi kurang dari kebutuhan (Rosenbloom dan Whittington, 1993 dalam Miller, 1995) serta gaya hidup yang tidak sehat sangat beresiko terhadap kesehatan lansia. Oleh sebab itu lansia termasuk dalam kelompok usia berisiko terhadap masalah kesehatan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan jumlah penduduk usia di atas 65 tahun ada 400 juta, namun tahun 2025 diperkirakan mencapai 1.5

miliar, dari jumlah tersebut sekitar 1 miliar hidup di Negara berkembang (<http://www.health.group.yahoo.com>) termasuk Indonesia. Komisi Lanjut Usia Nasional (2010) menyebutkan jumlah penduduk lansia di Indonesia pada tahun 1971 berjumlah 5.3 juta jiwa (4.48 persen dari total keseluruhan penduduk Indonesia), dan meningkat jumlahnya menjadi 19.3 juta jiwa pada 2009 yaitu 8.37% dari total keseluruhan penduduk Indonesia. Pada tahun 2000 berjumlah 7.2% dari seluruh penduduk, dan diperkirakan pada tahun 2020 akan terus meningkat hingga mencapai 11.4%. Jumlah penduduk lansia di Indonesia meningkat dikarenakan usia harapan hidup meningkat. Usia harapan hidup pada tahun 1980: 55.30 tahun, diperkirakan usia harapan hidup tahun 1990: 61.12 tahun, pada tahun 2000 mencapai angka 64.5 tahun, dan diperkirakan tahun 2020 usia harapan hidup 71.1 tahun (Biro Pusat Statistik, 2000).

Jumlah lanjut usia di Jawa Barat sekitar 2.880.548 jiwa, jumlah lansia berusia lebih dari 65 tahun sekitar 140.937 jiwa dan jumlah keluarga yang masih aktif berjumlah 103.710 jiwa (Badan Perencanaan Daerah Jabar, 2005), sedangkan di Kota Bogor jumlah lansia di atas usia 65 tahun berjumlah 33.046 jiwa (Heldi, 2010, <http://www.Heldi.net>). Jumlah lansia di wilayah Puskesmas Bogor Selatan berjumlah 3125 jiwa. Jumlah ini akan terus bertambah sesuai dengan peningkatan usia harapan hidup dan keberhasilan upaya meminimalkan faktor risiko yang menyertai proses menua.

Menurut teori konsekwensi fungsional dari Miller (1995) bahwa gangguan fungsi tubuh pada lansia terjadi akibat konsekwensi fungsional yang negatif. Gangguan ini terjadi sebagai akibat perubahan terkait usia ditunjang dengan faktor resiko yang menyertai. Perubahan terkait usia antara lain sebagai contohnya tidak ada gigi, berkurangnya fungsi penciuman dan sensasi rasa, ditunjang faktor risiko misalnya konsumsi alkohol atau obat-obatan, misalnya obat antibiotik, analgesik, dan lain-lain yang dapat menghambat penyerapan dan lansia mengalami diare. Selain itu diduga kurangnya kemampuan untuk memperoleh, mempersiapkan, atau menikmati makanan

yang disebabkan kelemahan serta faktor psikososial yang dialami dapat menyebabkan gangguan nutrisi seperti dijelaskan sebelumnya.

Perubahan terkait usia yang terjadi pada semua sistem tubuh diantaranya adalah fungsi sistem pencernaan, seperti dijelaskan sebelumnya perubahan pada sistem ini dimulai dari mulut sampai pelepasan. Perubahan yang terjadi pada rongga mulut, yaitu menurunnya sekresi air liur maka lansia tidak dapat mengunyah makanan dan menikmati makanan (Miller, 1995; Meiner & Lueckenotte, 2006; Devlin & Ferguson, 1998 dalam Mauk, 2010). Kemudian makanan masuk ke lambung, perubahan terkait usia terjadi penurunan sekresi asam lambung, dan motilitas lambung yang mengakibatkan pengosongan lambung terlambat sehingga lansia merasa cepat kenyang dan kembung. Hati mengalami sedikit perubahan struktur, walaupun begitu fungsi hati tidak menurun (Miller, 1995). Struktur dan fungsi pancreas mengalami penurunan, (Digiovanna, 2000; Hall & Wiley, 1999; James, 1998; Marchesini et al., 1988; Schmucker, 1998; Wynne et al., 1989 dalam Mauk, 2010). Akibatnya terjadi peningkatan sekresi kolesterol dan obesitas pada lansia (Stanley & Beare, 2002; Lemone & Burke, 2002).

Proses selanjutnya zat-zat makanan diabsorpsi di usus, tetapi terjadi perubahan intensitas kontraksi usus halus, akibatnya bakteri mudah berkembang biak di dalam usus dan hal ini menyebabkan malabsorpsi zat-zat makanan dan malnutrisi pada lansia (Madsen & Graff, 2004; O'Mahony et al, 2002; Orr & Chen, 2002; Salles, 2007 dalam Mauk, 2010). Perubahan sistem cerna menjadi masalah serius jika ditunjang dengan faktor risiko, seperti kebiasaan minum teh dan kopi akan menghambat penyerapan zat besi dan kondisi ini apabila berlangsung lama akan menyebabkan anemia pada lansia (Meilianingsih, 2006). Tahap terakhir pencernaan yaitu di usus besar, makanan akan lebih lama melewati usus besar. Dampak dari gangguan fungsi cerna akibat menua dan faktor risiko dapat menimbulkan masalah nutrisi.

Bentuk masalah gizi yang banyak ditemui pada lansia adalah gizi berlebih atau gizi kurang (Mauk, 2010). Hasil penelitian di Amerika menunjukkan

bahwa, diperkirakan lebih dari 50% usia 65 tahun ke atas mengalami gizi buruk atau malnutrisi (Greely, 1991 dalam Stone, 2002). Hasil penelitian di Spanyol didapatkan prevalensi gizi lebih pada laki-laki lansia 49%, sedangkan pada wanita lansia sekitar 39,8% (Fisac, 2004, [http://www. ¶ 3 , nature.com](http://www.nature.com)). Kelebihan gizi juga dialami oleh lansia dikarenakan gaya hidup dan pola makan yang tidak baik sejak usia 50 tahun. Penyebab kelebihan gizi yaitu mengkonsumsi zat-zat gizi yang berlebihan terutama lemak, akibatnya terjadi obesitas pada lansia (Fatimah & Muis, 2006, dalam Darmojo & Martono, 2006). Dampak gizi lebih dan kurang pada lansia terhadap keluarga tingginya kebutuhan keluarga dalam bidang finansial untuk mengatasi masalah tersebut.

Menurut Revina (2003 dalam Saniawan 2009), gizi kurang pada lansia 31.1% sedangkan gizi lebih 1.8%. Sedangkan Riskesdas 2010 melaporkan di Jawa Barat lansia dengan gizi kurang sebanyak 12.45% dan lansia dengan gizi lebih sebanyak 9.95%. Status gizi lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan pada tahun 2009, lansia yang mengalami gizi kurang 24.1% dan lansia dengan gizi lebih 35.2% (Profil Puskesmas Bogor Selatan, 2009). Kaitannya dengan pemenuhan nutrisi lansia di tempat penelitian, yaitu dengan sosial ekonomi yang sedang dan kebiasaan lansia dalam mengkonsumsi makanan dengan komposisi karbohidrat yang tinggi maka pemenuhan nutrisi dapat dipenuhi. Pengukuran IMT lansia mengalami gizi lebih, sedikit lebih banyak dari pada gizi kurang.

Upaya yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah nutrisi pada lansia berawal dari lansia itu sendiri, yaitu dengan meningkatkan kesadaran, keinginan mempertahankan pada kondisi optimum dalam pemenuhan nutrisi mereka (Rahayu, 2005). Selain itu beberapa keluarga memberikan perawatan yang baik dan tepat pada lansia di keluarga dan dapat memfasilitasi kesehatan yang baik bagi lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Keluarga dapat memfasilitasi lansia dalam menyiapkan kebutuhan nutrisinya. Walaupun lansia mengalami perubahan fisiologis yang terkait

usia, tetapi lansia dapat mengkonsumsi makanan yang beragam jenisnya dalam memenuhi kebutuhan.

Dukungan dan fungsi keluarga sangat penting dalam kehidupan lansia, dimana sekitar 85% lansia tinggal bersama dengan keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004). Aspek pemenuhan nutrisi lansia memerlukan bantuan keluarga terutama dalam penyediaan makanan, dikarenakan ketidakmampuan lansia dalam membeli bahan makanan, menyiapkan makanan, dan bahkan untuk makan (Meiner, 2006). Dukungan keluarga yang diharapkan dapat mencegah lansia mengalami gangguan nutrisi, baik gizi kurang maupun gizi lebih.

Keluarga adalah yang paling dekat dengan lansia dan keluarga yang diharapkan akan dapat memberikan dukungan pada lansia berhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang dialaminya, karena setidaknya 80% lansia membutuhkan dukungan dari keluarga (Schmall & Pratt, 1993 dalam Lueckenotte, 1996). Menurut Caplan (1976) keluarga dapat memberikan empat macam dukungan, yaitu 1) Dukungan emosional (*Emotional support*), keluarga mendengarkan keluhan lanjut usia dan memberikan saran pemecahan masalah, 2) Dukungan instrumental (*Instrumental support*), dalam hal ini keluarga memberikan bantuan yang baik terhadap lansia berupa keuangan (*financial*), membantu pekerjaan rumah tangga dalam mempersiapkan makanan dan menyediakan transportasi untuk membeli kebutuhan makanan lansia 3) Dukungan informasional (*Informational support*), yaitu keluarga berfungsi sebagai pencari informasi tentang kebutuhan nutrisi untuk lansia, memberikan kebutuhan kesehatan keluarga, 4) Dukungan penghargaan (*Appraisal support*), keluarga bertindak dalam memberikan umpan balik dalam mengevaluasi diri anggota keluarga. Hal yang sudah diuraikan tersebut sangat dibutuhkan oleh lansia dalam pemenuhan nutrisi.

Hasil penelitian yang dilakukan di desa Tambahsari kecamatan Limbangan kabupaten Kendal, menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia menunjukkan bahwa responden

yang mendapatkan dukungan cukup baik sekitar 66.7% , dan responden yang mendapatkan pemenuhan nutrisi baik sekitar 59.0% , hasil uji ini menunjukkan bahwa adanya hubungan positif antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia, artinya semakin baik dukungan keluarga semakin baik pula pemenuhan nutrisi lansia (Setiyowati, 2007, ¶ 1, <http://www.digilib.unimus.ac.id>). Gambaran dukungan keluarga secara umum terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia di tempat penelitian tampak kurang.

Nutrisi yang dianjurkan bagi lansia dalam satu hari di Indonesia meliputi kebutuhan energi lansia laki-laki sebanyak 2000 kalori dan perempuan 1850 kalori, protein yang dibutuhkan lansia laki-laki sebanyak 62 gr dan perempuan 54 gr, zat besi yang dibutuhkan lansia laki-laki sebanyak 13 gr dan perempuan 14 gr, sedangkan kalsium yang dibutuhkan baik laki-laki maupun perempuan sebanyak 500 mg, serta vitamin C sebanyak 60 mg baik bagi laki-laki maupun perempuan lansia. Sumber serat yang baik adalah sayuran, buah-buahan segar dan biji-bijian, sedangkan air dibutuhkan sekitar 6 sampai 8 gelas perhari. Menurut Gibson (1990) kebutuhan vitamin D bagi lansia yang masih aktif beraktifitas 2.5 µg kolekalsiferol perhari, dan untuk lansia di rumah membutuhkan 10 µg perhari.

Faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya gizi lebih pada lansia pola makan yang tidak tepat, komposisi makanan yang berlebihan, dan gaya hidup. Pola makan dan kebiasaan lansia mengkonsumsi makanan yang berlebihan kemudian tinggi lemak, kurang mengkonsumsi makanan berserat dan gaya hidup kurang baik sejak usia muda sangat mempengaruhi sistem tubuh dengan bertambahnya usia. Selain itu lansia tidak biasa melakukan olah raga atau aktivitas yang akan membantu metabolisme tubuh. Lansia dengan pola hidup dan kebiasaan makan yang teratur tentunya status gizi akan baik.

Perawat komunitas siap 24 jam untuk kontak di komunitas dan keluarga, oleh sebab itu perawat komunitas merupakan ujung tombak dalam menemukan fenomena yang terjadi di komunitas dan keluarga. Perawat

adalah petugas kesehatan profesional, mereka adalah sumber daya berharga untuk individu, keluarga, dan masyarakat dalam menyediakan informasi dan bantuan yang berkaitan dengan asupan gizi yang sehat. Perawat profesional harus mampu menangani tidak hanya dengan aspek-aspek terapeutik gizi tetapi juga dengan gizi sebagai unsur penting dalam pencegahan dan promosi kesehatan (Fredman, 1992). Perawat komunitas berperan penting dalam mengupayakan lansia sebagai populasi risiko untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dan mengembangkan program sebagai respon terhadap kebutuhan kelompok lansia tersebut (Stanhope & Lancaster, 2004).

Perawat lansia tidak hanya terbatas pada penyakit atau proses fisiologi, tetapi dengan pendekatan yang holistik dan komprehensif (Meiner, 2006). Perawat komunitas berfokus pada pencegahan penyakit, promosi, dan pemeliharaan kesehatan. Pencegahan primer yaitu dengan mengajarkan lansia dan keluarga untuk mengetahui tentang memilih dan mempersiapkan makanan dan membiasakan makanan seimbang, dan nutrisi yang tepat. Pencegahan sekunder melakukan pemeriksaan tentang pemenuhan nutrisi pada lansia dengan pemeriksaan kolesterol, diet sehari-hari, konsumsi gula, karbohidrat, serat, dan lain-lain, serta pencegahan tersier mengajarkan kepada lansia bagaimana mengidentifikasi gejala akibat kelebihan gizi, misalnya hiper atau hipoglikemi. Tujuan keseluruhannya adalah meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat melalui praktek kolaboratif dengan anggota lain dari tim perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengetahui hubungan dukungan, karakteristik keluarga dan lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia di wilayah kerja puskesmas Bogor selatan.

1.2 Rumusan Masalah.

Masalah nutrisi pada lansia menjadi fenomena yaitu terjadi masalah gizi kurang atau gizi lebih. Prevalensi status gizi pada lansia di Jawa Barat pada tahun 2009 sampai dengan 2010 lansia dengan gizi kurang sebanyak 12.45% dan lansia dengan gizi lebih sebanyak 9.95%. Sedangkan

presentasi kejadian gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan ada 24.1% dan gizi lebih 35.2% dari jumlah lansia yang ada, yaitu 3125 jiwa. Angka gizi lebih sangat jauh berbeda dengan prevalensi di Indonesia dan di Jawa Barat, yaitu menunjukkan masalah gizi di wilayah puskesmas Bogor selatan adalah masalah gizi lebih. 90% lansia mempersiapkan sendiri kebutuhannya. Sedangkan 99% lansia tinggal bersama keluarga (*Extended family*), kebiasaan makan rata-rata dua kali dalam sehari. Belum ditemukan data hasil riset tentang hubungan dukungan, karakteristik keluarga dan lansia dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi lansia, terutama di lokasi tempat penelitian.

Hasil penelitian yang dilakukan di desa Tambah Sari kecamatan Limbangan kabupaten Kendal, mengenai hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan cukup baik sekitar 66.7% , dan responden yang mendapatkan pemenuhan nutrisi baik sekitar 59.0%. Hasil penelitian ini hanya menunjukkan dukungan keluarga secara umum, tetapi penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti secara spesifik yakni dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan. Berdasarkan fenomena tersebut dapat dirumuskan masalah penelitian ”Apakah ada hubungan dukungan keluarga, karakteritik keluarga dan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan”.

1.3 Tujuan.

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga, karakteristik keluarga dan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor selatan, mencakup umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe, dan fungsi perawatan keluarga.
- 1.3.2.2 Karakteristik lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor selatan, mencakup usia, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan.
- 1.3.2.3 Dukungan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan.
- 1.3.2.4 Pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan mencakup jumlah kalori, komposisi bahan, jenis makanan.
- 1.3.2.5 Hubungan umur keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.
- 1.3.2.6 Hubungan pendidikan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.
- 1.3.2.7 Hubungan pekerjaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.
- 1.3.2.8 Hubungan penghasilan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan,

mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.9 Hubungan tipe keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.10 Hubungan fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.11 Hubungan umur lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.12 Hubungan jenis kelamin lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.13 Hubungan gaya hidup lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.14 Hubungan pola makan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.15 Hubungan lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.16 Hubungan dukungan emosional dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan,

mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.17 Hubungan dukungan informasional dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.18 Hubungan dukungan instrumental dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.19 Hubungan dukungan penghargaan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.3.2.20 Hubungan dukungan, karakteristik keluarga, dan lansia yang dominan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, mencakup jumlah kalori, komposisi bahan makanan, jenis makanan.

1.4. Manfaat Penelitian:

1.4.1. Bagi Pelayanan keperawatan.

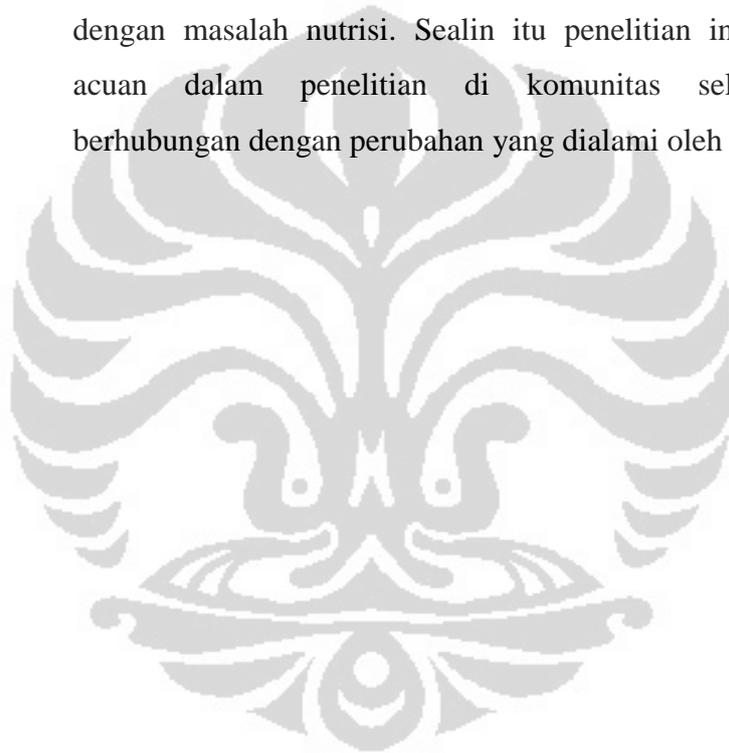
Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan keperawatan kepada lansia dan keluarga. Perawat komunitas dapat memberikan edukasi kepada keluarga dan lansia pentingnya mempertahankan hidup sehat dengan memberikan informasi tentang diet seimbang dengan mempertahankan berat badan yang ideal, membatasi konsumsi lemak, garam, gula, meningkatkan konsumsi serat yaitu buah-buahan dan vitamin, serta minum air yang cukup.

Diketahuinya hubungan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, perawat komunitas diharapkan dapat

memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang mencegah faktor risiko terhadap pemenuhan nutrisi lansia.

1.4.2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.

Hasil penelitian ini sebagai tambahan wawasan dan pengetahuan dalam praktik keperawatan komunitas dalam memahami dukungan keluarga yang mencakup dukungan emosional, *instrumental*, sosial, dan *appraisal* atau penghargaan dalam pemenuhan nutrisi bagi lansia. Diharapkan perawat komunitas dapat mengembangkan kemampuan dan meningkatkan kualitas dalam merawat lansia dengan masalah nutrisi. Selain itu penelitian ini dapat sebagai acuan dalam penelitian di komunitas selanjutnya yang berhubungan dengan perubahan yang dialami oleh lansia.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Penjelasan yang akan ditampilkan di tinjauan pustaka ini yaitu teori dan konsep tentang lansia sebagai kelompok risiko tinggi, perubahan fungsi pencernaan terkait usia, gangguan nutrisi pada lansia, dukungan keluarga, karakteristik keluarga, dan lansia yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Selain itu dalam tinjauan pustaka ini dicantumkan pula hasil penelitian yang berhubungan dengan masalah penelitian yang dilakukan.

2.1 Lanjut Usia (Lansia) Sebagai Kelompok Risiko.

2.1.1 Kelompok Risiko.

Risiko kesehatan atau cedera adalah prediksi kemungkinan terpapar penyakit atau cedera yang tidak dapat disembuhkan, yang salah satu predisposisinya adalah individu atau lingkungan (atau keduanya) faktor risiko tersebut dapat berhubungan dengan biologi (genetik), lingkungan atau disebabkan karena perilaku manusia (Murray, 2003). Faktor risiko adalah hal yang didapatkan berhubungan dengan efek seperti meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit (AIHW, 2000 dalam Murray, 2003).

Lansia merupakan populasi risiko yaitu kelompok masyarakat yang berkaitan dengan risiko dari penyakit, kecacatan, dan kematian dini (Maurer, 2005). Kelompok risiko adalah kelompok atau masyarakat yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan atau cedera dengan adekuat dan lambatnya mendeteksi penyakit sehingga terlambat dalam pencegahan (Murray, 2003). Menurut Pender (2002) lansia dikatakan kelompok risiko disebabkan karena lansia mengalami perubahan dan kemunduran fungsi tubuh yang risiko terhadap masalah kesehatan.

Salah satu sistem yang mengalami perubahan adalah sistem cerna yang akan berpengaruh terhadap aktifitas lansia sehari-hari. Stanhope dan Lancaster (2004) mengatakan lebih dari 50% lansia

diatas usia 65 tahun mengalami kesulitan dalam melakukan di luar aktifitas dasar dari kehidupan sehari-hari, misalnya mandi mencuci, dan menyiapkan makanan, mengambil obat-obatan ataupun mengatur keuangan. Kebutuhan lansia akan dibantu oleh keluarga atau orang lain. Sampai dengan 70% dari cacat fisik lansia disebabkan karena perilaku dan gaya hidup yang tidak sehat (Pusat Nasional untuk Pencegahan Penyakit Kronis dan Promosi Kesehatan, 1999 dalam Mauk 2010).

2.1.2 Karakteristik Risiko.

Menurut Pender (2002) lansia termasuk dalam kelompok risiko, disebabkan karena lansia merupakan kelompok yang dapat mengalami ancaman kesehatan yang disebabkan genetika, usia, karakteristik biologik, gaya hidup dan lingkungan. Begitu pula dengan Stanhope dan Lancaster (2004) berpendapat bahwa lansia merupakan kelompok risiko terhadap penyakit dilihat dari faktor a) risiko berhubungan dengan biologis dan usia, b) risiko lingkungan termasuk di dalamnya risiko sosial dan risiko ekonomi, dan c) gaya hidup. Dengan demikian berikut ini dijelaskan bahwa lansia sebagai kelompok risiko:

2.1.2.1 Biologis dan Terkait Usia.

Faktor biologis berpengaruh terhadap kesehatan lansia. Lansia yang mempunyai masalah penyakit yang diturunkan atau genetika berisiko akan mengalami penyakit tersebut. Faktor genetika sulit dihindari, tetapi dengan melakukan gaya hidup yang baik dan disiplin yang tinggi. Misalnya lansia yang mempunyai penyakit keturunan Diabetes Militus, maka lansia harus menghindari penggunaan karbohidrat dan gula yang tinggi, sebaiknya melakukan kebiasaan berolah raga sesuai dengan kemampuan lansia, serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin (USDHHS, 2000 dalam Stanhope dan Lancaster, 2004).

Faktor risiko terkait usia, bahwa dengan bertambahnya usia terjadi pula perubahan pada sistem tubuh. Kemungkinan kebersihan mulut kurang disertai dengan gigi yang tanggal dan rusak yang akan menyebabkan lansia malas untuk makan. Selain itu penurunan pengosongan lambung sehingga lansia lambat merasakan rasa lapar sehingga asupan nutrisi lansia tidak terpenuhi. Penurunan motilitas usus dan absorpsi zat-zat makanan. Hal ini menyebabkan lansia beresiko terjadi kurang gizi.

2.1.2.2 Lingkungan

Risiko sosial sangat penting diketahui dalam kesehatan keluarga. Lingkungan tempat tinggal mempengaruhi kesehatan seseorang. Lingkungan dengan tingkat kriminal yang tinggi, popusi udara, polusi kimia yang terhirup merupakan risiko lingkungan terhadap masalah kesehatan. Stresor dari diri sendiri dan orang lain akan menjadi beban psikologis lansia. Jika sumber dan koping lansia tidak adekuat makan akan terjadi gangguan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Risiko kesehatan yang tidak baik atau cedera diprediksi kemungkinan dari lingkungan yang mana berpotensi akan berbahaya atau perilaku manusia yang disengaja, seperti melakukan olah raga yang ekstrem atau kurangnya pencegahan untuk proteksi kesehatan. Kurangnya pengetahuan lansia akan kebutuhan untuk makan cukup buah-buahan, sayuran untuk mencegah terjadinya konstipasi karena penurunan motilitas usus maka transit sisa makanan di usus lebih lama (Murray, 2003).

Faktor risiko yang berhubungan dengan lingkungan selain risiko sosial adalah risiko ekonomi. Tidak seimbang antara kebutuhan dengan penghasilan, krisis ekonomi yang berkepanjangan, sehingga berpengaruh terhadap kebutuhan

perumahan, pakaian, makanan, pendidikan, dan kesehatan. Mungkin lansia mempunyai pendapatan yang mencukupi, tetapi disebabkan lansia risiko terhadap masalah kesehatan maka, kemungkinan penggunaan uang lebih banyak dari pada pendapatan. Penting bagi lansia mencegah dari penyakit yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang sedikit mengandung lemak, banyak mengandung serat misalnya buah-buahan dan sayuran serta olah raga yang cukup, dapat menurunkan pengeluaran akibat sakit (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.2.3 Gaya hidup.

Kebiasaan dan gaya hidup lansia sangat berpengaruh terhadap terjadinya masalah kesehatan, terutama masalah nutrisi. Lansia yang telah menanamkan kebiasaan gaya hidup sehat seperti memperhatikan nutrisi yang seimbang dan melakukan beberapa aktivitas fisik yang teratur akan menurunkan faktor risiko masalah nutrisi (USDHHS, 2000 dalam Stanhope dan Lancaster, 2004). McGinnis dan Foege (1993, dalam Stone & Eigsti, 2002) mengatakan ada hubungan yang signifikan antara gaya hidup dan lingkungan penyebab kematian di Amerika Serikat, mereka mengemukakan bahwa kematian tersebut tidak disebabkan karena kondisi patologi penyakit, tetapi faktor penyebabnya adalah faktor penyebab eksternal seperti merokok, diit, dan senjata api.

Umur rata-rata penduduk lansia Okinawa Jepang lebih tinggi dari pada umur rata-rata penduduk Jepang pada umumnya, hal ini disebabkan pola diit, pola hidup, dan asupan energi mereka berbeda dengan penduduk Jepang lainnya (Fatimah & Muis, 2006 dalam Darmojo & Martono, 2006).

Manfaat melakukan aktifitas fisik secara teratur untuk meningkatkan kekuatan otot, daya tahan tubuh, dan fleksibilitas serta mencegah terjadinya penyakit. Lansia dengan kurang gizi atau pemenuhan gizi tidak memadai, maka lansia tersebut akan mengalami ancaman kesehatan yang perlu diantisipasi atau dicegah, mengingat jumlahnya terus meningkat. Anjuran untuk nutrisi lansia yaitu dengan memilih makanan yang mengandung kadar lemak dan kolesterol yang rendah, sayuran, buah-buahan, serta biji-bijian yang cukup, mengurangi gula, garam dan sodium, dan mengonsumsi makanan dengan jumlah sedang. Sekitar 80% lanjut usia di Amerika Serikat saat ini tidak cukup mengonsumsi sayuran dan buah-buahan, tetapi lebih banyak makan makanan yang berlemak (Mauk, 2010) hal ini tentunya lansia risiko terjadi gizi lebih atau bahkan obesitas.

2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua dan Perubahan Terkait Sistem

Pencernaan.

Seiring bertambahnya usia akan terjadi perubahan-perubahan yang mempengaruhi status gizi seseorang. Penuaan menyebabkan hilangnya massa otot yang dapat mengakibatkan penumpukan lemak yang mungkin tidak tampak jelas dengan mengukur berat badan, tetapi mungkin tampak jelas dengan hilangnya kekuatan otot, penurunan fungsi dan daya tahan tubuh, hal ini juga menyebabkan penurunan kadar total air dalam tubuh (Tabloski, 2006 dalam 2008, ARNNetwork7.<http://www.rehabnurse>). Menurut teori konsekuensi dari Miller (1995) konsekuensi negatif atau masalah kesehatan lansia dibentuk oleh perubahan akibat dari menua dan faktor risiko yang menyertai. Salah satu masalah yang terjadi yaitu gangguan pemenuhan gizi, baik gizi kurang maupun gizi baik, dan dampak dari gizi lebih ataupun gizi kurang pada lansia sangat berpengaruh pula terhadap sosial ekonomi keluarga.

2.2.1 Perubahan Fungsi Terkait Menua.

2.2.1.1 Pengertian Menua.

Menua adalah perubahan yang terjadi pada semua sistem tubuh dengan berlalunya waktu, yang meliputi perubahan proses fisiologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual (Stanhope dan Lancaster, 2004). Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti, mempertahankan struktur dan fungsi secara normal serta ketahanan terhadap cedera. (Paris Constantinides, 1994 dalam Mubarak, 2006). Sedangkan Ignatavicius & Worrkman (2005, dalam Meiner, 2006; Stanhope & Lancaster, 2004; Stanley & Beare, 1999) berpendapat bahwa penuaan terjadi karena pengaruh faktor biologis, psikologis, sosial, fungsional, dan spiritual, yang mana hal ini terjadi sejak konsepsi sampai kematian.

2.2.1.2 Batasan usia.

Batasan usia lanjut yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai berikut: a) Usia pertengahan (middle age): 45 sampai 59 tahun, b) Usia lanjut (elderly): 60 sampai 74 tahun, c) Usia lanjut tua (old age): 75 sampai 90 tahun, dan d) Usia sangat tua (very old): lebih dari 90 tahun. Menurut Undang-Undang No. 13 Tahun 1998, pasal 1 ayat 2, tentang kesehatan dikatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Nugroho, 1999).

2.2.2 Perubahan Fungsi Terkait Menua pada Sistem Pencernaan.

2.2.2.1 Perubahan di Mulut.

Perubahan fungsi sistem pencernaan pada lansia dimulai dari mulut, makanan digiling oleh gigi dengan bantuan air liur dan diatur oleh neuromuskuler. Bertambahnya usia maka kekuatan gigi, kelenjar ludah, dan struktur pendukung menurun, sehingga mempengaruhi lansia dalam menikmati makanan. Penipisan email gigi dan menyusutan gusi yang

mengakibatkan lansia mengalami kesulitan dalam mengunyah makanan karena terasa sakit pada gigi dan menurunkan nafsu makan (Miller, 1995), ditunjang pula dengan gigi lebih sensitif dan mudah rapuh (Devlin & Ferguson, 1998 dalam Mauk, 2010). Selain itu menurunnya sensitivitas olfaktorius, perubahan persepsi rasa, dan peningkatan kolesistokinin yang dapat mempengaruhi keinginan untuk makan dan peningkatan rasa kenyang. Dengan adanya perubahan struktur mulut dan gigi serta kesulitan untuk mengunyah maka lansia akan mudah mengalami kekurangan asupan nutrisi.

Mukosa mulut pada lansia kehilangan elastisitas, atrofi sel epitel, dan suplai darah berkurang, hal ini mengakibatkan mulut menjadi kering dan kekurangan vitamin sehingga rentan terhadap infeksi (Miller, 1995). Terjadi pula atrofi pada otot wajah serta tulang rahang dan mulut, sehingga lansia sulit mengunyah makanan ((Devlin & Ferguson, 1998; Digiovanna, 2000; Karlsson, Persson, & Carlsson, 1991; Newton, Yemm, Abel, & Menhinck, 1993 dalam Mauk, 2010).

Proses mengunyah makanan lansia mengalami kesulitan karena adanya kehilangan gigi. Menurut Miller (1995) peningkatan sekresi air liur distimulasi oleh proses mengunyah, masalah lansia dalam kondisi kesulitan untuk mengunyah menyebabkan produksi air liur berkurang. Penuaan menyebabkan peningkatan viskositas dan kuantitas air liur (Miller, 1995). Hal ini ditunjang dengan kenyataan bahwa masalah dan keluhan menelan pada lansia sebagai faktor resiko tidak hanya terkait dengan bertambahnya usia tetapi juga disebabkan karena kehilangan gigi, sehingga proses mengunyah lebih lama (Sonies, 1992 dalam Miller, 1995). Hampir 40% lansia mengeluh mulut kering, kondisi ini dapat disebabkan karena obat-obatan yang dikonsumsi,

defisiensi nutrisi, penyakit, terapi tertentu misalnya kemoterapi (Devlin & Ferguson, 1998; Ghezzi & Ship; Ship, 2003; Pilimer, & Baum, 2002 dalam Mauk (2010)). Dengan adanya perubahan struktur mulut dan gigi serta kesulitan untuk mengunyah maka lansia akan mudah mengalami kekurangan asupan nutrisi.

2.2.2.2 Kerongkongan

Berikutnya adalah tahap mendorong makanan melalui tenggorokan ke perut. Motilitas esophagus (kerongkongan) tetap normal walaupun terjadi sedikit dilatasi seiring penuaan. Sfingter esofagus bagian bawah (kardiak) kehilangan tonus. Reflek muntah pada lansia akan melemah hal ini meningkatkan terjadinya aspirasi pada lansia (Stanley dan Beare, 2002).

2.2.2.3 Lambung.

Makanan setelah melalui kerongkongan kemudian masuk ke lambung. Motilitas lambung berperan penting dalam pemecahan makanan. Madsen dan Graff (2004, dalam Mauk, 2010) mengatakan tidak ada perubahan dalam pengosongan lambung yang berkaitan dengan penuaan, tetapi ada pula yang berpendapat bahwa terjadi keterlambatan dalam pengosongan lambung (Horowitz et al, 19984 dalam Miller, 1995). Kesulitan dalam mencerna makanan adalah akibat atrofi mukosa lambung dan penurunan motilitas lambung. Atrofi mukosa lambung merupakan akibat sekresi asam hidroklorik (hipoklorhidria) menurun dan pepsin menghambat pencernaan protein yang kemudian absorpsi zat besi, kalsium, dan vitamin B12 menurun (Stanley dan Beare, 2002). Kupfer et al (1985, dalam Miller 1995) mengatakan bahwa pengosongan lambung pada 5 menit pertama lebih cepat kemudian melambat, oleh sebab itu lansia sering merasa kembung setelah makan. Perasaan kembung akan menyebabkan lansia

mengeluh ketidaknyamanan pada lambung sehingga malas untuk makan. Apabila kondisi ini dibiarkan terus berlanjut dan akan mempengaruhi pemenuhan nutrisi pada lansia.

Tahap perubahan berikutnya adalah sekresi mukosa lambung mengalami penurunan sekitar 75% pada lansia 60 tahun (Miller, 2004). Pepsin menghambat pencernaan protein, asam klorida berkurang, serta terjadi malabsorpsi zat besi, kalsium, vitamin B12, dan folat. Menurut Stanhope, 2004; Lueckenotte, 1996; Garrow, 2004; dan Meiner, 1996 penurunan asam lambung dan enzim digestif maka lambung menjadi lebih alkali (hypochlorid dan achlorhydria) yang dapat menyebabkan kesulitan dalam mencerna protein. Protein diperlukan untuk mengganti sel-sel yang sudah mati atau rusak dan penghambatan pencernaan protein akan mempercepat penuaan. Selain itu karena terjadi atrofi mukosa lambung maka meningkatkan terjadinya keadaan patologis pada lansia, misalnya anemia. Hal ini disebabkan karena penyerapan zat-zat makanan kurang optimal.

2.2.2.4 Hati.

Hati membantu dalam proses pencernaan dan menghasilkan empedu. Pada masa penuaan hati sedikit mengalami perubahan struktur tetapi tidak mempengaruhi fungsi pencernaan karena adanya cadangan fisiologis dari hati (Miller, 2004). Mengecilnya ukuran hati maka terjadi penurunan aliran darah dan perfusi sekitar 30% sampai 40% serta jumlah hepatosit atau sel-sel hati dapat mengalami perubahan, dan terjadi penurunan kapasitas menyimpan dan kemampuan mensintesis protein dan enzim-enzim pencernaan (Stanley & Beare, 2002).

2.2.2.5 Pankreas.

Pankreas dalam proses pencernaan menghasilkan zat-zat esensial yang berfungsi untuk pemecahan lemak, protein, dan karbohidrat di usus halus. Pankreas mengalami degeneratif dan fungsinya mengalami penurunan, yaitu enzim pankreas untuk pemecahan lemak menurun (Digiovanna, 2000; Hall & Wiley, 1999; James, 1998; Marchesini et al., 1988; Schmucker, 1998; Wynne et al., 1989 dalam Mauk, 2010). Akibatnya terjadi peningkatan sekresi kolesterol dan juga obesitas pada lansia (Stanley dan Beare, 2002). Sekresi insulin normal dengan kadar gula darah yang tinggi (250 sampai 300 mg/dl), tetapi respon insulin berkurang seiring dengan peningkatan kadar gula darah secara moderat (120 sampai 200 mg/dl). Perubahan terkait usia pemecahan lemak empedu tanpa perubahan metabolisme asam empedu yang signifikan (Stanley dan Beare, 2002).

2.2.2.6 Usus

Motilitas usus dibutuhkan dalam pencernaan dan absorpsi makanan, dilaporkan bahwa terjadi perubahan intensitas dalam kontraksi usus halus pada masa penuaan (Brognia et al, 199; O'Mahony et al, 2002; Orr & Shaker et al, 19998 dalam Mauk, 2010). Akibat panjangnya masa pengosongan lambung adalah 32% terjadi penurunan sekresi asam lambung di approximal pada lanjut usia (Saffrey, 2004 dala Mauk, 2010). Penurunan produksi asam lambung ini dengan gangguan motilitas usus menyebabkan bakteri mudah berkembang biak di dalam usus halus, merupakan penyebab malabsorpsi dan malnutrisi pada populasi lansia (Madsen & Graff, 2004; O'Mahony et al, 2002; Orr & Chen, 2002; Salles, 2007 dalam Mauk 2010).

Menurut teori konsekuensi, Miller (1995) perubahan terkait usia pada sistem cerna seperti yang telah diuraikan

sebelumnya ditunjang oleh faktor risiko, kebiasaan mengkonsumsi teh atau stress yang tinggi, sakit maag, mengakibatkan intake nutrisi berkurang dan penyerapan menurun. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya konsekuensi negatif yakni gangguan pemenuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh). Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian Meilianingsih (2005) bahwa kebiasaan minum teh dan kopi menyebabkan menghambat penyerapan Fe, akibatnya lanjut usia mengalami anemia.

2.2.3 Faktor Risiko yang Menimbulkan Konsekuensi Negatif.

Faktor risiko yang dapat menimbulkan konsekuensi fungsional negatif yaitu penyakit, lingkungan, gaya hidup, sistem dukungan, keadaan psikososial, dan sikap yang didasarkan pada kurangnya pengetahuan (Miller, 1995). Hitchcock (1999) mengatakan faktor risiko terhadap masalah nutrisi bagi lansia antara lain sosial ekonomi, suplai makanan, perilaku, dan biologis.

2.2.3.1 Lingkungan.

Lingkungan yang mengakibatkan risiko konsekuensi negatif pada lansia seperti lingkungan keluarga yang sepi atau ramai dan kebiasaan makan besar bersama-sama, sehingga menu atau penyiapan makanan yang ada di keluarga akan mempengaruhi lansia dalam masalah nutrisi, apakah terjadi gizi kurang atau gizi lebih. Kaakinen (2010) menjelaskan bahwa sulitnya mendapatkan bahan makanan yang mungkin disebabkan cuaca buruk dan tidak punya kendaraan, kemasan makanan yang dibungkus dengan tulisan aturan pakai yang terlalu kecil dan tulisan sudah kabur sehingga sulit untuk dibaca, hal ini menyebabkan lanjut usia malas untuk mencari dan mengolah makanan, akibatnya lansia kurang mengkonsumsi makanan. Pengaruh lingkungan yang lain adalah jauhnya fasilitas

perbelanjaan dari tempat tinggal lansia, sehingga sulit untuk mendapatkan bahan makanan.

2.2.3.2. Gaya Hidup.

Kesehatan seseorang salah satunya dipengaruhi oleh gaya hidup. Di Amerika Utara ratusan ribu orang meninggal dikarenakan gaya hidup yang salah, untuk mengatasi hal tersebut diharapkan lanjut usia melakukan olah raga teratur sesuai kemampuan dan rekreasi (Kaakinen, 2010). Gaya hidup dan pola kebiasaan yang dilakukan oleh lansia sangat beresiko terhadap kesehatan lansia (Stanhope & Lancaster, 2004). Menurut James dan Flores (2004), karena gaya hidup keluarga bergegas dan sering makan di restoran tidak sehat, "gizi lebih" pada keluarga Amerika sering terjadinya masalah daripada kekurangan gizi, hal ini merupakan akibat perubahan sosial.

Lansia yang telah menanamkan kebiasaan gaya hidup tidak sehat sejak usia 50 tahun akan meningkatkan risiko konsekuensi negatif pada lansia. Gaya hidup yang biasa dilakukan oleh lansia yaitu kebiasaan minum alkohol, kurang melakukan aktifitas fisik atau olah raga. Selain itu depresi dan kesepian dapat mempengaruhi diit, bagi sebagian orang dalam keadaan kecewa dapat menyebabkan tidak mau makan dan mungkin akan memicu makan yang berlebihan (<http://www.helpguid.org>).

2.2.3.3 Pola Makan.

Lansia dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan yang berlebihan, misalnya lansia lebih banyak makan makanan yang mengandung lemak dari pada makanan yang mengandung protein, serat maupun vitamin, sedangkan pada lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktifitas fisik, akibatnya terjadi kelebihan nutrisi sampai obesitas (Miller, 1996).

Hasil penelitian, menemukan bahwa pola makan lanjut usia di Mediterania berhubungan dengan angka kematian, laki-laki lebih beresiko dari pada wanita, dan disimpulkan bahwa perlunya pola diit dalam masa lanjut usia untuk umur panjang (Hamer, et al., 2011, ¶ 3, <http://www.nature.com>, diperoleh tanggal 1 April, 2011)

2.2.3.4 Psikososial.

Faktor risiko konsekuensi negatif yang berhubungan dengan psikososial pada lansia yaitu lanjut usia sering mengalami stres dan kecemasan yang dapat mempengaruhi sistem cerna, dimana stres dan kecemasan akan merangsang saraf otonom untuk menghambat sekresi air liur dan cairan lambung, hal ini akan menyebabkan lansia kurang nafsu makan (Miller, 1995). Lansia yang sudah ditinggal oleh pasangannya sering mengalami kesepian. Suasana yang sepi mempengaruhi psikologis lansia yang kemungkinan hal ini akan merubah pola dan nafsu makan lansia, sehingga asupan nutrisi kurang dari kebutuhan (Rosenbloom dan Whittington, 1993 dalam Miller, 1995). Kesepian dan stres menyebabkan seseorang tidak mau makan tetapi sebagian orang mungkin memicu makan yang berlebihan (2009.<http://www.helpguide.org>). Suasana makan dalam keluarga mempengaruhi, seperti lansia makan sendiri akan megurangi nafsu makan, sehingga kecukupan gizi kurang dari kebutuhan tubuh.

Selain itu Stanhope dan Lancaster (2004) berpendapat dalam mendapatkan bahan makanan, mempersiapkan, dan makan sangat signifikan, misalnya kebiasaan makan bersama dalam suatu perayaan, dalam kegiatan ini terjadi interaksi sosial dalam keluarga, tetapi jika makanan tersebut tidak disukai oleh lansia maka interaksi sosial tidak terjadi (Stanhope & Lancaster, 2004).

Semua manusia memiliki kebutuhan psikososial agar tidak kesepian dan tetap berkualitas. Dengan bertambahnya usia, masalah psikososial banyak. Lansia harus bisa menjaga interaksi sosial, persahabatan, juga membutuhkan dukungan dari keluarga dan teman-teman, dengan demikian lansia dapat mempertahankan kesehatannya (Allender & Spradley, 2005).

2.3 Gangguan Nutrisi Pada Lansia.

Lansia risiko terjadi gangguan nutrisi yang disebabkan karena terjadinya perubahan dan kemunduran secara fisiologis dan psikologis. Gangguan yang umum terjadi pada masalah nutrisi adalah masalah gizi kurang atau gizi lebih (Stone, 2002). Menurut Garrow, James, dan Ralph (2004) masalah gizi pada lansia disebabkan karena presentasi lemak tubuh yang meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Presentasi kegemukan pada laki-laki dengan IMT lebih 30 dan akan meningkat terus sampai berumur 50 tahun, sedangkan pada wanita sampai umur 65 tahun.

Kecukupan gizi pada lansia sama dengan kecukupan gizi orang dewasa, hanya kebutuhan akan penurunan energi yang mengikuti pertambahan umur. Sebab-sebab yang melandasinya adalah:

- a. Kegiatan fisik menurun bersamaan dengan bertambahnya usia, sehingga energi yang dikeluarkan lebih sedikit.
- b. Perubahan pada komposisi dan fungsi tubuh menyebabkan penurunan Basal Metabolik Rate (BMR).

Kekurangan gizi pada lansia disebabkan karena sebab primer dan sekunder. Penyebab primer meliputi isolasi sosial, hidup seorang diri, baru kehilangan pasangan, gangguan fisik, gangguan mental, dan kemiskinan sehingga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-hari tidak mencukupi. Sedangkan penyebab sekunder adalah obat-obatan yang biasa dikonsumsi oleh lansia, kebiasaan konsumsi alkohol yang menyebabkan gangguan resorpsi zat-zat makanan (Burke dan Laramic, 2000; Fatimah dan Muis, 2006).

Kelebihan gizi yang dialami lansia dikarenakan gaya hidup yang tidak baik sejak usia 50 tahun. Kelebihan gizi disebabkan karena mengkonsumsi zat-zat gizi yang berlebihan terutama lemak, hal ini akan menyebabkan obesitas pada lansia dan kemungkinan muncul penyakit metabolisme seperti Diabetes Militus (Fatimah dan Muis, 2006). Kelebihan mengkonsumsi makanan makronutrisi misalnya (protein dan karbohidrat) lemak dan gula sederhana risiko terjadi kelebihan gizi dan risiko terjadi penyakit kronis. Sebagian besar orang Amerika mengkonsumsi lemak sekitar 40% sampai 50% atau melebihi intake kalori setiap harinya. Diit lemak 20% secara adekuat dapat dipecahkan oleh vitamin dan asam lemak essensial (Fiatorone, 1990 dalam Lueckenotte, 1996).

Hasil penelitian pada lansia di Canada bahwa lansia 65 tahun keatas yang mengalami gizi lebih ada 12% pada laki-laki dan 15% pada perempuan. Penelitian di Spanyol menjelaskan 49% laki-laki lansia mengalami gizi lebih dan 39.8% perempuan lansia mengalami gizi lebih (Fisac.2004.<http://www.nature.com>).

2.3.1 Komposisi Nutrisi Bagi Lansia.

Perubahan terkait usia sebaiknya lanjut usia tetap mempertahankan kebiasaan makan yang sehat, dengan mempertahankan berat badan yang optimal dengan makan rendah lemak, karbohidrat yang sedang dan tinggi protein, membatasi makanan yang tinggi garam, makanan ringan, makanan yang berlemak, alkohol, dan permen untuk memenuhi gizi lansia. Selain itu mempertahankan diit yang menghindari kebiasaan penggunaan obat pencahar, mengkonsumsi makanan yang berserat, minum air 6 sampai 8 gelas sehari (air putih, jus, air teh) hal ini akan membantu sistem pencernaan (Allender & Spradley, 2005).

Kebutuhan nutrisi pada lansia tidak berubah, yang berubah hanyalah asupan kalori yang dibutuhkan. Nutrisi yang dianjurkan dan harus dipenuhi oleh lanjut usia 60 tahun keatas adalah kalori yang diperoleh dari lemak 9,4 kal (30% kurang dari total energi), karbohidrat 4 kal, dan protein 4 kal per gramnya. Komposisi energi

yang di peroleh sebaiknya 20 sampai 25% berasal dari protein, 20% dari lemak, dan sisanya dari karbohidrat. Kebutuhan kalori untuk lansia laki-laki sebanyak 2200 kal, sedangkan untuk lansia perempuan 1850 kal. Kebutuhan protein bagi lansia harus ditingkatkan 12 sampai 14% dari kebutuhan orang dewasa yaitu lansia laki-laki sekitar 62 gr dan perempuan 54 gr, Zat besi untuk laki-laki 13 mg dan perempuan 14 mg, kalsium untuk laki-laki dan perempuan membutuhkan 500 mg, vitamin C yang dibutuhkan lanjut usia laki-laki dan perempuan 60 mg (Darmojo & Martono, 2006).

Sumber serat yang baik bagi lansia adalah sayuran, buah-buahan segar dan biji-bijian utuh, sedangkan air yang dibutuhkan 6 sampai 8 gelas perhari. Serat dan air dalam proses pencernaan agar tidak mengalami kesulitan dalam buang air besar atau sembelit, selain itu untuk melarutkan hasil pemecahan lemak dalam tubuh.

Kebutuhan vitamin D bagi lansia yang masih aktif beraktifitas 2,5 μ g kolekalsiferol perhari, dan untuk lansia di rumah membutuhkan 10 μ g kolekalsiferol perhari (Gibson, 1990). Vitamin D dibutuhkan untuk meningkatkan kepadatan tulang karena massa tulang sudah mengalami kerapuhan. Lansia risiko terjadi osteroporosis, karena massa tulang sudah menurun saat usia 30 tahun, dan proses ini terus berlangsung (Garrow, James, & Ralph, 2004).

2.3.2 Pengukuran Nutrisi Lansia.

a. Energi

Penghitungan pengeluaran energy basal (BEE) lansia menurut *Harris Benedict Equation* tergantung pada tinggi badan, berat badan, usia, dan tingkat aktivitas lanjut usia (American Dietetic Association, 1992 dalam Burke dan Laramie, 2000): Laki-laki= $66 + (13,8 \times \text{BB dalam kg}) + (5 \times \text{TB dalam cm}) - (6,8 \times \text{usia})$, dan untuk perempuan = $655 + (9,6 \times \text{BB dalam kg}) + (1,8 \times \text{TB dalam cm}) - 4,7 \times \text{usia}$. Total kalori yang dibutuhkan adalah BEE x aktivitas x factor cedera. Komposisi energi yang di peroleh

sebaiknya 20-25% berasal dari protein, 20% dari lemak, dan sisanya dari karbohidrat.

b. Protein

Kebutuhan protein lansia sedikit meningkat dibandingkan dengan orang dewasa. Orang dewasa membutuhkan 0,8 g/kg BB, tetapi lansia 1,1 g/kg BB (Baden, Karreck, dan Chernoff, 1993 dalam Burke & Laramic, 2000). Kebutuhan meningkat apabila lansia dalam kondisi sakit atau sedang dalam penyembuhan luka, dan memerlukan 2 g/kg. Pada lansia efisiensi penggunaan senyawa nitrogen (protein) oleh tubuh telah berkurang disebabkan pencernaan dan penyerapannya kurang efisien. Beberapa penelitian merekomendasikan, untuk lansia sebaiknya konsumsi proteinnya ditingkatkan sebesar 12 sampai 14% dari porsi untuk orang dewasa. Sumber protein yang baik diantaranya adalah pangan hewani dan kacang-kacangan (2010, <http://lenteraimpian.wordpress>).

c. Lemak

Lemak yang dibutuhkan oleh lansia sekitar 30% (9,4 kalori) atau kurang dari total kalori yang dibutuhkan. Lebih dari 30% lemak yang dikonsumsi akan mengakibatkan *atherosclerosis* (penyumbatan pembuluh darah jantung) dan dianjurkan 20% dari lemak tersebut adalah asam lemak tidak jenuh. Hindari lemak jenuh, trigliserida, & kolesterol yang merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

d. Air

Lansia risiko terjadi dehidrasi, yang disebabkan karena terjadi penurunan rasa haus, oleh sebab itu pemantauan asupan cairan sangat dibutuhkan. Asupan cairan penting untuk mengganti cairan yang hilang melalui ginjal dan keringat, serta cairan diperlukan dalam pencernaan. Setiap orang membutuhkan 30 ml cairan per kilogram berat badan kecuali jika restriksi cairan diindikasikan

(Kerstetter, Holthausen, dan Fitz, 1992, dalam Burke dan Laramie, 2000). Penambahan cairan dibutuhkan apabila kondisi lansia dalam keadaan sakit (demam), peningkatan suhu lingkungan, kelembaban lingkungan yang rendah, dan oksigen kering. Lansia dianjurkan untuk minum sebanyak 6 sampai 8 gelas perhari.

e. Karbohidrat dan Serat

Lansia risiko mengalami konstipasi hal ini disebabkan karena motilitas usus besar yang melambat, maka transit sisa makanan lebih lama di usus dan ditunjang pula oleh kurangnya cairan, oleh sebab itu lansia mengkonsumsi tinggi serat yang berasal dari sayuran, buah-buahan segar dan biji-bijian. Lansia sebaiknya mengurangi gula-gula sederhana dan menggantikannya dengan karbohidrat kompleks yang berasal dari biji-bijian dan kacang-kacangan sebagai sumber energi dan serat.

f. Vitamin.

Vitamin bagi tubuh berguna untuk metabolisme zat-zat gizi yang lain. Vitamin D dianjurkan 5 sampai 10 µg/hari bagi lansia yang berada di rumah, bagi lansia yang tidak terkena sinar matahari kalsium yang dibutuhkan 400 sampai 800 mg/hari. Vitamin oral B12 pada 1,5 ug / hari bagi mereka dengan operasi lambung atau gastritis (Garrow, James, & Ralph, 2004).

2.3.3 Indeks Metabolisme Tubuh.

Indeks Masa Tubuh (IMT) diukur untuk menentukan status gizi lansia. Menurut Depkes RI (2003) dalam (<http://www.jurnal.pdi.lipi.go.id>, diperoleh tanggal 15-2-2011). Penghitungan terlebih dahulu dengan mengukur tinggi badan dan berat badan lansia. Pada lansia tinggi badan dengan mengukur tinggi lutut (TL). Untuk lansia laki-laki dengan menggunakan rumus: $TB = 59,01 + (2,08 \times TL)$, dan rumus untuk perempuan menggunakan rumus: $TB = 75,00 + (1,91 \times TL)$.

Langkah selanjutnya adalah menghitung adalah:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan x Tinggi Badan (m)}}$$

Batas ambang IMT menurut FAO membedakan antara laki-laki: normal 20.1 sampai 25.0, dan perempuan normal 18.7 sampai 23.8. Di Indonesia dimodifikasi berdasarkan pengalaman klinis dan hasil penelitian di beberapa negara berkembang.

Kategori ambang batas IMT untuk Indonesia:

- a. Kurus, dengan kategori kekurangan berat badan berat, IMT <17.0
Kekurangan berat badan ringan, IMT 17.0 sampai dengan 18.5.
- b. Normal, IMT >18.7 sampai dengan 25.0.
- c. Gemuk, kelebihan berat badan tingkat ringan, IMT >25.0 sampai dengan 27.0.
Kelebihan berat badan tingkat berat, IMT >27.0

2.4 Konsep Keluarga.

2.4.1 Pengertian Keluarga.

Beberapa ahli mempunyai kesamaan dalam mengemukakan pendapatnya tentang pengertian keluarga. Bailon dan Maglaya (1976) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi yang saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Menurut Marciano dan Sussman (1991, dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas 1999) mendefinisikan bahwa keluarga tradisional adalah terdiri dari anak-anak, perkawinan yang legal, hubungan darah yang diturunkan antar generasi dan gaya hidup yang sama dalam keluarga. Pendapat Friedman, Bowden, dan Jones (2003) keluarga adalah sebuah sistem kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang saling ketergantungan dan dipengaruhi baik oleh struktur lingkungan

eksternal dan internal. Sedangkan menurut Hanson (2005, dalam Kaakinen et al., 2010) keluarga adalah dua atau lebih individu yang saling ketergantungan satu sama lain untuk mendapatkan dukungan emosional, fisik, dan ekonomi. Beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu sistem yang mempunyai hubungan darah, yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak yang saling berinteraksi dan saling ketergantungan, untuk mendapatkan dukungan emosional, fisik, dan ekonomi.

2.4.2 Fungsi Keluarga.

Menurut Friedman (2004) upaya untuk memandirikan keluarga untuk perawatan anggota keluarga, keluarga diharapkan mampu melakukan fungsi dan tugas kesehatan keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, dan fungsi perawatan keluarga. Kualitas kesehatan anggota keluarga dipengaruhi oleh kesehatan anggota keluarganya. Tujuan dasar keluarga, yang pertama adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarganya.

Agar kebutuhan anggota keluarga terpenuhi, ketiga fungsi di atas haruslah dilaksanakan dengan optimal. Meningkatnya jumlah lansia di Indonesia berdampak pada masalah kehidupan lansia tersebut, begitu pula dampaknya pada masyarakat dan keluarganya. Hal ini disebabkan karena dengan bertambahnya usia maka tidak dapat dihindari bahwa lansia akan menjadi beban dengan orang lain dan keluarga yang disebabkan karena menurunnya fungsi fisiologis sistem tubuh (Nasional Suara Karya.2010.¶ 1 <http://www.bataviase.co.id>).

Anggota keluarga merupakan penyedia layanan kesehatan pertama bagi keluarganya. Anggota keluarga cenderung menjadi pengasuh dan sumber dukungan bagi individu yang mengalami masalah kesehatan dalam keluarganya, namun dalam memenuhi fungsi kesehatan keluarga, keluarga tidak dapat sepenuhnya melakukan sendiri, karena pengetahuan keluarga lebih terbatas oleh sebab itu harus ada kerjasama antara keluarga dengan pelayanan kesehatan.

Fungsi keluarga adalah mencegah gangguan kesehatan, memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang mengalami sakit kronis, dan perawatan rehabilitatif (Denham, 2003 dalam Kaakinen, 2010). Craven dan Hinle (2003 dalam Widyastuti, 2009) menyatakan bahwa kebutuhan primer yang harus dipenuhi pada lansia untuk memelihara kesehatan lansia adalah kebutuhan nutrisi, eliminasi, aktifitas/gerak, kebersihan diri dan istirahat/tidur.

Keluarga siap untuk memberikan perawatan kepada lansia dalam keluarga dalam mengatasi masalah fisik, keuangan, dan emosional lansia, walaupun kurang pengetahuan dan waktu serta memerlukan biaya (Meiner, 2006). Hasil penelitian Khofifah (2006) menyatakan bahwa 48,3% keluarga mampu merawat lansia di rumah. Biaya yang dibutuhkan lebih murah dibandingkan dengan mengirim lansia kefasilitas kesehatan khusus (Plowfied, Raymond, and Blevins, 2000 dalam Meiner, 2006). Hasil penelitian bahwa 65 sampai 98 orang dari 100 responden tinggal dengan keluarga dan tidak ingin pindah dari keluarga, karena ingin lebih dekat dengan anggota keluarga (Weeks, ¶ 1 <http://www.deepdyve.com>, diambil tanggal 25 Januari 2011).

2.4.2.1 Fungsi Afektif.

Fungsi afektif keluarga yang harus dipenuhi adalah yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga, mencakup perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggota keluarganya. Terpenuhinya fungsi afektif, keluarga meningkatkan kualitas, stabilitas, perilaku dalam hubungan keluarga serta harga diri keluarganya (Friedman, Bowden, dan Jones (2003). Dalam pemenuhan nutrisi lansia diharapkan keluarga memberikan dukungan kepada lansia agar pemenuhan nutrisinya terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dengan pemilihan menu makanan, mempersiapkan makanan sesuai dengan ukuran yang dianjurkan bagi lansia.

2.4.2.2 Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi keluarga berupa internalisasi norma dan nilai yang tepat bagi lansia dan pensiunan. Gecas (1976, dalam Fiedman, Bowden, & Jones, 2003) mendefinisikan sosialisasi dalam istilah peran adalah proses perkembangan atau perubahan yang dialami seseorang sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran sosial. Perubahan yang terkait usia, hubungan sosial lansia mengalami perubahan pula, lansia kurang mengadakan hubungan sosial diantara mereka yang disebabkan karena keterbatasan aktifitas atau kemunduran fisiologis yang dialaminya.

2.4.2.3 Fungsi Ekonomi

Kondisi ekonomi akan mempengaruhi keluarga secara signifikan. Ketika ekonomi keluarga dalam keadaan sulit maka struktur, fungsi, dan proses keluarga akan terganggu pula, olah sebab itu seseorang akan memutuskan apakah tetap bekerja dan kapan harus pensiun (Bianchi, Casper, & King, 2005 dalam Kaakinen, 2010). Keluarga harus dapat mengatur keuangannya untuk asuransi, perumahan, tabungan, belanja sehari-hari hal ini dilakukan agar keluarga tidak mendapatkan kesulitan ketika sewaktu-waktu membutuhkan dana yang mendadak (Kaakinen, 2010). Lansia yang mengalami kemunduran fungsional berisiko terhadap masalah kesehatan oleh sebab itu sewaktu-waktu membutuhkan dana dalam mengatasi masalah kesehatan.

2.4.3 Dukungan Keluarga.

Lansia sangat membutuhkan bantuan dari keluarganya. Lansia membutuhkan dukungan keluarga, dan saat ini 80% keluarga memberikan dukungan tersebut kepada lansia dibandingkan dengan zaman dulu (Schmall & Pratt, 1993, dalam Lueckenotte, 1996). Sebuah keluarga terdiri dari beberapa anggota keluarga yang saling berinteraksi. Interaksi antara anggota keluarga dapat merupakan

dukungan sosial yang kemungkinan mempengaruhi kesehatan seseorang. Keluarga adalah yang pertama dalam memberi dan menerima dukungan sosial (Pender, 2002).

Lansia adalah kelompok yang mengalami kemunduran dan kelemahan fisik, oleh sebab itu membutuhkan kasih sayang dan dukungan dari keluarga untuk meningkatkan motivasi lanjut usia dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi (Lueckenotte, 1996). Lanjut usia yang mendapatkan dukungan keluarga dan teman-teman lebih mempertahankan kehidupan yang sehat (Allender & Spradley, 2005). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) bahwa 85% lanjut usia tinggal di rumah, dengan pasangan dan keluarga sebagai pemberi perawatan dengan kasih sayang. Lanjut usia membutuhkan dukungan sosial yang lebih besar karena merupakan kelompok risiko (Britner, Morog, Pianta, & Marvin, 2003 dalam Kaakinen et al;2010).

Dukungan keluarga dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada lanjut usia dalam keluarga karena perubahan yang terjadi. Lanjut usia risiko terhadap masalah nutrisi, oleh sebab itu perlu untuk membantu lanjut usia dalam pemenuhan nutrisi di rumah (Watson, 2003). Keluarga berperan penting dalam memberikan dukungan sosial pada anggota keluarga lain, termasuk pemilihan makanan, menyiapkan makanan merupakan hal yang sangat berhubungan dengan pemenuhan nutrisi bagi lanjut usia (Pender, 2003). Perawatan di rumah memungkinkan lanjut usia untuk mendapatkan layanan dan dukungan dari keluarga, biaya lebih efektif dan diharapkan kebutuhan lanjut usia dapat dipenuhi, yaitu berupa kepedulian sosial dari keluarga seperti makan, rekreasi/olah raga, bimbingan spiritual dan perawatan kesehatan seperti pemantauan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan layanan kesehatan (2002, <http://www.iussp.org>).

Dukungan sosial adalah suatu dukungan yang diberikan dari hubungan pertalian interpersonal dan dukungan sistem pemeliharaan yang diperlukan untuk penyembuhan kesehatan (Hitchock et al.,

1999). Menurut Pender (2002) dukungan sosial adalah hubungan interpersonal yang melibatkan: a) kepedulian emosional berupa ekspresi kepedulian, dorongan empati, b) bantuan seperti jasa, uang, atau informasi, dan c) afirmasi yakni memberikan umpan balik yang konstruktif dan pengakuan. Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003 dan House (1981 dalam Joanna at al.,2010) membagi dukungan sosial dikategorikan menjadi empat jenis perilaku pendukung yaitu dukungan emosional (*emotional support*), dukungan instrumental (*instrumental support*), dukungan informasional (*informational support*), dan dukungan penghargaan (*appraisal support*).

2.4.3.1 Dukungan Emosional (*Emotional support*).

Dukungan emosional adalah suatu bentuk dukungan dengan memberikan kepedulian, kasih sayang, simpati pada lanjut usia. Keluarga harus dapat membantu penguasaan emosional lanjut usia. Keluarga memberikan kesempatan kepada lanjut usia untuk mengkomunikasikan masalah kesehatan yang dihadapinya, dan keluarga mendengarkan keluhan yang disampaikan oleh lanjut usia, yang kemudian memberikan saran dan pendapat yang berhubungan keluhan tersebut. Hasil penelitian bahwa lanjut usia pada umumnya menerima dukungan emosional yang berkualitas dari keluarga besar terkait dengan pekerjaan dan kesejahteraan keluarga (Taylor & Francis, 2009, ¶ 1, <http://www.informaworld.com>).

2.4.3.2 Dukungan Instrumental (*Instrumental support*).

Keluarga adalah sumber bantuan yang praktis dan konkrit bagi lanjut usia. Bentuk dukungan instrumental adalah dengan memberikan bantuan atau layanan yang baik, termasuk keuangan. Perubahan terkait usia yang dialami lanjut usia akan membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga, karena ketergantungan kepada keluarga lebih besar. Keluarga dapat memberikan dukungan berupa pekerjaan rumah tangga

seperti mencuci pakaian, memberikan perawatan yang cukup, kemudian menyediakan transportasi yang aman bagi lanjut usia. Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa 50% lanjut usia mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas dasar mandi, mencuci, dan makan. Hal tersebut menunjukkan bahwa lanjut usia membutuhkan bantuan dan dukungan keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada keluarga. Memberikan dukungan antara lain melayani lanjut usia dalam pemenuhan nutrisinya perlu dengan makan makanan yang menarik dan menyenangkan sehingga dapat meningkatkan nafsu makan, misalnya rasa yang dibumbui rempah-rempah, tekstur makanan yang lembut, aroma masakan yang sedap, menu masakan yang berganti-ganti setiap hari, menu yang terpisah atau berbeda dengan anggota keluarga yang lain dapat meningkatkan nafsu makan lanjut usia (Murray, 2003).

2.4.3.3 Dukungan Informasional (*Information support*).

Masalah nutrisi pada abad 21 merupakan masalah yang perlu diatasi dengan melakukan promosi kesehatan keluarga untuk perlindungan kesehatan anggota keluarga. Masalah nutrisi keluarga di Amerika cenderung mengalami kelebihan berat badan dan kurangnya olah raga dikalangan usia. Faktor utama yang mempengaruhi kesehatan gizi keluarga dari tren sosial antara lain teknologi, media, dan sistem keluarga yang mempengaruhi antara lain adalah ritual, lingkungan, budaya, keuangan, komunikasi (James & Flores, 2004 dalam Kaakinen at al, 2010).

Dukungan informasional keluarga dapat memberikan saran dan informasi pada lanjut usia. Aktivitas yang dilakukan berupa memberikan informasi atau pengetahuan kepada lanjut usia tentang kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan, seperti komposisi makanan, jenis makanan, dan pentingnya mengatasi faktor risiko gizi lebih.

2.4.3.4 Dukungan Penghargaan (*Appraisal support*).

Keluarga dapat memberikan umpan balik kepada lanjut usia untuk membantu mereka dalam evaluasi diri, keluarga dapat membantu dalam pemecahan masalah lanjut usia yang berhubungan penuaan. Khususnya dalam masalah nutrisi keluarga dapat meninjau *food record* lanjut usia, masalah pola makan lanjut usia yang beresiko terhadap masalah nutrisi. Keluarga memberikan penghargaan pada lanjut usia yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya sesuai dengan kebutuhan, artinya tidak kekurangan atau kelebihan dari porsi yang telah ditetapkan bersama keluarga dan terhindar dari masalah kesehatan.

2.4.4 Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pemenuhan Nutrisi pada Lanjut Usia.

Beberapa karakteristik keluarga yang berpengaruh dalam pemenuhan nutrisi lanjut usia dalam keluarga dapat teridentifikasi, yaitu status sosial ekonomi, pendapatan, dan pendidikan.

2.4.1 Pekerjaan

Pekerjaan sangat berpengaruh pada keadaan gizi lebih atau gizi kurang pada lanjut usia. Ebersole dan Hess (2001 dalam Stanhope dan Lancater, 2004) bahwa status sosial ekonomi sangat mempengaruhi dalam pemenuhan nutrisi dalam keluarga. Pekerjaan berhubungan dengan kesejahteraan. Sosial ekonomi yang tinggi akan dapat memenuhi kebutuhan lanjut usia sesuai dengan kebutuhannya atau melebihi kebutuhan, sedangkan sosial ekonomi yang rendah keluarga kurang maksimal dalam pemenuhan nutrisi yang sesuai. Menurut USDHHS (1990, dalam Hitcock, 1999) menjelaskan bahwa pendapatan yang kurang merupakan faktor risiko karena tidak dapat memenuhi kebutuhannya.

2.4.2 Pendapatan

Pendapatan keluarga dengan lanjut usia dibutuhkan untuk menyediakan kebutuhan lanjut usia dalam pemeliharaan kesehatan lanjut usia. Lanjut usia risiko terjadi masalah kesehatan, tidak hanya masalah nutrisi tetapi juga masalah yang berhubungan dengan sistem tubuh yang lain. Menurut USDHHS (1990, dalam Hitcock, 1999) menjelaskan bahwa pendapatan yang kurang merupakan faktor risiko karena tidak dapat memenuhi kebutuhannya. Dari hasil penelitian pada tahun 2003 ditemukan bahwa 6,0% keluarga lanjut usia mengalami rawan pangan, dan 7,1% keluarga lanjut usia mengalami kelaparan (2004, ¶1. <http://www.nursingcenter.com>, diambil tanggal 13 Oktober 2010).

2.4.3 Pendidikan

Pendidikan keluarga sangat menunjang dalam perawatan lanjut usia dalam keluarga. Pendidikan keluarga yang tinggi dapat mengetahui kebutuhan lanjut usia, dalam hal ini keluarga dapat menyusun menu, membeli bahan nutrisi yang berkualitas, dan menyiapkan makanan yang dibutuhkan oleh lanjut usia dalam keluarga. Pendidikan keluarga yang rendah berpengaruh dalam menyusun menu, membeli bahan makanan, dan menyiapkan makanan yang tidak berkualitas. Kemungkinan menu yang disiapkan sama dengan anggota keluarga yang lain. Menurut USDHHS, (1990b, dalam Hitcock, 1999) tingkat pendidikan yang rendah akan meningkatkan mortalitas, dan hal ini sebagai faktor risiko, yang disebabkan karena:

- a. Kurangnya informasi mengenai kebutuhan gizi & pengelolaan nutrisi yang baik, sehingga dapat menyebabkan kebiasaan makan yang tidak sehat.
- b. Rendahnya tingkat pendidikan formal mungkin akan sulit bagi keluarga mendapatkan pekerjaan yang baik, dan berhubungan dengan pendapatan yang rendah.

Pendidikan dalam masyarakat yang paling berpengaruh adalah pendidikan menengah keatas. Nilai pendidikan disejajarkan dengan etika kerja, materialisme, individualisme, dan perkembangan (Inkeles, 1999, dalam Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan dukungan informasi dengan dukungan instrumental, karena pendidikan seseorang akan menentukan seseorang untuk menguasai informasi dengan mudah dan menguasai ilmu dengan baik, oleh sebab itu semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik memberikan dukungan instrumental (Daryanto, 2007).

2.4.4 Tipe Keluarga

Struktur dan tipe keluarga mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga, keluarga yang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan dan mampu memberikan promosi kesehatan dalam keluarga (Olson, 2000 dalam Kaakinen et al., 2010). Tipe keluarga dengan lanjut usia telah mengalami perubahan, dengan demikian tipe keluarga lanjut usia sangat mempengaruhi kebutuhan nutrisi bagi lanjut usia. Tipe keluarga besar akan menyiapkan makanan untuk seluruh anggota keluarga dan kemungkinan besar menu dan jenis makanan sama untuk seluruh anggota keluarga. Begitu pula dengan anggota keluarga yang bekerja, mereka kurang dalam memperhatikan nutrisi lanjut usia, tetapi bahkan lanjut usia yang mempersiapkan makanan untuk seluruh anggota keluarganya.

Hanya kerabat dekat yang dapat memberikan bantuan jangka panjang yang ekstensif. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk dalam bantuan finansial yang terus menerus dan intermiten, berbelanja, merawat anak, perawatan fisik lanjut usia, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis (Caplan, 1974 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2002). Oleh sebab itu

keluarga besar memberikan dukungan sosial penting kepada keluarga inti.

2.4.5 Usia.

Karakteristik usia dapat menentukan apakah dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lanjut usia sesuai kebutuhan atau tidak. Seseorang yang berusia lebih dari 18 tahun keatas dianggap dewasa dan dapat memberikan perhatian dan dukungan pada lanjut usia (Stone & Eigsti, 2003). Usia lebih dari 18 tahun adalah usia produktif yang bertanggung jawab memberikan perawatan lanjut usia di rumah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan usia dengan dukungan informasional dan dukungan emosi, semakin dewasa seseorang semakin matang kepribadian seseorang (Daryanto, 2007). Dengan lebih dewasanya seseorang diharapkan lebih baik dalam memberikan layanan dan dukungan pada lanjut usia khususnya dalam pemenuhan nutrisinya.

Menurut Ericson masa dewasa terbagi menjadi dewasa awal (18 sampai dengan 40 tahun), merupakan pengalaman menggali keintiman, dapat membaur dengan orang lain tanpa takut akan kehilangan sesuatu. Masa dewasa tengah merupakan masa produktivitas maksimum. Pada masa ini kekuatan watak yang muncul, perhatian rasa prihatin dan tanggung jawab yang menghargai siapa yang membutuhkan perlindungan dan perhatian. Rasa tanggung jawab yang harus diwujudkan dalam kehidupan masa dewasa awal sebagai seorang yang bekerja di lingkungan sosial keluarga. Masa dewasa tengah merupakan masa produktivitas maksimum. Pada masa ini kekuatan watak yang muncul, perhatian rasa prihatin dan tanggung jawab yang menghargai siapa yang membutuhkan perlindungan dan perhatian. Dengan demikian usia keluarga dewasa muda dan dewasa tengah bertanggung jawab atas lanjut usia yang membutuhkan bantuan terutama nutrisinya.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DIFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

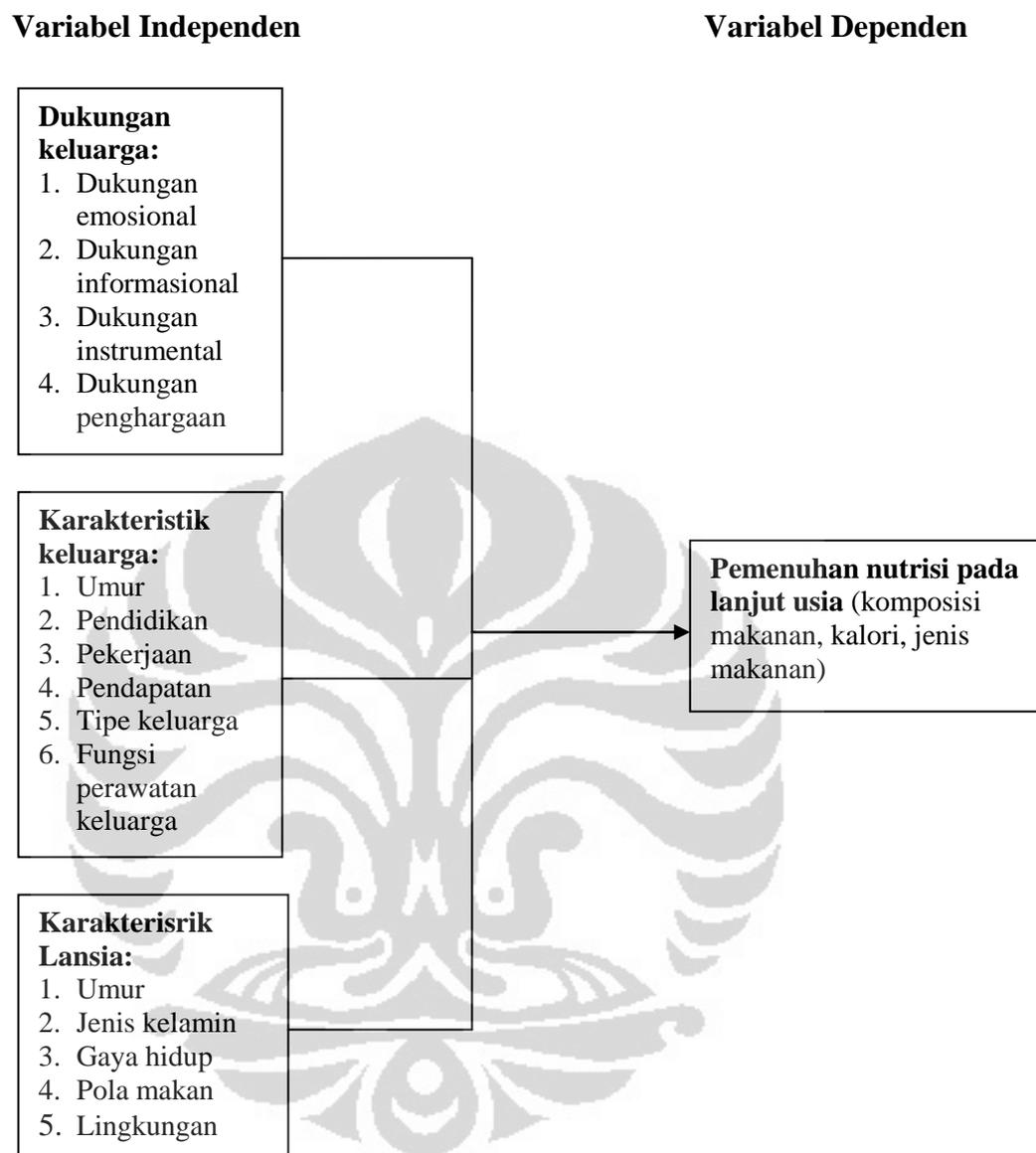
Bab ini akan menjelaskan kerangka konsep penelitian, diagram kerangka konsep hipotesis mayor dan minor, serta definisi operasional dari variabel independen, dan variabel dependen.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu diagram yang menunjukkan variabel dan hubungan antara variabel dalam penelitian (Polit & Hungler, 1999; Dahlan, 2008). Variabel adalah karakteristik subyek penelitian yang berubah dari satu subyek kesubyek lain (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Polit & Hungler, 1999).

Variabel independen pada penelitian ini yaitu dukungan keluarga, karakteristik keluarga, dan karakteristik lansia. Menurut Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003; Kaakinen et al., 20210) dukungan keluarga terdiri dari dukungan emotional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan. Variabel karakteristik keluarga dalam penelitian ini terdiri dari usia keluarga yang merawat lanjut usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe keluarga, fungsi perawatan keluarga (USDHHS, 1990, dalam Hitchcock, 1999; Inkeles, 1999, dalam Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Karakteristik lanjut usia terdiri dari pola gaya hidup, pola makan, dan lingkungan, oleh sebab itu keluarga harus mencegah jangan sampai kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi sesuai dengan kebutuhan (Hitchcock, 1999:Miller, 1995). Ketiga variabel tersebut dihubungkan dengan variabel dependen yaitu pemenuhan nutrisi pada lanjut usia yang mencakup komposisi makanan, jenis makanan, Menurut (Watson, 2003; Pender, 2002) bahwa keluarga diperlukan dukungannya dalam memenuhi kebutuhan nutrisi bagi lanjut usia.

Skema 3.1 Kerangka Konsep



Berdasarkan skema diatas dapat dijelaskan bahwa variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga yang mencakup dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan, karakteristik keluarga yang mencakup umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe keluarga, dan fungsi perawatan keluarga, dan karakteristik lanjut usia yakni umur, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan. Variabel independen dalam penelitian ini pemenuhan nutrisi pada lanjut usia (komposisi makanan, kalori dan jenis makanan),

3.2 Hipotesis

”Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai salah melainkan diuji apakah sah (valid) atau tidak” (Satroasmoro dan Ismael, 2010, hlm 39). Hipotesis penelitian dapat dirumuskan sesuai dengan tujuan penelitian sebagai berikut:

3.2.1 Hipotesis Mayor:

Ada hubungan dukungan, karakteristik keluarga, dan lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan.

3.2.2 Hipotesis Minor:

3.2.2.1 Ada hubungan antara dukungan emosional dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.2 Ada hubungan antara dukungan informasional dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.3 Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.4 Ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.5 Ada hubungan antara umur keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.6 Ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.7 Ada hubungan antara pekerjaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.8 Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.9 Ada hubungan antara tipe keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.2.2.10 Ada hubungan antara fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

- 3.2.2.11 Ada hubungan antara umur lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.
- 3.2.2.12 Ada hubungan antara jenis kelamin lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.
- 3.2.2.13 Ada hubungan antara gaya hidup lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.
- 3.2.2.14 Ada hubungan antara pola makan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.
- 3.2.2.15 Ada hubungan antara lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.
- 3.2.2.16 Ada variabel dari dukungan, karakteristik keluarga, dan dukungan lanjut usia yang paling dominan berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang menjadikan variabel-variabel yang sedang diteliti menjadi bersifat operasional dalam kaitannya dengan proses pengukuran berbagai variabel tersebut (Sarwono, 2006). Maksudnya adalah agar tidak ada makna ganda dari istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

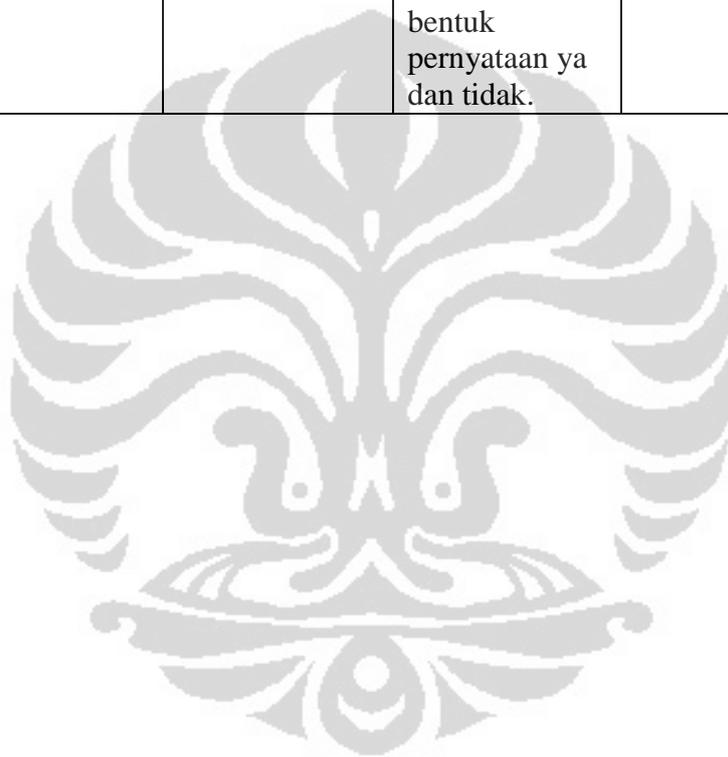
No	Variabel	Difinisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen 1.1 Dukungan keluarga	Dorongan yang diberikan keluarga terhadap lansia dalam pemenuhan nutrisi			
	1.1.1 Dukungan emosional	Dorongan yang diberikan oleh keluarga	Kuesioner B: tentang dukungan	0=Kurang bila skor < 26 (median)	Ordinal

		berupa kasih sayang, kepedulian, simpati pada anggota keluarga	emosional keluarga keluarga dalam bentuk skala likert, yaitu selalu, sering, kadang, dan tidak pernah	1=Baik bila skor ≥ 26 (median)	
1.1.2	Dukungan instrumental	Dorongan yang diberikan oleh keluarga berupa keuangan, perawatan bagi anggota keluarga	Kuesioner B: tentang dukungan instrumental keluarga keluarga dalam bentuk skala likert, yaitu selalu, sering, kadang, dan tidak pernah	0=Kurang bila skor < 26 (median) 1=Baik bila skor ≥ 26 (median)	Ordinal
1.1.3	dukungan informational	Dorongan yang diberikan oleh keluarga berupa memberikan informasi tentang nutrisi bagi anggota keluarga	Kuesioner B: tentang dukungan informational keluarga keluarga dalam bentuk skala likert, yaitu selalu, sering, kadang, dan tidak pernah	0=Kurang bila skor < 24 (median) 1=Baik bila skor ≥ 24 (median)	Ordinal
1.1.4	dukungan penghargaan	Dorongan yang diberikan oleh keluarga dengan memberikan bimbingan umpan balik dan saran pada anggota keluarga	Kuesioner B: tentang dukungan penghargaan keluarga keluarga dalam bentuk skala likert, yaitu selalu, sering, kadang, dan tidak pernah	0=Kurang bila skor < 23 (median) 1=Baik bila skor ≥ 23 (median)	Ordinal

1.2.Karakteristik keluarga:	Ciri yang memengaruhi kesehatan keluarga			
1.2.1 Umur	Usia keluarga pelaku rawat utama lansia sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A: tertulis pada data demografi	Distribusi frekuensi; 1. 18-40 tahun 2. > 40 tahun	Ordinal
1.2.2.Pendapatan	Penghasilan total keluarga dalam satu bulan	Kuesioner A: Pada data demografi. Item pertanyaan tentang pendapatan keluarga.	1. Rendah: bila < 1.212.000. 2. Tinggi: bila \geq 1.213.000	Ordinal
1.2.3.Pendidikan	Pendidikan terakhir yang ditempuh	Kuesioner A: 1. SD. 2. SMP. 3. SMA. 4. Akademi 5. Perguruan tinggi.	1= SD 2= SMP 3= SMA 4= Akademi 5= Perguruan tinggi.	Ordinal
1.2.4 Pekerjaan	Pekerjaan terakhir responden yang dimiliki responden	Kuesioner A: berupa pertanyaan tertulis dalam pertanyaan demografi	0= tidak bekerja 1= bekerja	Ordinal
1.2.5 Tipe keluarga	Pernyataan yang disampaikan keluarga tentang jumlah anggota keluarga dalam satu rumah (keluarga inti, keluarga besar)	Kuesioner A: Pada demografi keluarga: 1. Keluarga inti 2. Keluarga besar.	Distribusi frekuensi responden jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah: 0= Keluarga besar. 1= Keluarga inti.	Nominal

1.2.6 Fungsi perawatan keluarga	Suatu fungsi keluarga dalam merawat keluarga (lansia) agar kualitas hidup lansia meningkat.	Kuesiner D: tentang fungsi perawatan lansia dengan skala Gutmann dalam bentuk pernyataan ya dan tidak	0=Kurang bila skor < 11 (median) 1=Baik bila skor \geq 11 (median)	Ordinal
1.3 Karakteristik lansia	Ciri yang mempengaruhi kesehatan lansia.			
1.3.1 Usia	Usia lansia sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner A: tertulis pada data demografi.	Distribusi frekuensi; 1. 60-74 tahun 2. 75-90 tahun	Ordinal
1.3.2 Jenis kelamin	Kondisi lansia berdasarkan jenis kelamin	Kuesioner A: tertulis pada data demografi	Distribusi frekuensi: 1=Laki-laki 2=Perempuan	Nominal
1.3.3 Gaya hidup	Kebiasaan sehari-hari lansia yang mempengaruhi kesehatan lansia.	Kuesiner D: tentang gaya hidup lansia dengan skala Gutmann dalam bentuk pernyataan ya dan tidak	0=Kurang bila < 12 (median) 1=Baik bila \geq 12 (median)	Ordinal
1.3.4 Pola makan	Kebiasaan makan lansia dalam satu hari	Kuesiner D: tentang pola makan sehari-hari lansia dengan skala Gutmann dalam bentuk pernyataan ya dan tidak	0=Kurang bila < 13 (median) 1=Baik bila \geq 13 (median)	Ordinal
1.3.5 Lingkungan	Keadaan di sekitar lansia yang mempengaruhi nutrisi lansia	Kuesiner D: tentang lingkungan kehidupan lansia dengan Skala dalam bentuk pernyataan ya dan tidak	0=Kurang bila < 11 (median) 1=Baik bila \geq 11 (median)	Ordinal

2	Variabel Dependen Pemenuhan nutrisi (komposisi, jenis makanan, & kalori)	Adalah asupan nutrisi yang harus dipenuhi sesuai kebutuhan	Kuesioner C: Tentang pernyataan lansia dan keluarga terhadap komposisi, jenis makanan, diit yang dikonsumsi setiap hari, dibuat dalam bentuk pernyataan ya dan tidak.	0=Kurang bila < 27 (median) 1=Baik bila \geq 27 (median)	Ordinal
---	---	--	---	--	---------



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab Metodologi Penelitian berisikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bersifat diskriptif korelasi karena untuk memahami hubungan antara dua variabel (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini termasuk dalam desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan variabel dependen dan independen dilakukan hanya satu kali pada satu saat dan waktu yang bersamaan, yaitu peneliti mencari hubungan antara variabel bebas yaitu dukungan, karakteristik keluarga dan lansia dengan variabel tergantung pemenuhan nutrisi pada lansia (komposisi makanan, jenis makanan, jumlah kalori)

4.2 Populasi Dan Sampel.

4.2.1 Populasi.

Populasi adalah *aggregate* yang mempunyai masalah dan memenuhi kriteria yang ditentukan oleh peneliti (Polit & Hungler, 1999). Menurut Sabri dan Hastono (2006) populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang dilakukan. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang ada di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, dengan jumlah 3125 jiwa.

4.2.2 Sampel.

Bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya disebut dengan sampel (Sastroasmoro, 2010). Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi dan sampel yang diambil haruslah yang representatif (Sugiyono, 2005). Menurut Sabri dan Hastono (2006) sampel adalah

sebagian dari populasi yang dinilai/karakteristiknya diukur yang nantinya dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi. Karakteristik atau kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

Kriteria inklusi responden (lanjut usia):

- a. Bersedia menjadi responden.
- b. Lansia berusia 60 tahun keatas.
- c. Tinggal dalam keluarga.
- d. Terdapat anggota keluarga yang merawat lanjut usia.
- e. Dapat berbahasa Indonesia.

Kriteria inklusi responden (keluarga):

- a. Bersedia menjadi responden.
- b. Ada hubungan kekerabatan dengan lansia.
- c. Dapat membaca dan menulis.
- d. Dapat berbahasa Indonesia

Dengan demikian rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

Keterangan:

P = perkiraan proporsi (prevalensi) atau kejadian gizi lebih pada lanjut usia di Jawa Barat pada tahun 2009/2010 yaitu 9,95% = 0,099

$$1 - P = 1 - 0,099 = 0,901$$

Z_{1- α /2} = statistik Z pada distribusi normal standar pada tingkat kemaknaan untuk uji dua arah 0,05 = 1,96.

d = presisi absolut 5% = 0,05

Jika dihitung:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,099 \times 0,901)}{(0,05)^2}$$

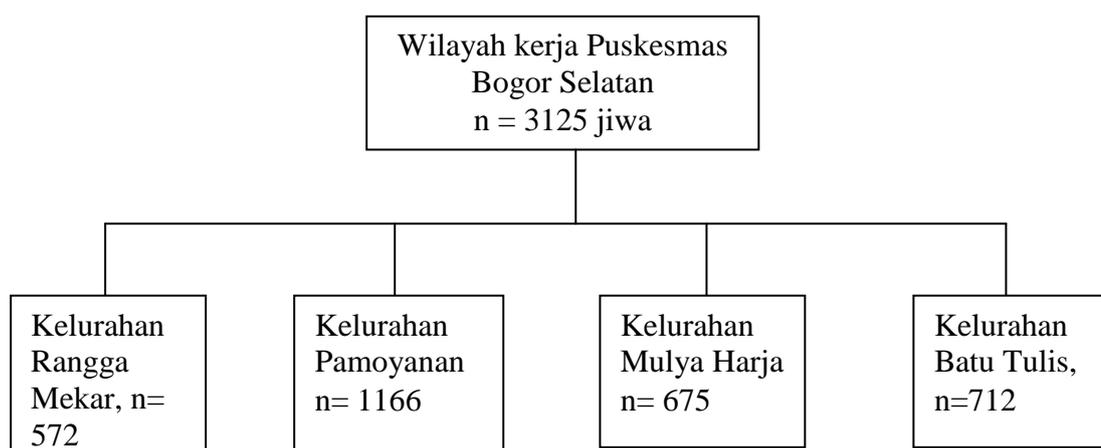
$$n = 137.$$

Berdasarkan penggunaan rumus di atas maka besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 137 sampel, tetapi karena pengambilan sampel dengan cara *cluster sampling* maka harus dikalikan dengan 1.6 (Carlin & Hocking, 1999.<http://onlinelibrary.wiley.com>), dengan demikian besar sampel menjadi 219 sampel.

4.3 Teknik Pengambilan Sampel.

Pemilihan sampel pada penelitian ini adalah dengan cara *probability sampling* yaitu tiap subjek dalam populasi terjangkau mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau untuk tidak terpilih. Pengambilan sampel dengan *cluster sampling* yaitu penarikan sampel secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang terjadi secara alamiah, karena sampel diambil dalam satu wilayah yang populasinya tersebar luas yaitu wilayah kerja puskesmas Bogor Selatan yang terdiri dari empat kelurahan dengan jumlah lanjut usia 3125 jiwa (Polit & Hungler, 1990; Sarwono, 2006; Sugiyono, 2005; Sastroasmoro & Ismael, 2010). Pembagian jumlah sampel setiap wilayah/kelurahan dihitung dengan *cluster proporsional* artinya besar sampel yang diambil sesuai dengan jumlah lansia setiap kelurahan dibagi total jumlah lansia kemudian dikali 100, maka didapatkan besar sampel di kelurahan tersebut. Gambaran *cluster sampling* yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Skema 4.1: *Cluster sampling*



Universitas Indonesia

Tabel 4.1
Pembagian besar sampel pada masing-masing kelurahan
di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan

No	Kelurahan	Jumlah Lansia	Besar Sampel
1	Kelurahan Rangka Mekar	572 jiwa	40 sampel
2	Kelurahan Pamoyanan	1166 jiwa	81 sampel
3	Kelurahan Mulya Harja	675 jiwa	48 sampel
4	Kelurahan Batu Tulis	712 jiwa	50 sampel

Tabel di atas menunjukkan besar sampel setiap kelurahan yang dihitung dengan cara *cluster proporsional*, oleh sebab itu besar sampel di setiap kelurahan tidak sama besar, karena jumlah populasi di setiap kelurahan tidak sama. Selanjutnya dari setiap kelurahan sampel diambil *secara purposive sampling*.

4.4 Tempat Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, kota Bogor. Alasan peneliti melakukan penelitian di tempat tersebut disebabkan jumlah lansia dengan masalah nutrisi terutama gizi lebih, lebih banyak jika dibandingkan angka kejadian di Indonesia dan angka kejadian di Jawa Barat, serta angka kejadian ini lebih banyak jika dibandingkan dengan wilayah puskesmas wilayah Puskesmas Kota Bogor lainnya. Wilayah Puskesmas Bogor Selatan merupakan wilayah binaan Politeknik Kesehatan Bandung Jurusan Keperawatan Bogor, tempat peneliti bekerja. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dalam meningkatkan kesehatan lansia di wilayah kerja puskesmas Bogor Selatan.

4.5 Waktu Penelitian.

Waktu penelitian terbagi dalam tiga tahap, yang pertama dengan mencari informasi secara informal yang dilakukan pada awal bulan Januari 2011,

kemudian tahap pelaksanaan pembuatan proposal penelitian dimulai tanggal 10 Januari 2011. Waktu penelitian dilaksanakan oleh peneliti mulai 5 Mei 2011. Penelitian ini diawali dengan uji validitas instrumen tanggal 5 sampai 13 Mei. Pengambilan data berjalan dengan lancar dari tanggal 15 sampai tanggal 28 Mei 2011. Selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisis data sampai pertengahan Juni 2011.

4.6 Etika Penelitian.

Penelitian ini telah lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 11) dan telah menerapkan prinsip-prinsip dasar etik.

4.6.1 Aplikasi Etik dalam Penelitian

Proposal penelitian selalu berkaitan dengan etika. Menurut Polit dan Hungler (1999), bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian harus dilindungi dengan etika penelitian, dengan memperhatikan prinsip *beneficence dan maleficience, autonomy, dan justice*.

a. Prinsip *Beneficence dan Maleficience*.

Prinsip *beneficence* berarti bahwa penelitian yang dilakukan haruslah berdampak positif terhadap responden baik secara langsung maupun tidak langsung, dan diberikan penjelasan secara rinci sebelum dilakukan *informed consent*. Dampak yang mungkin terjadi yakni berubahnya pola makan lansia kearah perbaikan, dan mengkonsumsi nutrisi sesuai dengan kebutuhan, tidak kelebihan ataupun kekurangan. Selain gaya hidup sehat dapat diikuti responden, serta perhatian keluarga terhadap pemenuhan nutrisi lansia menjadi baik.

Maleficience artinya bahwa penelitian ini tidak membahayakan atau menimbulkan risiko, terlindungi dan terbebas dari cedera terhadap responden. Perlindungan fisik dan psikis dari responden terjamin. Risiko yang terjadi yakni responden

kelelahan dan pusing dalam mengisi kuesioner mengingat jumlah kuesioner yang cukup banyak sehingga pengisian kuesioner tertunda bahkan terhenti. Untuk mengatasinya peneliti memberikan selang waktu untuk beristirahat dan membicarakan hal diluar dari topik kuesioner.

b. **Prinsip *Autonomy*.**

Prinsip *autonomy* berarti peneliti menghargai harkat dan martabat manusia, yang meliputi *self determination* artinya bahwa responden boleh menentukan apakah ia akan berpartisipasi pada penelitian ini atau tidak dan sewaktu-waktu apabila responden ingin berhenti terlibat dalam penelitian ini, peneliti tidak akan melakukan pemaksaan. Pencegahan dapat dilakukan dengan cara, sebelum pengisian kuesioner, peneliti melakukan pendekatan atau bina *trust* pada lansia dan keluarganya agar terbina hubungan yang baik antara responden dengan peneliti. Selanjutnya responden diberi penjelasan tujuan pengisian kuesioner, tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui keterlibatan keluarga dalam pemenuhan nutrisi lansia, apakah sesuai dengan yang dibutuhkan oleh lansia atau tidak.

c. **Prinsip *Justice*.**

Prinsip ini menekankan bahwa responden dihargai, dihormati, dan dijaga *privacy* dan *anonymity*. Peneliti menjaga kerahasiaan data-data dan informasi yang didapat dari responden. Kerahasiaan nama responden dijaga dengan cara menggunakan pengkodean pada kuesioner yang diisi oleh responden.

4.6.2 *Informed Consent*

Responden berhak untuk menyetujui atau menolak menjadi responden. Responden yang bersedia mengikuti penelitian diminta untuk menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden (*informed consent*). *Inform consent* dibuat dengan menggunakan

bahasa yang dapat dimengerti oleh orang awam. Menurut Polit dan Hungler (1999) *informed consent* diisi artinya bahwa responden sudah mendapatkan penjelasan dari peneliti dengan luas terkait dengan penelitian yang dilakukan, mampu memahami informasi yang diberikan, dan mempunyai kebebasan untuk memberikan persetujuan secara sukarela dan berpartisipasi dalam penelitian atau menolak berpartisipasi. Menurut Dempsey (2002) formulir *informed consent* atau lembar persetujuan berisikan 5 (lima) elemen penting, yaitu:

- a. Penjelasan yang dapat dimengerti tentang tujuan penelitian yang dilakukan. Juga dijelaskan prosedur dan teknik yang dilakukan serta tujuan yang ingin dicapai.
- b. Penjelasan tentang kemungkinan risiko yang dirasakan. Jika responden merasa tidak nyaman saat pengisian kuesioner maka pengisian kuesioner dihentikan.
- c. Penjelasan mengenai manfaat penelitian yang dilakukan.
- d. Kesiapan peneliti untuk menjawab semua pertanyaan mengenai prosedur penelitian yang diajukan oleh responden, dan peneliti memberikan penjelasan prosedur penelitian dengan lengkap.
- e. Informasi bahwa dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa diberi konsekuensi apapun.

4.7 Alat Pengumpulan Data.

4.7.1 Pengumpulan Data.

Pengumpulan data penelitian dilakukan peneliti dengan dibantu oleh petugas kesehatan dari Puskesmas Bogor Selatan, mahasiswa tingkat akhir Poltekkes Bandung Jurusan Keperawatan Bogor yang sedang berpraktik di Puskesmas Bogor Selatan dan 6 orang kader dari beberapa kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, yang sebelumnya diberikan penjelasan tentang prosedur pengumpulan data. Proses pengumpulan data pada lansia berjalan lancar. Sebagian besar lansia dapat mengisi sendiri kuesioner yang diberikan, tetapi ada beberapa orang lansia yang minta dibacakan karena penglihatan yang

sudah tidak jelas, dan peneliti membantu untuk membacakan kuesioner yang tidak dapat terbaca oleh lansia.

4.7.2 Instrumen Pengumpulan Data.

Instrumen dibuat menagacu pada kisi-kisi yang telah disusun. Manfaat kisi-kisi memudahkan peneliti dalam menyusun instrumen. Instrumen terdiri dari 4 (empat) kelompok kuesioner dan disusun sesuai dengan variabel-variabel yang diukur.

4.7.2.1 Kuesioner A.

Kuesioner ini berisikan data demografi dari responden (keluarga), terdiri dari umur keluarga pelaku rawat utama lanjut usia, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan tipe keluarga. Pengisian kuesioner pendapatan, responden mengisi nominal pendapatan keluarga dalam satu bulan pada tempat yang sudah disediakan.

4.7.2.2 Kuesioner B.

Kuesioner ini berisi tentang dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan emotional, informasional, instrumental, dan penghargaan. Pertanyaan diberikan sebanyak 36 buah, cara pengisiannya responden memberikan tanda *check list* (\checkmark) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan. Pertanyaan pada kuesioner ini menggunakan kuesioner penelitian Wijayanti (2005) yang sudah dimodifikasi oleh peneliti. Uji reabilitas instrumen tersebut r hasil $>$ r table, yaitu $\alpha = 0,9593$, sehingga instrumen tersebut dikatakan *reliable* dan dapat digunakan dalam penelitian. Cara ukur pertanyaan ini dengan menggunakan skala *likert*, yaitu selalu, sering, kadang, dan tidak pernah. Penilaian ditetapkan sebagai berikut, untuk pernyataan dukungan yang positif maka nilai selalu (nilai 4), sering (nilai 3), kadang-kadang (nilai 2), dan tidak pernah (nilai 1).

Sedangkan untuk dukungan yang diberikan negatif maka penilaian diberikan sebagai berikut selalu (nilai 1), sering (nilai 2), kadang-kadang (nilai 3), dan tidak pernah (nilai 4). Instrumen ini berdistribusi tidak normal sehingga hasil ukur yang digunakan median. Selanjutnya peneliti menentukan hasil ukur dari kuesioner ini berupa hasil ukur 0 = kurang bila skor < median, dan 1 = baik bila skor \geq median.

4.7.2.3 Kuesioner C.

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran pemenuhan nutrisi lansia dalam keluarga yang berisikan tentang komposisi nutrisi yang dikonsumsi, jumlah kalori yang terkandung dalam nutrisi, jenis makanan menurut *standard* rumah tangga yang disediakan oleh keluarga dan dikonsumsi oleh lansia. Instrumen ini diisi oleh keluarga dan lansia. Jumlah pertanyaan sebanyak 25 pertanyaan. Cara ukur yang digunakan adalah dengan menggunakan skala Gutmann dengan pernyataan ya dan tidak. Instrumen ini berdistribusi tidak normal sehingga hasil ukur yang digunakan median, oleh sebab itu hasil ukur 0=Kurang bila skor < 27 (median), 1=Baik, bila skor \geq 27 (median). Responden dapat mengisi dengan cara memberikan tanda (\surd) pada kolom yang sudah disediakan.

4.7.2.4 Kuesioner D.

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran tentang faktor risiko penyebab masalah gizi pada lansia yang terdiri dari gaya hidup, pola makan, lingkungan, dan fungsi perawatan keluarga. Pertanyaan ini diisi oleh responden lansia, dengan jumlah pertanyaan sebanyak 28 pertanyaan, dalam bentuk skala Gutmann dengan pernyataan ya dan tidak. Responden dapat mengisi dengan

cara memberikan tanda (\checkmark) pada kolom yang sudah disediakan. Instrumen berdistribusi tidak normal sehingga hasil ukur yang digunakan median, dengan hasil ukur 0 = kurang bila skor < median, dan 1 = baik bila skor \geq median.

4.7.3 Uji Instrumen.

Uji coba instrumen dilakukan agar instrumen yang digunakan *valid* dan *reliable* artinya instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang harus diukur (*valid*) dan reliabilitas yaitu apabila instrumen tersebut digunakan beberapa kali pada objek yang sama akan menghasilkan data yang sama (konsistensi dan stabil) (Sugiono, 2006; Sarwono, 2006). Uji coba instrumen ini dilakukan sebelum penelitian dilakukan. Uji coba instrumen tanggal 5 sampai 13 Mei 2011 dilakukan pada responden yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dan besar sampel 30 responden di wilayah Puskesmas Kota Bogor pada lokasi yang berdekatan

Uji validitas dilakukan dengan teknik korelasi *pearson product moment* (r), bila r hitung lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan tersebut valid, dan bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid, artinya pertanyaan tersebut harus dibuang atau diperbaiki (Hastono, 2004). Jika semua pertanyaan dinyatakan valid maka dilanjutkan dengan melakukan uji reliabilitas. Menurut Hastono (2004) dapat menggunakan menggunakan *Alpha Cronbach* dengan membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Pada uji reliabilitas r hitung adalah *alpha Cronbach*, maka bila *alpha Cronbach* lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel.

Setelah semua pertanyaan dinyatakan valid, selanjutnya melihat melakukan uji reliabilitas yang menggunakan *alpha Cronbach* dengan cara membandingkan dengan nilai r -tabel dan r -hitung. Uji *reliabilitas* sebagai r -hitung adalah *alpha Cronbach*, dengan pernyataan bahwa

jika *alpha cronbach* lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas instrumen peneliti menemukan beberapa pertanyaan yang tidak valid. Uji coba instrumen dukungan keluarga dari 40 pertanyaan dan terdapat 11 pernyataan yang tidak valid setelah dibandingkan nilai r hitungnya dengan r-tabel (0,361). Pernyataan yang tidak valid tersebut direvisi kembali dan dilakukan uji validitas ulang, dan hasil uji validitas ke 2 menunjukkan perbaikan Akhirnya ada 4 pernyataan yang benar-benar tidak dapat dimasukkan dalam instrumen karena nilai r hitung yang sangat kecil (-0,250, -0,166, -0,123, dan -0,409). Sedangkan dari hasil uji reliabilitas semua instrumen *reliabel* dengan nilai *alpha Cronbach's* 0,942.

Instrumen kebutuhan nutrisi pada lansia dari 25 pernyataan, pernyataan yang valid baik dari responden lansia maupun responden keluarga sama-sama 17 pernyataan yang valid. Kemudian peneliti melakukan perbaikan kalimat pernyataan tersebut dan melakukan uji reliabilitas ke 17 pernyataan tersebut dibandingkan dengan *alpha cronbach's* 0,844 dengan r-tabel 0,361 maka semua pernyataan tersebut reliabel.

Selanjutnya peneliti melakukan uji validitas pada instrumen D Hasil uji instrumen menunjukkan bahwa dari 40 pertanyaan ada 28 pernyataan yang valid dan dapat dimasukkan dalam instrumen. Setelah dilakukan uji reliabilitas semua pertanyaan tersebut dinyatakan reliabel, yaitu nilai alpha 0,820 dan r-tabel 0,361.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data.

4.8.1 Prosedur Administrasi Penelitian

Peneliti meminta surat lolos kaji etik dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Kemudian peneliti melakukan pengurusan perijinan penelitian yang ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Bogor, dengan tembusan ke Puskesmas Bogor

Selatan. Surat izin penelitian diterima dan tertanggal 11 Mei 2011 (lampiran 10). Setelah mendapatkan persetujuan peneliti melakukan sosialisasi pada pihak puskesmas Bogor Selatan tentang prosedur penelitian yang dilakukan selanjutnya.

4.8.2 Prosedur Penelitian.

- a. Sebelum peneliti melakukan pengambilan data, peneliti dan petugas kesehatan memilih dan menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan.
- b. Peneliti menyiapkan *informed consent* kemudian menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur yang dilakukan pada responden sesuai yang tercantum *informed consent*, dan selanjutnya responden diminta untuk menandatangani *informed consent*.
- c. Responden diberi kuesioner dan sebelum pengisian peneliti menjelaskan cara mengisi kuesioner. Kuesioner A dan C diberikan pada responden lanjut usia dan kuesioner B dibagikan pada responden keluarga tentang karakteristik keluarga.
- d. Peneliti melihat kembali hasil pengisian dari lanjut usia maupun keluarga, dengan tujuan untuk melihat apakah ada pertanyaan yang belum terjawab, jika ada yang belum terjawab maka peneliti akan menanyakannya pada responden.
- e. Langkah selanjutnya adalah pengolahan data.

4.9 Pengolahan Data.

Data yang sudah terkumpul dari responden dilakukan pengolahan data dengan menggunakan *computer* (Hastono, 2004; Sarwono, 2006): Pengambilan data dilakukan tanggal 21 Mei 2011, dan selanjutnya dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

4.9.1 Editing Data.

Data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah lengkap terisi semua dan dapat terbaca dengan baik. Dilakukan dengan cara mengkoreksi data (klarifikasi) yang telah diperoleh meliputi kebenaran pengisian, dan kelengkapan jawaban terhadap lembar

kuesioner dan konsistensinya. Klarifikasi dilakukan diharapkan masalah teknis tidak mengganggu proses analisis. Kelengkapan data yang dikumpulkan dapat digunakan untuk menjawab masalah yang sudah dirumuskan dalam penelitian tersebut. Sedangkan konsistensi mencakup keajekan jenis data berkaitan dengan skala pengukuran yang akan digunakan.

4.9.2 Coding Data:

Pemberian kode pada data dimaksudkan agar mudah dalam *entry* data. Dengan diubahnya data dengan angka-angka maka peneliti akan lebih mudah menransfer ke dalam komputer. Setiap hasil ukur dari masing-masing variabel diberi kode.

4.9.3 Processing data:

Tahap ini peneliti memasukkan data ke paket program komputer, dan selanjutnya dilakukan analisis data.

4.9.4 Cleaning:

Data yang telah dimasukkan ke program komputer dilakukan pembersihan agar seluruh data yang diperoleh terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis.

4.10 Analisis Data.

Analisis data dilakukan tiga tahap yaitu:

4.10.1 Analisis Univariat.

Tujuan analisis ini untuk mengukur distribusi dari masing-masing variabel yang diteliti. Data kategorik dengan menghitung frekuensi dan prosentasi. Pengujian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.10.2 Analisis Bivariat.

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen yang meliputi a)

dukungan keluarga: dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan dengan variabel dependen pemenuhan nutrisi pada lanjut usia, b) variabel karakteristik keluarga: Umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tipe keluarga dan fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi bagi lansia. c) variabel karakteristik lanjut usia; usia, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, gaya hidup, dan lingkungan dengan pemenuhan nutrisi bagi lanjut usia. Uji statistik yang digunakan adalah uji Kai Kuadrat (*Chi Square*) dikarenakan variabel dependen dan independen merupakan data katagorik.

4.10.3 Analisis Multivariat

Penelitian ini akan dilakukan pula analisis multivariat. Hastono (2004) menjelaskan bahwa analisis multivariat untuk melihat hubungan antara satu atau lebih variabel independen dengan satu atau lebih variabel dependen. Pada penelitian ini peneliti melihat hubungan yang paling dominan pada variabel dukungan keluarga, karakteristik keluarga dan karakteristik lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Analisis statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik. Pada analisis multivariat ini melihat variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen.

Tabel 4.2 Analisis Data.

Metode Analisis Data				
Independen	Dependen	Univariat	Bivariat	Multivariat
Dukungan keluarga: 1. Emosional 2. Informasional 3. Instrumental 4. Penghargaan	Pemenuhan nutrisi: komposisi, jenis makanan, jumlah kalori	Proporsi: presentasi frekuensi	Uji Kai kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik
Karakteristik keluarga: 1. Umur 2. Pendidikan 3. Pekerjaan 4. Penghasilan 5. Tipe keluarga 6. Fungsi perawatan keluarga	Pemenuhan nutrisi: komposisi, jenis makanan, jumlah kalori	Proporsi: presentasi frekuensi	Uji Kai kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik
Karakteristik lansia: 1. Umur 2. Jenis kelamin 1. Gaya hidup 2. Pola makan 3. Lingkungan	Pemenuhan nutrisi: komposisi, jenis makanan, jumlah kalori	Proporsi: presentasi frekuensi	Uji Kai kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis dari penelitian yang telah dilakukan peneliti pada responden lansia dan keluarga di wilayah Puskesmas Bogor Selatan. Hasil penelitian yang peneliti sajikan meliputi hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Berikut ini akan diuraikan hasil analisis penelitian yang diawali dengan analisis univariat.

5.1 Analisis Univariat.

Analisis univariat akan menyajikan yaitu (1) dukungan keluarga yakni dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan.(2) karakteristik dari keluarga yang terdiri dari umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe keluarga dan fungsi perawatan keluarga. (3) karakteristik lansia meliputi umur, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan. (4) pemenuhan nutrisi pada lansia.

5.1.1 Dukungan Keluarga.

Hasil analisis distribusi dukungan keluarga secara umum pada lansia dalam pemenuhan nutrisinya menunjukkan bahwa dukungan yang baik sebanyak 110 responden (50,2%) dan dukungan yang kurang baik 109 reponden (49,8%). Dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan pada lansia di wilayah Puskesmas Bogor Selatan digambarkan dengan tabel berikut ini.

Tabel 5.1
Distribusi dukungan keluarga di wilayah Puskesmas
Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Dukungan Keluarga	n	%
1	Dukungan emosional:		
	- Kurang	100	45,7
	- Baik	119	54,3
	Jumlah	219	100
2	Dukungan informasional:		
	- Kurang	100	45,7
	- Baik	119	54,3
	Jumlah	219	100
3	Dukungan instrumental:		
	- Kurang	99	45,2
	- Baik	120	54,8
	Jumlah	219	100
4	Dukungan penghargaan:		
	- Kurang	99	45,2
	- Baik	120	54,8
	Jumlah	219	100

Distribusi dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan keluarga baik dalam pemenuhan nutrisi pada lansia yaitu lebih dari 50%.

5.1.2 Karakteristik Keluarga.

Setelah dilakukan analisis pada karakteristik keluarga yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe keluarga, dan fungsi keluarga maka didapatkan hasil sebagai berikut yang disajikan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 5.2
Distribusi karakteristik keluarga di wilayah Puskesmas
Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Karakteristik Keluarga	n	%
1	Umur:		
	- dewasa muda	124	56,6
	- dewasa tengah	95	43,4
Jumlah			
2	Pendidikan:		
	- Rendah	111	50,7
	- Tinggi	108	49,3
Jumlah		219	100
3	Pekerjaan:		
	- Bekerja	106	48,4
	- Tidak bekerja	113	51,6
Jumlah		219	100
4	Penghasilan:		
	- Rendah	155	70,8
	- cukup	64	29,2
Jumlah		219	100
5	Tipe keluarga:		
	- Keluarga besar	103	47,0
	- Keluarga inti	116	53,0
Jumlah		219	100
6	Fungsi perawatan keluarga:		
	- Kurang	56	25,6
	- Baik	163	74,4
Jumlah		219	100

Distribusi karakteristik keluarga dari hasil penelitian menunjukkan bahwa usia keluarga di wilayah ini sebagian besar berusia kurang dari 40 tahun 56,6%. Pendidikan keluarga yang berpendidikan rendah 50,7%. lebih banyak keluarga yang tidak bekerja 51,6%. Penghasilan keluarga lebih banyak rendah dari rata-rata penghasilan keluarga di wilayah ini 70,8%, demikian juga dengan tipe keluarga inti 53,3%, sedangkan fungsi kesehatan keluarga yang baik sangat besar persentasinya yakni 74,4%.

5.1.3 Karakteristik lansia.

Berikut ini digambarkan karakteristik lansia, meliputi usia, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan fungsi perawatan keluarga.

Tabel 5.3
Distribusi karakteristik lanjut usia di wilayah Puskesmas
Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Karakteristik Lansia	n	%
1	Umur:		
	- 60-74 tahun	171	78,1
	- 75-90 tahun	48	21,9
	Jumlah	219	100
2	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	80	36,5
	- Perempuan	139	63,5
	Jumlah	219	100
3	Gaya hidup:		
	- Baik	54	24,7
	- Kurang	165	75,3
	Jumlah	219	100
4	Pola makan:		
	- Baik	104	47,5
	- Kurang	115	52,5
	Jumlah	219	100
5	Lingkungan:		
	- Baik	109	49,8
	- Kurang	110	50,2
	Jumlah	219	100

Tabel di atas menunjukkan proporsi lansia laki-laki antara 60 sampai 74 tahun (elderly) 78,1% jika dibandingkan lansia yang berusia lebih dari 75 tahun (old), lansia perempuan lebih banyak dari pada laki-laki, yaitu 63,5%. Lansia dengan gaya hidup kurang tampak sangat besar 75,3%, kebiasaan pola makan lansia yang kurang 52,5% dan lingkungan lansia yang kurang mendukung kesehatan lansia di wilayah ini 50,2%.

5.1.4 Distribusi Pemenuhan Nutrisi Lansia

Tabel 5.4
Distribusi pemenuhan nutrisi (jumlah kalori, jenis makanan, & komposisi) pada lanjut usia di wilayah Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

Variabel	n	%
Pemenuhan nutrisi:		
- Kurang	109	49,8
- baik	110	50,2

Hasil analisis data pemenuhan nutrisi pada lansia yang mencakup komposisi makanan, jumlah kalori, dan jenis makanan menunjukkan bahwa pemenuhan nutrisi antara yang baik dan kurang dari keluarga hampir sama.

5.2 Analisis Bivariat.

Pengujian selanjutnya adalah analisis bivariat yaitu untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen (Hastono, 2007) yakni dukungan keluarga yang mencakup dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, yang kemudian dilanjutkan dengan karakteristik keluarga meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tipe keluarga, dan fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, juga menghubungkan karakteristik lansia yakni usia, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

5.2.1 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Peneliti akan melihat hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, dan hasil tersebut tertera pada tabel berikut ini.

Tabel 5.5
Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan nutrisi
pada lansia di wilayah kerja Puskesmas
Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Karakteristik keluarga	Pemenuhan nutrisi						X^2	P Value	OR 95%CI
		Kurang		Baik		Jumlah				
		n	%	n	%	n	%			
1	Dukungan emosional:									
	- Kurang	60	60	40	40	100	100	14,203	0,000	1 2,963 (1,706-5,145)
	- Baik	40	33,6	79	66,4	119	100			
2	Dukungan informasional:									
	- Kurang	49	49	51	51,0	100	100	0,597	0,440	1 1,281 (0,751-2,186)
	- Baik	51	42,9	68	57,1	119	100			
3	Dukungan instrumental:									
	- Kurang	60	60,6	39	39,4	99	100	15,181	0,000	1 3,077 (1,769-5,353)
	- Baik	40	33,3	80	66,7	120	100			
4	Dukungan penghargaan:									
	- Kurang	57	57,6	42	42,4	99	100	9,478	0,002	1 2,430 (1,408-4,195)
	- Baik	43	35,8	77	64,2	120	100			

Tabel di atas menggambarkan proporsi dukungan emosional yang kurang lebih besar 60,0% dari dukungan emosional baik 33,3% pada pemenuhan nutrisi yang kurang. Uji X^2 diperoleh $p=0,000$ menunjukkan hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Hasil analisis diperoleh OR=2,963 (CI:1,706-5,145) artinya dukungan emosional keluarga yang kurang berkontribusi 3 kali terjadinya pemenuhan nutrisi yang kurang.

Proporsi dukungan informasional yang kurang lebih besar 49,0% dari dukungan informasional baik 42,9% pada pemenuhan nutrisi yang kurang. Uji X^2 p 0,440 menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara dukungan informasional keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia.

Proporsi dukungan instrumental yang kurang lebih besar 60,6% dari dukungan instrumental yang baik 33,3% pada pemenuhan nutrisi yang kurang. Uji X^2 $p=0,000$ menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Hasil analisis diperoleh $OR=3,077$ ($CI:1,769-5,353$) artinya dukungan keluarga yang kurang berkontribusi 3 kali kurangnya pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis menggambarkan dukungan penghargaan yang kurang 57,6% lebih besar dari dukungan penghargaan yang baik sebesar 35,8% pada pemenuhan nutrisi yang kurang. Hasil uji X^2 p 0,002 yang menunjukkan ada hubungan antara yang bermakna antara dukungan instrumental dengan pemenuhan nutrisi pada lanjut usia. Hasil analisis diperoleh $OR=2,430$ ($CI:1,408-4,195$), artinya dukungan instrumental yang kurang berkontribusi 2 kali kurangnya pemenuhan nutrisi pada lansia.

5.2.2 Hubungan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis data karakteristik keluarga yang mencakup umur keluarga, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tipe keluarga, dan fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi keluarga dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 5.6
Hubungan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi
pada lansia di wilayah kerja Puskesmas
Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Karakteristik keluarga	Pemenuhan nutrisi						X^2	P Value	OR 95%CI
		Kurang		Baik		Jumlah				
		n	%	n	%	n	%			
1	Umur:									
	- < 40	64	51,6	60	48,4	124	100	3,546	0,060	1 1,748 (1,015- 3,012)
	- ≥ 41	36	37,9	59	62,1	95	100			
2	Pendidikan:									
	- Rendah	55	49,5	56	50,5	111	100	1,072	0,301	1 1,375 (0,806- 2,345)
	- Tinggi	45	41,7	63	58,3	108	100			
3	Pekerjaan:									
	- Tidak bekerja	47	44,3	59	55,7	106	100	0,060	0,807	1 0,902 (0,530- 1,536)
	- Bekerja	53	46,9	60	53,1	113	100			
4	Penghasilan:									
	- < 1.212.000	75	48,4	80	51,6	155	100	1,234	0,267	1 1,463 (0,808- 2,646)
	- ≥ 1.213.000	25	39,1	39	60,9	64	100			
5	Tipe keluarga:									
	- Keluarga besar	47	45,6	56	54,4	103	100	0,000	1,000	1 0,998 (0,586- 1,700)
	- Keluarga inti	53	45,7	63	54,3	116	100			
6	Fungsi perawatan keluarga:									
	- Baik	42	35,6	14	25,0	56	100	24,536	0,000	1 5,431 (2,739- 10,770)
	- Kurang	58	75,0	105	64,4	163	100			

$\alpha=0,005$

Keluarga berusia < 40 tahun 51,6% yang kurang dalam pemenuhan nutrisi pada lansia lebih banyak proporsinya dari pada usia keluarga yang \geq 40 tahun 37,9%. Uji X^2 yang didapat $p=0,060$, artinya tidak ada hubungan antara umur keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia.

Keluarga dengan pendidikan rendah memiliki proporsi lebih besar 49,5% untuk pemenuhan nutrisi kurang dibandingkan dengan keluarga berpendidikan tinggi 41,7%. Namun perbedaan ini tidak menunjukkan hubungan. Yang bermakna dari hasil uji X^2 p 0,301.

Keluarga yang tidak bekerja dalam memenuhi kebutuhan nutrisi kurang pada lansia sebesar 44,3% dan keluarga yang bekerja sebanyak 46,9%. Hasil uji X^2 p 0,807, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi bagi lanjut usia.

Proporsi tipe keluarga besar 45,6% hampir sama dengan keluarga inti 45,6% dalam pemenuhan nutrisi kurang. Hasil uji X^2 p 1,000, dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan pemenuhan nutrisi bagi lansia.

Selanjutnya proporsi fungsi perawatan keluarga yang kurang baik lebih besar 75% jika dibandingkan dengan fungsi kesehatan keluarga yang baik 35,6% dalam pemenuhan nutrisi pada lansia. Hasil uji X^2 p 0,000, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara fungsi kesehatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Hasil analisis X^2 didapatkan $OR=5,43$ (CI: 2,739-10,770) yang berarti fungsi kesehatan keluarga berkontribusi 5 kali kurangnya pemenuhan nutrisi pada lansia.

5.2.3 Hubungan karakteristik lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis karakteristik lansia yang mencakup umur, jenis kelamin, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan, akan ditampilkan dengan tabel berikut ini.

Tabel 5.7
Hubungan karakteristik lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Karakteristik Lansia	Pemenuhan nutrisi				Jumlah		X^2	P Value	OR 95%CI
		Kurang		Baik						
		n	%	n	%	n	%			
1	Umur:									
	- 60-74 th	74	43,3	97	56,7	171	100	1,380	0,240	1 0,646 (0,330-1,228)
- 75- 90 th	26	54,2	22	45,8	48	100				
2	Jenis kelamin:							0,729	0,393	1 0,755 (0,433-1,315)
	- Laki-laki	33	41,3	47	58,8	80	100			
	- Perempuan	67	48,2	72	51,8	139	100			
3	Gaya hidup:							1,463	0,227	1 1,536 (0,828-2,847)
	- Kurang	29	53,7	25	46,3	100	100			
	- Baik	71	43,0	94	57,0	119	100			
4	Pola makan:							8,948	0,003	1 2,366 (1,373-4,078)
	- Kurang	59	56,7	45	43,3	104	100			
	- Baik	41	35,7	74	64,3	115	100			
5	Lingkungan:							38,028	0,000	1 6,234 (3,456-11,243)
	- Kurang	73	67	36	33,0	109	100			
	- Baik	27	24,5	83	75,5	110	100			

$\alpha=0,005$

Lansia yang berusia 60-74 tahun 43,3% yang kurang pemenuhan nutrisi pada lansia lebih sedikit proporsinya dari pada lansia 75-90 tahun 54,2%, tetapi perbedaan ini tidak menunjukkan hubungan yang bermakna. Uji X^2 p 0,240, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara umur lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia.

Proporsi lansia laki-laki 41,3% lebih sedikit dari pada lansia perempuan 48,2% yang kurang dalam pemenuhan nutrisi lansia. Uji X^2 p 0,393, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia.

Proporsi gaya hidup yang kurang dalam pemenuhan nutrisi lansia sebesar 53,7%, dan gaya hidup yang baik 46,3%, hasil uji X^2 p 0,227, dengan demikian dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara gaya hidup dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Proporsi pola makan yang kurang sebesar 56,7% kurang dalam pemenuhan nutrisi lansia lebih besar dari pada pola makan yang baik sebesar 35,7%. Hasil uji p 0,003 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola makan dengan pemenuhan nutrisi bagi lansia dan hasil analisis didapatkan $OR=2,366$ ($CI: 1,373-4,078$), artinya pola makan lansia yang kurang baik berkontribusi 2 kali kurangnya pemenuhan nutrisi pada lansia.

Lingkungan lansia yang kurang memiliki proporsi lebih besar 67% kurang dalam pemenuhan nutrisi dibandingkan dengan lingkungan lansia yang baik. Uji statistik X^2 p 0,000 dan $OR=6,234$ ($CI:3,456-11,243$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, kemudian dapat disimpulkan bahwa pemenuhan nutrisi kurang berkontribusi 6 kali kurang dalam pemenuhan nutrisi pada lansia

5.3 Analisis Multivariat

5.3.1 Pemilihan Kandidat Variabel Bivariat

Pemilihan variabel yang sangat dominan pada variabel independen yang mencakup dukungan keluarga, karakteristik keluarga, dan lansia dengan variabel dependen yakni pemenuhan nutrisi, dengan menggunakan model logistik sederhana. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini, serta peneliti juga akan melihat variabel yang sangat dominan yang dapat memenuhi nutrisi pada lansia.

Tabel 5.8
Hasil analisis multivariat hubungan variabel independen dengan variabel dependen uji logistik sederhana

No	Variabel	<i>P Value</i>
1	Dukungan emosi	0,000
2	Dukungan informasi	0,440
3	Dukungan instrumen	0,000
4	Dukungan penghargaan	0,002
5	Umur keluarga	0,060
6	Pendidikan keluarga	0,301
7	Pekerjaan keluarga	0,807
8	Penghasilan keluarga	0,267
9	Tipe keluarga	1,000
10	Fungsi perawatan keluarga	0,000
11	Umur lansia	0,240
12	Jenis kelamin lansia	0,393
13	Gaya hidup	0,227
14	Pola makan	0,003
15	Lingkungan	0,000

Tabel 5.8 di atas terlihat bahwa dari 15 variabel tersebut yang telah diuji untuk menjadi kandidat variabel yang bisa masuk ke analisis multivariat dan terdapat 6 variabel yang tidak dapat masuk ke analisis multivariat yaitu variabel dukungan informasi, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, tipe keluarga, dan jenis kelamin disebabkan karena *p value* $\geq 0,25$. Sedangkan

variabel yang dapat masuk ke analisis multivariat yaitu dukungan emosional, instrumental, penghargaan, umur keluarga, fungsi perawatan keluarga, umur lansia, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan. Variabel yang masuk dalam kandidat multivariat yaitu variabel dukungan emosi, dukungan instrumen, dukungan penghargaan, umur keluarga, fungsi perawatan keluarga, umur lanjut usia, gaya hidup, pola makan dan lingkungan. Variabel pendidikan dianggap berpengaruh maka oleh sebab itu peneliti memasukkannya dalam kandidat.

5.3.2 Pembuatan model faktor penentu yang mempengaruhi pemenuhan nutrisi pada lanjut usia.

Pada pemodelan ini, semua variabel yang *p value* kurang dari 0,25 diikutsertakan ke dalam pemodelan dengan regresi logistik ganda. Hasil uji analisis dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.9
Hasil analisis kandidat 10 variabel yang masuk dalam multivariat

No	Variabel	B	P Wald	OR	95% CI
1	Kategori dukungan emosi	0,486	0,223	1,626	0,743-3,557
2	Kategori dukungan instrumental	0,188	0,642	1,207	0,546-2,668
3	Kategori dukungan penghargaan	-0,017	0,965	0,983	0,462-2,090
4	Kategori umur keluarga	0,671	0,053	1,956	0,992-3,854
5	Kategori pendidikan	0,260	0,443	1,297	0,667-2,523
6	Kategori fungsi perawatan keluarga	0,928	0,026	2,530	1,119-5,722
7	Kategori umur lansia	-0,239	0,548	0,787	0,361-1,717
8	Kategori gaya hidup	0,269	0,443	1,297	0,667-2,523
9	Kategori pola makan	0,319	0,361	1,375	0,695-2,722
10	Kategori lingkungan	1,643	0,000	5,171	2,651-10,088

Hasil analisis regresi logistik tersebut dari 9 variabel yang diuji $pWaldnya > 0,05$ ada 7 variabel yaitu kategori dukungan emosi, instrumental, penghargaan, kategori umur keluarga, gaya hidup, kategori umur lansia, pola makan, variabel tersebut harus keluar dari model, dengan cara bertahap. Kategori dukungan penghargaan $pWald=0,965$ paling besar maka terlebih dahulu dikeluarkan dari pemodelan. Saat variabel penghargaan keluar, OR tiap-tiap variabel tidak ada yang berubah $> 10\%$, artinya variabel penghargaan tetap dikeluarkan. Kemudian dilakukan analisis yang sama. Adapun hasil analisis ada pada penjelasan berikut ini.

Analisis selanjutnya memasukkan kembali variabel yang kurang dari $p < 0,05$, hasilnya menunjukkan bahwa $pWald$ yang terbesar yakni 0,640 dari hasil analisis ini adalah variabel dukungan instrumental, dan $OR=1,202$ sehingga variabel dukungan instrumental harus dikeluarkan pada mengujian berikutnya. Selanjutnya variabel kategori dukungan emosi, kategori umur keluarga, pendidikan, fungsi perawatan keluarga, kategori umur lansia, gaya hidup, pola makan, dan lingkungan diuji kembali. Setelah dianalisis ternyata kategori umur lansia mempunyai nilai p -Wald paling besar 0,495 dan tidak berhubungan dengan $OR=0,765$, oleh karena itu harus dikeluarkan dari pemodelan. Seterusnya melakukan uji analisis kembali untuk yang masih masuk pemodelan.

Hasil analisis ini tampak variabel gaya hidup yang mempunyai $pWald$ yang paling besar 0,441 dan $OR=1,297$ sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan. Analisis berikutnya tanpa kategori pendidikan, dan hasil analisis didapatkan bahwa kategori pola makan dengan $pWald$ paling besar yaitu 0,204 dan $OR=1,522$ yang artinya kategori pola makan tidak dapat dimasukkan dalam pemodelan berikutnya. Tabel berikutnya menunjukkan pemodelan akhir pada multivariat.

Tabel 5.10
Hasil analisis multivariat hubungan dukungan emosional, kategori umur keluarga, kategori perawatan fungsi keluarga, dan kategori lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan, Mei 2011 (n=219)

No	Variabel	B	<i>P wald</i>	OR	95% CI
1	Kategori dukungan emosional	0,590	0,068	1,805	0,958-3,400
2	Kategori umur keluarga	0,688	0,038	1,990	1,038-3,815
3	Kategori perawatan fungsi keluarga	1,076	0,006	2,934	1,363-6,316
4	Kategori lingkungan	1,675	0,000	5,341	2,785-10,244

Pada tabel hasil analisis di atas tampak bahwa kategori dukungan emosional, kategori umur keluarga, kategori perawatan fungsi keluarga, dan kategori lingkungan tampak berhubungan atau ada pengaruhnya terhadap pemenuhan nutrisi lansia. Setelah dilakukan analisis multivariat, ditemukan 4 variabel independen berhubungan dengan nutrisi lansia, selanjutnya dilakukan analisis uji interaksi, dan hasilnya tampak pada tabel berikut ini.

5.3.3 Uji Interaksi

Uji interaksi dilakukan karena diduga ada interaksi antara variabel independen.

Tabel.5.11
Hasil uji interaksi variabel katagori dukungan emosi, katagori umur keluarga, katagori fungsi kesehatan keluarga, dan katagori lingkungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

No	Variabel	<i>P Value</i>
1	Kategori umur*kategori emosi	0,054
2	Kategori dukungan emosi*kategori fungsi kesehatan keluarga	0,000

Tabel di atas menunjukkan hasil uji interaksi, dimana terlihat adanya interaksi kategori dukungan emosi dengan kategori fungsi kesehatan keluarga $p < 0,000$; $\alpha < 0,005$, dengan demikian tidak ada pemodelan akhir.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas tentang hasil penelitian yang meliputi hubungan antara variabel independen dan dependen serta faktor yang dominan atau yang paling berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Peneliti juga akan membahas tentang keterbatasan penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan komunitas dan penelitian keperawatan.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.

6.1.1 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

6.1.1.1 Hubungan dukungan emosional keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis ditemukan ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Dukungan emosional keluarga yang kurang baik beresiko 3 kali tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia.

Kasih sayang diantara anggota keluarga menimbulkan suasana pengasuhan emosional, yang secara positif mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga, hal ini penting bagi perilaku kesehatan dan menjadi sehat (Loveland & Cherry, 1996 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2002).

Hasil penelitian menemukan bahwa lansia umumnya menerima dukungan emosional yang berkualitas dari keluarga besar terkait dengan pekerjaan dan kesejahteraan (Merz & Consedine, 2009, ¶ 1, <http://www.informamworld.com>). Dukungan emosional yang diterima oleh lansia memiliki kekuatan yang positif

berkaitan dengan kesejahteraan dan kasih sayang yang besar (Merz & Consedine,2009)

Lansia sudah mengalami kemunduran dalam asupan nutrisi disebabkan karena terjadi perubahan pada sistem tubuh, hal ini dalam sistem pencernaan, kurangnya sensasi rasa, oleh sebab itu peran keluarga sangatlah dibutuhkan oleh lansia dalam pemenuhan nutrisinya. Dukungan emosional merupakan dukungan berupa kasih sayang, kepedulian, simpati, komunikasi anggota keluarga dengan lansia yang mengalami masalah kesehatan terutama masalah nutrisinya. Dukungan emosional keluarga yang dapat diterapkan untuk pemenuhan nutrisi lansia berupa mengkomunikasikan nutrisi yang harus dikonsumsi lansia dengan cara yang baik dan lembut, memperhatikan dan menanyakan pada lansia apakah lansia mengalami masalah pencernaan, menyiapkan makanan sesuai dengan selera makan lansia, keluarga makan bersama-sama dengan lansia dalam satu meja, dan menyiapkan makanan sesuai kondisi lansia.

6.1.1.2 Hubungan dukungan informasional keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil penelitian dukungan informasional keluarga tidak mempunyai hubungan dengan pemenuhan nutrisi lanjut usia. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (2011. Aihara, Minai. ¶ 1.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed>), bahwa lansia laki-laki dan perempuan mendapatkan dukungan informasi tentang pengetahuan diet/nutrisi yang diperoleh dari teman-teman dengan memadai, sedangkan informasi tentang pengetahuan yang cukup tentang diet/nutrisi diterima dari

profesional kesehatan (2011. Aihara, Minai. ¶
1.<http://www.ncbi>).

Dukungan informasi berupa pengetahuan yang diberikan oleh teman dan petugas kesehatan juga dipengaruhi dan dibantu oleh perkembangan teknologi dan media dalam mengembangkan informasi bagi lansia tentang nutrisi yang sehat. Banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan gizi keluarga, dengan berkembangnya teknologi, media (James & Flores, 2004 dalam Kaakinen at al, 2010). Informasi yang diberikan melalui media tulis, televisi, menyebabkan masyarakat terpapar dengan informasi tentang nutrisi, namun belum tentu masyarakat dapat memilah informasi tersebut dengan baik. Oleh sebab itu ketika informasi tentang diet atau nutrisi bagi lansia diberikan perlu mempertimbangkan fungsi kognitif dan sensorik lansia (2011.Aihara & Minai.¶1.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>).

Menurut hasil analisis peneliti secara biologis lansia mengalami kemunduran kognitif artinya penurunan daya ingat, sedangkan budaya atau kebiasaan lansia melakukan atau mengonsumsi makanan sudah sejak lama mempengaruhi pola makan lansia, oleh sebab itu sulit untuk merubah kebiasaan tersebut. Melihat dari hasil penelitian tersebut lansia hanya sedikit mendapatkan informasi dari keluarga, teman-teman sebaya atau dari petugas kesehatan melalui ceramah atau pendidikan kesehatan secara formal baik melalui media tulis atau elektronik. Peran keluarga yaitu menginformasikan tentang nutrisi yang didapat dari media maupun dari petugas kesehatan pada lansia agar nutrisinya terpenuhi. Cara keluarga menyampaikannya pada lansia yaitu dengan berkomunikasi saling tatap muka,

ekspresi wajah yang ramah, menjelaskan perlahan-lahan, intonasi suara yang cukup didengar oleh lansia, lebih baik lagi apabila dengan menggunakan media, dan tidak menyinggung perasaan lansia serta menjelaskan pentingnya berolah raga setiap hari sesuai dengan kemampuan lansia.

6.1.1.3 Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Hasil analisis ini dapat diartikan bahwa dukungan instrumental keluarga yang kurang baik berpeluang beresiko 3 kali tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Dukungan instrumental yang diberikan keluarga terhadap lansia berupa membantu menyiapkan makanan, memasak makanan, merawat lansia jika sakit, dan membawa lansia ke layanan kesehatan.

Menurut Silverstein & Bengtson (1994) dukungan instrumental yang diberikan kepada lansia akan merugikan kesejahteraan mereka karena mencerminkan fungsional dependensi dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari atau karena ketidak inginan lansia tergantung pada keluarga dan hak otonomi yang terganggu (Baltes, 1996; Lee & Ellithorpe, 1982; Silverstein et al, 1996 dalam 2009. Merz & Consedine ¶.24.<http://www.informaworld.com>).

Penelitian yang dilakukan terhadap orang Amerika dan Afrika (Karibia) didapatkan bahwa Lansia menerima dukungan instrumental secara negatif atau rendah dari keluarga berhubungan dengan kesejahteraan keluarga (Merz & Consedine, 2009 .¶.24.<http://www.informaworld.com>). Hasil penelitian ini juga menyimpulkan bahwa ada

perbedaan hasil dukungan yang diberikan orang Eropa Timur dan Afrika Karibia, bahwa dukungan instrumental keluarga diberikan secara signifikan lebih baik dibandingkan dengan orang Amerika Serikat. Dikatakan pula, gender (laki-laki) dan usia kurang berhubungan dengan dukungan instrumental artinya bahwa laki-laki dan usia tidak dapat sebagai patokan dalam memberikan dukungan instrumental pada lansia. Bentuk dukungan instrumental yaitu memberikan bantuan atau layanan yang baik termasuk keuangan karena ketergantungan lansia pada keluarga.

Dari berbagai hasil penelitian dan teori yang dibahas di atas dapatlah disimpulkan bahwa ada perbedaan temuan. Hasil penelitian mendapatkan adanya hubungan antara dukungan instrumental pada orang Amerika, Afrika, dan Eropa Timur. Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan karena adanya perbedaan budaya, kebiasaan, pendidikan, dan tingkat kesejahteraan yang berbeda dari tempat penelitian. Lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan mayoritasnya adalah bersuku Sunda dan beragama Islam, mempunyai budaya yang halus dan sangat menanamkan rasa menghargai, menyayangi dan menghormati orangtua untuk memenuhi segala kebutuhan lansia dengan salah satunya adalah dengan memberikan dukungan instrumental. Dukungan instrumental tersebut dapat berupa membeli bahan makanan, memasak, menyiapkan makanan, menyajikan makanan, merawat lansia jika sakit, memandikan jika diperlukan, dan membawa lansia ke layanan kesehatan. Jika dukungan instrumental diberikan dengan baik maka pemenuhan nutrisi lansiapun akan terpenuhi.

6.1.1.4 Hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Ditemukan ada hubungan yang bermakna antara dukungan penghargaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia, (P 0,002; $OR=2,430$) artinya dukungan penghargaan yang diberikan pada lansia dengan baik akan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi yang baik pula pada lansia dan jika dukungan keluarga kurang baik maka akan beresiko 2 kali tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia.

Dukungan penghargaan yang diberikan keluarga pada lansia untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dapat dengan memberikan umpan balik untuk membantu lansia dalam mengevaluasi diri, membantu lansia dalam memecahkan masalah yang berhubungan dengan nutrisi (Caplan, 1976 dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Dukungan sosial keluarga memberikan efek yang kompleks bagi kesehatan fisik dan mental anggota keluarganya.

Beberapa hasil penelitian tentang dukungan penghargaan yang diberikan terhadap lansia dalam keluarga. Hasil penelitian dukungan penghargaan oleh keluarga pada lansia yang mengalami demensia di wilayah kerja Puskesmas Gatak Sukoharjo mendapatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara lansia yang dirawat oleh keluarga yang tidak memberikan dukungan penghargaan dengan yang mendukung pemberian dukungan penghargaan (p 0,013; $\alpha=0,005$).

Dukungan penghargaan yang diberikan pada lansia sangat berpengaruh terhadap fisik dan mental lansia. Teori

Disengagement (Clumming & Herry, 1961, ¶.31 <http://www.itarizki.com>) berpendapat bahwa semakin tinggi usia manusia akan diikuti secara berangsur-angsur semakin mundurnya interaksi sosial, fisik, dan emosi. Terjadi suatu proses saling menarik diri baik individu maupun masyarakat dari individu, karena kesadaran akan kemampuan maupun mental. Oleh karena itu lansia sangat memerlukan bantuan keluarga dan hasil penelitian di atas menunjukkan ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan kesehatan lansia. Dukungan penghargaan yang diberikan membuat lansia merasa diperhatikan dalam kebutuhan nutrisinya dengan melakukan penilaian terhadap apa yang dikonsumsi, mengatasi masalah nutrisi yang dihadapi oleh lansia, dengan demikian diharapkan lansia tidak mengalami masalah nutrisi terutama gizi lebih.

6.1.2 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

6.1.2.1 Hubungan umur keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Dari hasil analisis tersebut rentang umur keluarga 18 sampai 80 tahun dan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Daryanto (2007) mengatakan bahwa ada hubungan antara usia dengan dukungan emosi dan informasi dalam kebutuhan lansia artinya semakin dewasa seseorang maka semakin matang kepribadian seseorang. Penelitian ini menjelaskan bahwa usia dewasa tua lebih baik dari pada dewasa tengah dalam memberikan dukungan emosi dan informasi untuk

memenuhi kebutuhan nutrisi lansia, karena lebih mengerti akan kebutuhan lansia.

Seseorang yang berusia lebih dari 18 tahun adalah usia produktif dan dapat bertanggung jawab dalam memberikan perawatan lansia di rumah. Usia diatas 18 tahun dianggap sudah dewasa dan dapat memberikan perhatian dan dukungan pada lansia dalam pemenuhan nutrisinya (Stone & Eigsti, 2003). Usia 18 tahun termasuk dalam usia remaja dengan ciri-ciri dapat berpikir ilmiah dan mencapai perkembangan psikososial (Perry & Potter, 2005). Orang dewasa memiliki pengalaman dan pemahaman yang semakin banyak, lebih banyak pengalaman dari peran sosial. Usia di atas 18 tahun atau usia dewasa muda sudah dapat mengontrol emosi, dapat mempertimbangkan baik dan buruk, serta dapat menyelesaikan masalah dengan baik. Selanjutnya usia dewasa tengah (40 sampai 59 tahun) merupakan masa produktivitas maksimum kekuatan watak yang muncul, perhatian, dan tanggung jawab yang menghargai yang membutuhkan perlindungan dan perhatian.

Bertambahnya usia keluarga kemungkinan lebih dapat memahami perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia, terutama dalam hal perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan lansia, dengan demikian dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Perbedaan hasil penelitian yang ditemukan dengan penelitian yang dikemukakan Daryanto (2007) menurut peneliti disebabkan karena rata-rata usia keluarga di wilayah penelitian usia dewasa muda dan tempat penelitian yang masih kental budaya yang dianut, yaitu mayoritas budaya Sunda yang kental dengan

kekeluargaan, keakraban antara keluarga dan saling menghormati dan menghargai. Anggota keluarga yang kurang dari 18 tahun dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia, dan bertambahnya usia kebutuhan nutrisi lansia lebih baik.

6.1.2.2 Hubungan pendidikan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada lansia. Jadi keluarga dengan berpendidikan rendah ataupun berpendidikan tinggi tidak berpengaruh dalam pemenuhan nutrisi pada lansia. Akan tetapi di dalam teori dari USDHHS (1990, dalam Hitcock, 1999) menjelaskan bahwa pendidikan keluarga sangat menunjang dalam perawatan lansia, pendidikan keluarga yang tinggi dapat mengetahui kebutuhan lansia, dalam hal ini keluarga dapat menyusun menu, membeli bahan nutrisi yang berkualitas, dan menyiapkan makanan yang dibutuhkan oleh lansia dalam keluarga.

Menurut Inkehes (1999, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) bahwa pendidikan dalam masyarakat paling berpengaruh adalah pendidikan menengah keatas. Pendidikan formal keluarga yang rendah akan meningkatkan mortalitas dan merupakan faktor risiko. Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya informasi yang didapatkan mengenai kebutuhan gizi dan pengelolaan nutrisi yang baik sehingga dapat menyebabkan kebiasaan makan yang tidak sehat, akibatnya kebutuhan nutrisi lansia tidak terpenuhi. Penyebab kedua adalah sulit bagi keluarga mendapatkan pekerjaan yang baik, sehingga pendapatan

keluarga rendah, dan akibatnya kurang dalam menunjang kebutuhan nutrisi lansia dalam keluarga.

Hasil penelitian oleh Nurohim (2005) yang dilakukan di Kecamatan Banyumanik, tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan Bina Keluarga Lansia dalam merawat lansia. Hasil penelitian di Jepang mendapatkan wanita dengan pendidikan yang rendah dan dikaitkan dengan sosial ekonomi yang rendah pula, hanya mengetahui tentang gizi yang rendah, dengan begitu tidak dapat memberikan nutrisi yang baik pada lansia dalam keluarga.

Hasil penelitian bertolak belakang dengan apa yang dikatakan diteori yakni pendidikan yang tinggi lebih mengetahui kebutuhan lansia. Tingkat pendidikan di tempat penelitian 54,9% SD dan menurut teori pendidikan formal yang rendah akan meningkatkan mortalitas dan faktor risiko. Menurut analisis peneliti latar belakang pendidikan formal akan menambah pengetahuan keluarga tentang perubahan yang terjadi pada lansia dan dapat memenuhi kebutuhan lansia. Walaupun demikian keluarga dengan berpendidikan rendah juga dapat merawat lansia dengan rasa tanggung jawab yang tinggi, pengalaman keluarga, kasih sayang, dan rasa hormat pada orangtua. Selain itu budaya juga memberi pengaruh terhadap nutrisi lansia, seperti budaya orang Jepang mengkonsumsi makanan yang lengkap gizi dan seimbang, sedangkan budaya orang Indonesia cukup kenyang tidak memperhitungkan komposisi gizi yang dikonsumsi. Dengan demikian dalam merawat lansia terutama dalam pemenuhan nutrisi lansia tidak semata-mata berdasarkan tingkat pendidikan.

6.1.2.3 Hubungan pekerjaan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. $p=0,807$ dengan $OR=0,902$ artinya keluarga lansia yang bekerja maupun tidak bekerja sama-sama dapat memberikan nutrisi yang dibutuhkan dan sesuai dengan lansia.

Pekerjaan sangat berpengaruh pada keadaan gizi lansia, seperti yang dikatakan oleh Ebersole dan Hess (2001 dalam Stanhope dan Lancaster, 2004) bahwa status sosial ekonomi keluarga berpengaruh terhadap pemenuhan nutrisi dalam keluarga. Sosial ekonomi yang tinggi dapat akan dapat memenuhi kebutuhan lansia dan begitu pula sebaliknya. Sedangkan dalam USDHHS (1990, dalam Hitcock, 1999) mengatakan pendapatan yang kurang merupakan faktor risiko karena tidak dapat memenuhi kebutuhannya. Hasil penelitian Nurohim (2005) mendapatkan bahwa tidak ada hubungan pekerjaan ibu dalam merawat lansia ($p=0,453$). Memang belum didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan pekerjaan keluarga yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, tetapi dari hasil penelitian tersebut di atas sedikit memberikan kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

Hasil penelitian yang didapat oleh peneliti sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurohim (2005), tetapi berbeda dengan teori. Merawat lanjut usia terutama dalam pemenuhan nutrisi keluarga tidak hanya harus bekerja tetapi pengetahuan keluarga tentang kebutuhan dasar (makan) dan

masalah nutrisi lansia yang harus dipahami oleh keluarga, dengan demikian keluarga dapat memecahkan masalah tersebut sehingga nutrisi lansia terpenuhi.

6.1.2.4 Hubungan penghasilan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa penghasilan terkecil keluarga Rp.300.000,- penghasilan terbesar Rp.7.000.000,- rata-rata penghasilan keluarga sebesar Rp.1.213.077,- hampir sama dengan upah minimum regional kota Bogor. p 0,031 artinya ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia, yakni dengan bertambahnya penghasilan keluarga maka bertambah baik pula nutrisi lansia.

Kondisi ekonomi secara signifikan mempengaruhi keluarga. Ketika ekonomi sedang turun naik (tidak tetap) maka akan mempengaruhi proses, struktur, fungsi keluarga (Bianchi, Casper, & King, 2005 dalam Kaakinen et al, 2010). Pendapatan atau penghasilan keluarga bagian terpenting dari ekonomi keluarga dan kebutuhan keluarga terkait dengan konsumsi rumah tangga dan keuangan. Kemampuan keluarga untuk memperoleh penghasilan yang cukup dan pengelolaan keuangannya secara bijaksana merupakan faktor penting (Kaakinen, et al, 2010). Menurut USDHHS (1990, dalam Hitcock, 1999) pendapatan yang kurang merupakan faktor risiko karena tidak dapat memenuhi kebutuhannya.

Pendapatan atau penghasilan keluarga sumber segala keperluan dalam menunjang kesehatan keluarga. Begitu pula menurut Kaakinen et al (2010) keluarga yang

berpenghasilan rendah kurang fokus pada promosi kesehatan dan lebih pada kebutuhan dasar untuk mendapatkan tempat tinggal, makanan yang cukup, dan perawatan kesehatan. Lain lagi dengan hasil penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat, bahwa perempuan kulit hitam dan kulit putih, laki-laki berkulit putih dengan pendapatan rendah ada kaitannya dengan risiko gizi yang meningkat. Pada analisis instrumen didapatkan bahwa kebutuhan dasar keluarga didahulukan setelah kebutuhan promosi kesehatan.

Sedangkan promosi kesehatan adalah suatu cara yang murah dilakukan karena dapat mencegah masalah kesehatan terutama nutrisi lansia, karena apabila lansia sudah mengalami gangguan atau masalah nutrisi kemungkinan didapatkan pula penyakit yang menyertai maka lebih banyak membutuhkan biaya untuk pengobatan.

Perbedaan hasil penelitian di atas yang mengatakan tidak ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan keadaan gizi atau pemenuhan nutrisi lansia tidak sesuai dengan teori dan hasil penelitian peneliti. Hal ini disebabkan pemenuhan nutrisi lansia tidak hanya membutuhkan penghasilan yang besar atau mencukupi tetapi juga ditunjang dengan pengetahuan keluarga dalam mengolah dan memperhitungkan kebutuhan nutrisi yang tepat untuk lansia. Selain itu kebiasaan makan karbohidrat yang tinggi dan tidak dengan kalori yang cukup juga akan mempengaruhi masalah gizi lansia (gizi lebih). Lansia dengan kelainan endokrin (Diabetes Militus) juga akan mengalami kegemukan (indikator gizi lebih).

6.1.2.5 Hubungan tipe keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Tidak ditemukan adanya hubungan antara tipe keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, yaitu tipe keluarga inti maupun tipe keluarga besar sama-sama dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Menurut Caplan (1974, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) mengatakan hanya kerabat dekat yang dapat memberikan bantuan jangka panjang yang ekstensif. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk dalam bantuan finansial yang terus menerus dan intermiten.

Merawat lansia secara keluarga tradisional semakin bergeser, dengan perubahan budaya, demografis, dan ekonomi keluarga. Proses modernisasi dan perkembangan zaman saat ini berdampak negatif pada peran keluarga dalam memberikan perawatan pada lansia baik dipedesaan maupun di perkotaan (Le Kim Dung & Raharjo. 2002. <http://www.iussp.org/Bangkok>).

Pendapat dari Kim Dung dan Raharjo (2002) ada sedikit perbedaan bahwa saat ini keluarga tradisional terjadi perubahan dengan demikian keluarga kurang memberikan perannya dalam merawat lansia dan tinggal terpisah dari lansia. Tetapi ditempat penelitian perawatan lansia oleh keluarga inti tidak berbeda dengan oleh keluarga besar, peran keluarga dituangkan pada lansia dengan memenuhi kebutuhan lansia terutama kebutuhan dasar lansia, dengan demikian kebutuhan nutrisi lansia dapat dipenuhi.

6.1.2.6 Hubungan Fungsi Perawatan Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi Lansia.

Hasil penelitian ini mendapatkan $p < 0,000$; $OR=5,431$, ada hubungan yang bermakna antara fungsi perawatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Kemudian fungsi perawatan 5,4 kali beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Hasil penelitian yang dikemukakan oleh Sutikno (2011) bahwa ada hubungan antara fungsi keluarga dengan kualitas hidup lansia, sedangkan hasil analisa regresi logistik yaitu lansia yang berasal dari keluarga dengan fungsi keluarga sehat memiliki kemungkinan untuk berkualitas hidup baik 25 kali lebih besar dari pada lansia dengan fungsi keluarga tidak sehat.

Keluarga diharapkan mampu melakukan fungsi dan tugas kesehatan keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, dan fungsi perawatan keluarga. Keluarga merupakan penyedia layanan kesehatan pertama bagi lansia. Fungsi kesehatan keluarga adalah untuk mencegah anggota keluarga dari gangguan kesehatan, memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang mengalami sakit, dan perawatan rehabilitatif (Denhan, 2003 dalam Kaakinen et al, 2010).

Antara kedua hasil penelitian di atas dan teori yang dikemukakan oleh Denhan ada kesamaannya yaitu fungsi kesehatan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan lansia. Kedua penelitian tersebut menyimpulkan bahwa kesehatan anggota keluarga tergantung dari fungsi kesehatan keluarga. Lansia adalah salah satu anggota keluarga dengan berbagai macam masalah, termasuk masalah pemenuhan nutrisi, dan dengan Fungsi kesehatan keluarga yang diterapkan oleh keluarga sangat membantu

lansia dalam mencegah masalah kesehatan terutama nutrisinya.

6.1.2 Hubungan Karakteristik Lanjut Usia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia

6.1.3.1 Hubungan umur lanjut usia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia. Temuan dari penelitian dikatakan bahwa pasien lansia 75 tahun atau lebih memiliki status gizi yang lebih buruk dibandingkan dengan lansia kurang dari 75 tahun, setelah disesuaikan dengan *nonnutritional* indikator risiko klinis, bertambahnya usia sangat berkorelasi dan independen dengan status gizi buruk (Forstel dan Gariballa, 2005, ¶.22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>).

Faktor usia adalah faktor biologis yang tidak dapat dihindari. Lansia mengalami kemunduran dalam sistem pencernaan, yakni penurunan absorpsi zat-zat makanan, penurunan pengecap sehingga kebutuhan nutrisi lansia terjadi kelebihan atau kekurangan nutrisi. Peneliti juga berpendapat bahwa pemenuhan nutrisi lansia tergantung dari kebiasaan dan budaya makan yang baik dan jenis makanan yang dikonsumsi.

6.1.3.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin lansia dengan pemenuhan nutrisi lansia. Penelitian di Jepang mengatakan bahwa lansia laki-laki lebih mengetahui tentang gizi dari pada wanita (Pearson et al, ¶.1.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>). Perempuan pedesaan di Amerika lebih banyak menerima dukungan emosional dari pada laki-laki (Antonucci, 1986 dalam Patrick, 2001, ¶ 7, <http://www.business.highbeam.com>). Hasil penelitian lain mengungkapkan laki-laki kurang mendapatkan dukungan instrumental dari keluarga (Merz & Consedine, 2009, ¶.24. <http://www.informaworld.com>).

Beberapa hasil penemuan tersebut berbeda substansinya tetapi ada hubungannya dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Menurut peneliti jenis kelamin laki-laki kurang mendapatkan dukungan dalam keluarga, karena laki-laki dianggap mengetahui segala sesuatu begitu pula dengan masalah nutrisi lansia, karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dan bersosialisasi serta berpendidikan lebih tinggi dari pada perempuan oleh sebab itu pengetahuannya lebih banyak. Sedangkan perempuan lebih banyak berada di rumah, dengan kesibukannya ikut mengurus rumah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga.

6.1.3.3 Hubungan gaya hidup lansia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara gaya hidup dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Gaya hidup yang buruk dan gaya hidup yang baik sama-sama tidak berpengaruh terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia.

Gaya hidup mempengaruhi kesehatan keluarga. Di Amerika Utara ratusan ribu kematian yang terjadi setiap tahun dikaitkan dengan gaya hidup yang tidak sehat. Praktik gaya hidup yang sehat seperti kebiasaan makan yang baik

(James & Flores, 2004). Ketika salah satu anggota keluarga memulai perubahan perilaku kesehatan, maka anggota keluarga lain sering melakukan perubahan pula. Lansia yang telah menanamkan kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat sejak usia 50 tahun akan meningkatkan risiko konsekuensi negatif. Penuaan mempengaruhi gizi serta gaya hidup, gizi yang cukup menjadi semakin sulit dengan bertambahnya usia, sedangkan aktivitas fisik biasanya menurun. Nutrisi dan gaya hidup, bagaimanapun, adalah determinan penting dari kesehatan pada lansia.

Singkatnya, ada variasi yang besar pada nutrisi dan gaya hidup di setiap negara (Volkert. <http://www.springerlink.com>). Gaya hidup, diet, dan olahraga teratur saling keterkaitan, hal ini dapat mencegah masalah kesehatan bagi lansia. Dalam karakteristik gaya hidup lansia dan kemampuan fungsional tampaknya menjadi prediktor kuat risiko gizi buruk dibandingkan orang dewasa muda.

Penelitian yang dilakukan terhadap lansia berhubungan dengan gaya hidup, yaitu Seneca pada tahun 1989, 1993 dan 1999, menguji hipotesis bahwa status gizi di usia 80 sampai 85 tahun terkait dengan status fungsional dan kognitif, tetapi tidak signifikan dipengaruhi oleh pengaturan hidup (gaya hidup). Selain itu, kekuatan hubungan antara status kognitif dan kemampuan perawatan diri, dan situasi hidup, kemampuan kognitif dan situasi kehidupan semua meningkat dari waktu ke waktu (Pearson JM et al. 2001. ¶1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Hasil penelitian keduanya tidak sesuai dengan teori bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara gaya hidup dengan pemenuhan nutrisi lansia. Gaya hidup lansia dipengaruhi oleh gaya hidup anggota keluarga dalam keluarga tersebut. Saat ini tingkat pengetahuan dan sikap keluarga sudah berubah dengan banyaknya informasi yang diterima dari media cetak dan elektronik, dengan demikian keluarga yang sadar akan kesehatan melakukan gaya hidup sehat dan hal ini akan mempengaruhi lansia. Gaya hidup yang dapat mempengaruhi pemenuhan nutrisi lansia yakni kebiasaan lansia mengkonsumsi siap saji, minum alkohol, minum kopi atau teh, makan tidak teratur, dan tidak biasa berolah raga. Makanan yang dikonsumsi lansia cukup mengenyangkan tidak berdasarkan komposisi makanan yang dikonsumsi. Kebiasaan lansia pula menyimpan makanan yang dimilikinya atau memberikannya kepada anggota keluarga yang lain, misalnya pada cucu dari pada memakan makanan tersebut.

Masalah gaya hidup lansia tidak hanya berpengaruh pada pemenuhan nutrisinya tetapi juga akan mempengaruhi sistem tubuh yang lain misalnya terjadi gangguan pada sistem kardiovaskular. Peran perawat komunitas dalam menanggulangi masalah nutrisi lansia yang berhubungan gaya hidup tidak hanya saat menemukan masalah nutrisi khususnya gizi lebih pada lansia, tetapi lebih baik sebelum menemukan kasus lansia dengan gizi lebih atau deteksi dini pemenuhan nutrisi lansia. Peran yang dilakukan oleh perawat dapat melakukan *screening*, pendidikan kesehatan tentang gaya hidup yang mempengaruhi pemenuhan nutrisi lansia. Sebelum pendidikan kesehatan diberikan perawat harus melihat kondisi lansia karena lansia mengalami

penurunan kognitif maka informasi yang diberikan hanya sedikit yang dapat diserap dan diingat, oleh sebab itu perawat komunitas dapat mengikut sertakan keluarga dalam pemberian pendidikan kesehatan pada lansia.

6.1.3.4 Hubungan pola makan lansia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Pola makan yang baik akan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia. Terbukti dari hasil penelitian ini dengan p 0,003, OR=2,366. Artinya ada hubungan yang bermakna antara pola makan dengan pemenuhan nutrisi dan pola makan lansia yang kurang baik beresiko 2 kali tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia.

Pola makan yang salah bisa sebagai pemicu obesitas. Lansia dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan yang berlebihan, yaitu lebih banyak makan makanan yang mengandung lemak dari pada makanan yang mengandung protein, serat maupun vitamin, sedangkan pada lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktivitas fisik, akibatnya terjadi kelebihan nutrisi sampai obesitas (Miller, 1996).

Hasil penelitian, menemukan bahwa pola makan lansia di Mediterania berhubungan dengan angka kematian, laki-laki lebih beresiko dari pada wanita, dan disimpulkan bahwa perlunya pola diet dalam masa lanjut usia untuk mencapai umur panjang (Hamer, et al., 2011, ¶ 3, <http://www.nature.com>).

Kedua hasil penelitian tersebut di atas sesuai dengan teori yang ada, bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola makan dengan pemenuhan nutrisi lansia. Menurut peneliti

lansia mengalami kemunduran fisiologi yang menyebabkan perubahan pada sistem pencernaan, asupan nutrisi akan berkurang dan faktor psikologis lansia seperti kesepian yang dialami disebabkan ditinggal oleh pasangan dan keluarga, hal ini akan merubah pola makan lansia. Perubahan pola makan lansia jika masih sesuai dengan kebutuhan tidak menyebabkan masalah nutrisi, tetapi hati-hati jika pola makan ke arah lebih dari kebutuhan atau kurang dari kebutuhan, oleh sebab itu perlunya dukungan keluarga.

6.1.3.5 Hubungan lingkungan lansia dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia.

Hasil analisis statistik mendapatkan lingkungan yang baik dapat memenuhi kebutuhan nutrisi lansia dengan sangat baik, terbukti dengan hasil X^2 p 0,000; OR:5,431. Artinya ada hubungan antara lingkungan dengan pemenuhan nutrisi lanjut usia, dan lingkungan 5 kali beresiko mempengaruhi pemenuhan nutrisi lanjut usia.

Lingkungan keluarga adalah salah satu faktor yang mempengaruhi nutrisi lansia. Kaakinen et al (2010) mengatakan sulitnya mendapatkan bahan makanan atau kemasan makanan yang sulit dibaca oleh lansia juga merupakan hambatan bagi lansia untuk memilih jenis makanan yang dibutuhkan. Selain itu fasilitas perbelanjaan yang sulit dijangkau dan kemudian terbatasnya bahan makanan yang dibutuhkan. Sebagian lansia di tempat penelitian berbelanja bahan makanan untuk keluarga, dan kadang-kadang mengalami kesulitan dalam transportasi hal ini merupakan risiko bagi keselamatan lansia, sehingga lansia malas untuk bepergian dan hanya mengolah bahan makanan yang mudah untuk dibeli.

Dari hasil penelitian di atas dapat dibandingkan dengan teori bahwa ada kesesuaian antara hasil penelitian. Peneliti dapat menyimpulkan bahwa lingkungan perbelanjaan yang sulit dijangkau ataupun fasilitas yang sulit dijangkau sangat mempengaruhi lansia dalam mencari kebutuhan nutrisinya. Melihat dari masalah di atas adanya lingkungan fisik yang berbahaya bagi lansia maka peran perawat komunitas dapat memberikan saran untuk kebijakan yang diambil pemerintah setempat yaitu dengan meningkatkan keselamatan lansia saat menyebrang jalan (adanya petugas), transportasi untuk lansia, tempat perbelanjaan yang aman dan mudah dijangkau oleh lansia.

6.1.4 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil uji interaksi, dimana terlihat adanya interaksi Kategori dukungan emosi dan kategori fungsi perawatan keluarga keluarga karena $p > 0,000$ ($< 0,005$), dengan demikian tidak ada pemodelan akhir. Faktor dominan dalam penelitian ini adalah variabel dukungan emosi dan fungsi perawatan keluarga. Peneliti berpendapat kedua variabel tersebut sangat berkaitan karena dukungan emosi yang diberikan kepada lansia merupakan salah satu fungsi perawatan keluarga untuk meningkatkan kesehatan lansia, dengan kurangnya dukungan yang diberikan maka kesehatan keluarga akan terganggu.

6.2 Keterbatasan Penelitian.

Peneliti mengalami beberapa keterbatasan dalam melakukan penelitian ini, yakni keterbatasan instrumen, keterbatasan dalam pengumpulan data, dan variabel penelitian.

6.2.1 Instrumen Penelitian

Instrumen dukungan keluarga peneliti buat berdasarkan teori dukungan keluarga terhadap lansia yang tertera pada bab 2, dan sebagai acuan instrument yang dibuat oleh Wijayanti (2005) kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Instrumen yang dikembangkan oleh peneliti masih banyak kekurangannya dikarenakan peneliti belum mempunyai pengalaman dalam membuat instrumen, sehingga validitas instrumen masih rendah, oleh sebab itu perlu diuji kembali. Begitu juga dengan instrumen kebutuhan nutrisi dan faktor risiko dikembangkan sendiri oleh peneliti, dan validitas instrumen juga masih rendah. Sama dengan instrumen dukungan keluarga peneliti melakukan revisi dan mendapatkan instrumen yang valid dan reliabel dan dapat digunakan dalam penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan lingkungan lansia dengan pemenuhan nutrisi, tetapi di dalam instrumen peneliti hanya menanyakan lingkungan fisik yang berhubungan nutrisi lansia. Hal ini merupakan keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian, seharusnya lingkungan mencakup lingkungan fisik, psikologis, dan sosial yang berkontribusi pada pemenuhan nutrisi lansia, karena lansia mengalami perubahan psikologis dan sosial, misalnya kesepian karena ditinggal oleh pasangan dan anak-anak yang bertempat tinggal terpisah atau pensiun dari pekerjaan sehingga kegiatan sosialpun terbatas.

6.2.2 Proses Pengambilan Sampel

Saat pengambilan sampel peneliti mendapat kesulitan dalam mencari responden disebabkan karena peneliti kurang memahami tempat penelitian yang kemudian dibantu oleh kader dan mahasiswa tingkat akhir Poltekkes. Setelah sampel ditentukan kemudian pengambilan sampel dilakukan sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditentukan

oleh peneliti dengan cara *pusposif sampling* dan semua sampel dapat diambil dengan lancar.

6.2.3 Variabel Penelitian.

Dalam penelitian ini karakteristik keluarga yang diteliti hanya umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, tipe keluarga dan fungsi kesehatan keluarga saja yang menjadi variabel. Kemungkinan masih banyak faktor yang dapat berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia, misalnya pengetahuan keluarga tentang nutrisi lansia dan perilaku keluarga.

6.2 Implikasi Hasil Penelitian.

- a. Implikasi dari hasil penelitian ini pada pelayanan keperawatan, perawat dapat meningkatkan program dan pengembangan model kesehatan lansia khususnya tentang gangguan nutrisi pada lansia. Perawat komunitas dapat membuat program tiga level pencegahan. Kegiatan untuk pencegahan primer perawat dapat membuat program promosi kesehatan bagi keluarga lansia, misalnya dengan memberikan pelatihan pada keluarga mencakup materi yang berhubungan dengan dukungan keluarga (emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan). Dalam materi ini disampaikan bagaimana harus berkomunikasi dengan lansia dalam membicarakan nutrisinya, misalnya komunikasi yang tidak menyinggung perasaan lansia, tidak membentak atau memarahi lansia, mudah tersinggung, mudah stress, terjadi penurunan kognitif, karena itu lansia kadang-kadang lupa untuk makan.

Selain itu perawat juga mengadakan pelatihan tentang nutrisi yang dibutuhkan oleh lansia yang mencakup komposisi makanan, jumlah nutrisi dan jenis makanan untuk lansia. Dalam materi ini disampaikan apa saja zat makanan yang dibutuhkan oleh lansia, berapa jumlah kalori dari tiap-tiap jenis makanan, dan penyampaiannya lebih baik dengan contoh konkret.

Pelatihan yang dibuat tidak hanya tentang dukungan keluarga dan nutrisi lansia tetapi juga hal yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi lansia, yakni masalah psikologis dan sosial lansia yang juga mengalami perubahan. Dimana lansia mengalami kesepian karena ditinggal oleh pasangan hidup, anak-anak yang sudah berkeluarga dan hidup terpisah atau lansia yang sudah pensiun yang tentunya hubungan sosialpun akan menurun. Oleh sebab itu dalam berkomunikasi dengan lansia hendaknya keluarga memperhatikan perubahan psikologis yang dialami oleh lansia, misalnya tidak menyinggung perasaan lansia, melihat kondisi lansia saat memberikan saran dan pendapat terhadap lansia.

Perawat komunitas dapat memberikan informasi tentang nutrisi pada lansia dalam kegiatan posbindu, membuat kelompok *support group* dengan kegiatan berbagi pengalaman dalam mengatasi masalah nutrisi yang dialami setiap lansia, selain itu pentingnya berolah raga yang dapat dilakukan lansia misalnya senam lansia atau berjalan kaki setiap pagi sesuai dengan kemampuan lansia. Perlu juga disampaikan bahwa lansia mengalami perubahan maka perawat dapat membantu lansia dalam mengatur pola makan dan jenis makanan sehingga lansia tidak mengalami gizi kurang atau gizi lebih. Pencegahan sekunder perawat dapat melakukan deteksi dini lansia yang mengalami gizi lebih satu bulan satu kali dengan mengukur IMT, dan pencegahan tersier dengan mengontrol IMT lansia.

- b. Hasil penelitian ini berkontribusi pula pada keperawatan keluarga dan gerontik, karena dapat mengetahui kebutuhan lansia dalam memenuhi kebutuhan nutrisinya, oleh sebab itu hasil penelitian ini dapat sebagai tambahan ilmu dalam keperawatan keluarga dan gerontik dalam meningkatkan keperawatan keluarga maupun gerontik.

6.4 Implikasi dalam Penelitian Keperawatan.

Penelitian ini masih menemukan pemenuhan nutrisi pada lansia sebesar 50,2%, peneliti menilai bahwa angka tersebut dapat ditingkatkan berdasarkan

pada penyebabnya. Penyebabnya adalah masih kurangnya dukungan keluarga dan fungsi perawatan terhadap nutrisi lansia yang dilatarbelakangi oleh tingkat pendidikan keluarga yang kurang dari 50% masih kurang. Dari masalah yang terdapat di wilayah ini maka perlu dilakukan penelitian yang terkait dengan melakukan penelitian analisis faktor dukungan keluarga yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Lingkungan lansia menunjukkan ada hubungan dengan pemenuhan nutrisi lansia, tetapi dalam penelitian ini hanya membahas tentang lingkungan fisik saja sebaiknya dilakukan penelitian keperawatan yang bertujuan melihat apakah ada hubungan lingkungan psikologis dan sosial lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Penelitian yang terkait dengan karakteristik keluarga maupun lansia perlu dikembangkan variabel penelitiannya, seperti perilaku, pengetahuan, dan sikap keluarga ataupun lansia terhadap nutrisi pada lansia. Bila penelitian tersebut berdampak positif maka kesehatan lansia dapat dipertahankan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian, dan saran yang ditujukan pada tenaga kesehatan, khususnya untuk pengambil kebijakan, pengembangan keperawatan komunitas dan penelitian yang akan datang.

7.1 Simpulan.

- a. Proporsi usia rata-rata keluarga adalah dewasa tengah, pendidikan keluarga hampir sama antara pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Penghasilan keluarga rata-rata rendah yakni hampir sama dengan upah minimum kota Bogor. Keluarga yang tidak bekerja lebih banyak dengan tipe keluarga inti lebih sedikit dari pada keluarga besar dan penerapan fungsi perawatan keluarga masih kurang baik. Data di atas menunjukkan bahwa keluarga di wilayah ini termasuk dalam tingkat menengah dan walupun fungsi perawatan keluarga belum baik tetapi pemenuhan nutrisi pada lansia dapat dilakukan.
- b. Hasil penelitian menunjukkan proporsi umur responden adalah 60 sampai 74 tahun atau lansia, dengan jenis kelamin perempuan yang terbanyak. Proporsi gaya hidup lansia yang kurang lebih besar dibandingkan dengan yang baik, pola makan lansia juga kurang baik, sedangkan lingkungan sedikit kurang baik. Karakteristik lansia dengan gaya hidup yang kurang baik disebabkan lingkungan lansia yang kurang baik, karena gaya hidup anggota keluarga dipengaruhi oleh anggota keluarga lainnya.
- c. Dukungan emosional keluarga sangat berkontribusi terhadap pemenuhan nutrisi lansia, dukungan emosional dibutuhkan oleh lansia disebabkan karena lansia mengalami kemunduan fisik dan psikologis.

- d. Tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Lansia mengalami kemunduran kognitif oleh sebab itu informasi yang diberikan melalui ceramah hanya sedikit yang dapat diikuti oleh lansia, dan diikuti faktor kebiasaan dan budaya.
- e. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental keluarga dengan pemenuhan nutrisi lanjut usia. Lansia mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas disebabkan karena perubahan yang terjadi pada sistem tubuh, begitu pula dengan finansial karena lansia sudah pensiun pendapatanpun berkurang. Peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi lansia dengan menyiapkan makanan yang sesuai dengan selera lansia, penyajian yang menarik dengan aroma yang menimbulkan nafsu makan lansia tetapi sesuai dengan kebutuhan lansia. Selain itu keluarga menyiapkan dana untuk kebutuhan pelayanan kesehatan lansia.
- f. Ada hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi lansia. Lansia sangat membutuhkan dukungan penghargaan karena lansia mengalami kemunduran dan kelemahan fisik yang dialaminya. Dukungan penghargaan yang diberikan membuat lansia merasa diperhatikan dalam kebutuhan nutrisinya. Lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan mayoritas adalah bersuku Sunda dan beragama Islam, mempunyai budaya yang halus dan sangat menanamkan rasa menghargai, menyayangi dan menghormati orangtua untuk memenuhi segala kebutuhan lansia dengan salah satunya adalah dengan memberikan dukungan instrumental.

7.2 Saran.

7.2.1 Pengambil kebijakan:

7.2.1.1 Dinas Kesehatan

- a. Adanya kebijakan program pengembangan model kesehatan lansia tentang pencegahan gangguan nutrisi pada lansia.
- b. Memasukkan sebagai bagian program promosi kesehatan pemenuhan nutrisi lansia.
- c. Menyusun program promosi kesehatan pada keluarga dan lansia tentang penurunan dan perubahan sistem tubuh terutama sistem pencernaan berkaitan dengan pemenuhan nutrisi bagi lansia.

7.2.2 Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

7.2.2.1 Puskesmas

- a. Mengembangkan program lansia yang berkaitan dengan nutrisi lansia seperti mengadakan pelatihan dan kegiatan buat kader kesehatan tentang masalah nutrisi yang dihadapi oleh lansia. Mengadakan evaluasi setiap 6bulan sekali untuk kegiatan yang dilaksanakan oleh kader kesehatan tentang
- b. Memberikan promosi kesehatan berkaitan dengan dukungan keluarga yang berkaitan dengan perubahan dan kemunduran yang dialami lansia dan pemenuhan nutrisi lansia kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat, kader, lansia, dan keluarga.
- c. Mengembangkan program promosi kesehatan dengan lintas program bagian gizi masyarakat, terutama gizi lansia untuk pencegahan masalah gizi lebih pada lansia.
- d. Mengembangkan program keperawatan lansia dalam gedung misalnya konsultasi masalah nutrisi lansia, senam lansia yang mengalami obesitas.

7.2.2.2 Perawat Komunitas

- a. Menginformasikan pada keluarga dan lansia tentang nutrisi pada lansia terkait perubahan yang dialami oleh lansia. Kegiatan ini dapat dilakukan dalam kegiatan rutin masyarakat, misalnya dalam kegiatan pengajian, atau arisan, dan kegiatan ini lebih baik dilakukan satu bulan satu kali tetapi tetap berlanjut agar masyarakat tidak merasa bosan.
- b. Meningkatkan asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang mengalami masalah pemenuhan nutrisi terutama gizi lebih.
- c. Membuat *support group* lansia dan keluarga yang berkaitan dengan pemenuhan nutrisi lansia dan melakukan evaluasi setiap 3 bulan sekali. Bila tingkat pendidikan dalam kelompok tinggi maka dapat dibuat kelompok *self health group* (swabantu).
- d. Mengadakan pelatihan untuk keluarga tentang dukungan keluarga yang baik untuk pemenuhan nutrisi lansia, lingkungan fisik, psikologis dan sosial lansia yang berhubungan dengan nutrisi lansia. Kegiatan ini dapat dilakukan setiap 3 bulan satu kali.
- f. Mengadakan pelatihan untuk lansia tentang lingkungan fisik, psikologis dan sosial lansia yang berhubungan dengan nutrisi lansia dan pentingnya olah raga bagi lansia yang mengalami gizi lebih serta mencegah gizi lebih. Kegiatan ini dapat dilakukan setiap 3 bulan satu kali.

7.2.2.3 Kader

- a. Mengikuti kegiatan yang diadakan oleh Puskesmas dalam rangka meningkatkan pengetahuan kader tentang

masalah yang dihadapi oleh lansia terutama nutrisi dan dukungan keluarga dalam mengatasi pemenuhan nutrisi pada lansia.

- b. Menggerakkan dan memotivasi keluarga dan lansia dalam kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat komunitas dalam mengatasi masalah nutrisi lansia.
- c. Memberi motivasi pada lansia untuk melakukan olah raga sesuai kemampuan, misalnya melakukan senam lansia yang diadakan di posbindu.

7.2.2.4 Keluarga

- a. Tugas keluarga bertanggung jawab dalam memberikan dukungan terhadap lansia tentang pemenuhan nutrisi dengan demikian keluarga harus dapat memahami bahwa lansia mengalami perubahan fisik dan psikologis yang mempengaruhi nutrisi lansia. Caranya yaitu keluarga memberitahu dan menyediakan atau menyajikan langsung kepada lansia mengenai komposisi makanan yang harus dikonsumsi, jenis makanan, dan jumlah makanan lansia setiap harinya. Dalam memberikan penjelasan kepada lansia harus memperhatikan fisik dan psikologisnya, apakah lanjut usia saat itu dapat menerima penjelasan keluarga.
- b. Sebaiknya keluarga lebih sering melakukan diskusi dengan lansia mengenai masalah nutrisi yang dialami oleh lansia, dan keluarga tidak menggunakan istilah yang sulit dimengerti oleh lansia, berikan penjelasan sesuai dengan kemampuan penerimaan lansia.
- c. Mengikuti kegiatan swabantu yang dibentuk perawat dalam membahas nutrisi lansia.
- d. Keluarga dalam memberikan informasi tentang pemenuhan nutrisi pada lansia sebaiknya dengan cara

langsung menggunakan medianya atau bahan yang diperlukan agar mudah diingat oleh lansia.

- e. Lansia dengan keterbatasannya sering mengalami masalah dalam pemenuhan nutrisi oleh sebab itu keluarga berperan dalam mengatasi hal tersebut juga dengan memperhatikan psikologis lansia.

7.2.2.5 Lansia

- a. Mengikuti kegiatan posbindu yang diadakan di wilayah lansia dan mengikuti kelompok swabantu yang dibuat oleh kader kesehatan dalam rangka berbagi pengalaman lansia dalam menghadapi masalah nutrisi.
- b. Melakukan olah raga teratur (senam lansia)

7.2.3 Penelitian Yang Akan Datang

Mengembangkan penelitian deskriptif korelasi, antar lain:

- a. Analisis faktor pemenuhan nutrisi lansia yang berhubungan dengan budaya, pengetahuan dan perilaku lansia.
- b. Mengembangkan variabel penelitian misalnya lingkungan psikologis dan sosial lansia yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi.
- c. Mengembangkan penelitian quasi eksperimen efektifitas *support group* terhadap pemenuhan nutrisi lansia.
- d. Mengembangkan penelitian quasi eksperimen *support group* meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemenuhan nutrisi lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Afief D,F., (1994). *Hubungan Antara Aspek Psikososial Dengan Asupan Zat Gizi Pada Kelompok Lanjut Usia Anggora Pepabri di Kelurahan Gisik Drono Kecamatan Semarang Barat Kotamadia Semarang*. Tesis. <http://eprints.undip.ac.id>. Diakses tanggal 13 Maret 2011.
- Aihara Y, Minai J., (2011). *Barriers and Catalysts of Nutrition Literacy Among Elderly Japanese People*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, diakses tanggal 19 Juli, 2011.
- Allender, J.A., Spradley, B.W, (2005). *Community Helath Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. (6th). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Astaria, S. R. (2010). *Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Lanjut Usia di Kelurahan Tanjung Gusta Kecamatan Medan Helvetia*. Skripsi.
- Bailon, S.G., Maglaya,A.S. (1978). *Family health nursing: The process*. Philippines: UP College of Nursing.
- Barker, H.M. (2002). *Nutrition and Dietetics for Health Care*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Beck, M.E. (1985). *Nutrition and Dietetics for Nurses*. Alih bahasa.Hartono, A., Kristiani. Yogyakarta: Yayasan Essentia medica.
- Carlin, B. J., & Hocking, J., (1999). *Design of Cross Sectional Surveys Using Cluster Sampling: an Overview with Australian Case Studies*. Volume 23. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/>, diperoleh tanggal 18 April 2011.
- Culross, B. (2008). *Nutrition: meeting the Needs of the Elderly*. <http://www.rehabnurse.org/pdf/GeriatricNutrition>, diperoleh tanggal 31 Maret,, 2011.
- Darmojo, R.B., Martono, H.H. (2006). *Geriatric: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Edisi ke 3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Daryanto. (2007). *Hubungan Karakteristik Klien, keluarga & Stigma dengan Dukungan Keluarga pada Klien Harga Diri Rendah*. Tesis. Jakarta: Tidak Dipublikasikan.
- Dahlan, A.S. (2006). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Arkans.

- Foster, S., Gariballa, S. (2005). *Age as a Determinant of Nutritional Status: A Cross Sectional Study*. <http://Creativecommons.org/licenses>. Diakses 25 Juni 2011.
- Friedman, M.M., (1992). *Family Nursing: Theory & Practice*. Appleton & Lange.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones., (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. (5th ed), New Jersey: Prentice Hall.
- Garrow, J.S., James, W.P.T., Ralph, A. (2004). *Human Nutrition and Dietetics*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Hamer, M. et al. (2011). Dietary patterns, assessed from a weighed food record, and survival among elderly participants from the United Kingdom. *European Journal of Clinical Nutrition*, (64), 2.
- Hanson, S.M.H., Boyd,S.T. (1996). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: Davis Company.
- Hastono,S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*.
- Hidayat, A.A.A. (2008). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: salemba Merdeka.
- Hitchcock, J.F., Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. Delmar Publishers.
- Hye, K, at al., (2008). Religion, Social Support, Food-Related Social Support, Diet, Nutrition, and Anthropometrics in Older Adults. *Journal Vol.47..* Diakses tanggal 17 April, 2011.
- Kaakinen, J.R., et al. (2010). *Family Health Care Nursing*. (4th). Philadelphia: Davis Company.
- Khofifah, S.N., (2006). *Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga dan Karakteristik Usia Lanjut dengan Kemampuan Keluarga Merawat Usia Lanjut di Wilayah Kecamatan Candi Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur*. Tesis. <http://eprints.lib.ui.ac.id>.
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010). *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009*. Jakarta: Komnas Lansia.
- Le, K. D.D., Raharjo, Y. (2002). *Community-Based Support for the Elderly in Indonesia*. (<http://www.iussp.org/Bangkok>, diakses tanggal 13 Januari, 2011).

- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klor, J. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. WHO: Jamwley & Sms.
- Lemone, P., & Burke, K. (2002). *Medical Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care*. (2nd). New Jersey: Prentice Hall, Inc
- Merz, E.M., Considine, N.S. (2009). The Association of Family Support and Wellbeing in Later Life Depends on Adult Attachment Style. *Attachment & Human Development*. Vol. 11, No.2, March, 2009, 203-221
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing: Competencies for care*. (2nd). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Maurer, F.A., Smith, M.S. (2005). *Community Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations* (3rd). Elsevier Saunders.
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness: a Socioecological Approach* (2nd). Australia: Harcourt, Mosby.
- Meiner, S.E. (2006). *Gerontologic Nursing*. (3rd). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Meiner, S.E., Lueckenotte, A.G. (2006). *Gerontologic Nursing*. (3rd). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Meilianingsih, L. (2005). *Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia pada Lanjut Usia di Kecamatan Cicendo Kota Bandung*. Tesis: Tidak dipublikasikan.
- Miller, S.A. (1995). *Nursing care of older adults theory and practice*. (2nd). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Murti, B. (1997). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Nies, M.A., McEwen, M. (2007). *Community/Public Health Nursing: Promoting the health of Populations*. (4th). Houston, Texas: Saunders Elsevier.
- Nugroho, W. (1999). *Keperawatan Gerontik*. (Ed. 2). Jakarta: EGC.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th). New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th). Philadelphia: Lippincott.

- Pearson JM, et al., (2001). *Life Style Characteristics Associated With nutritional Risk in Elderly Subjects Aged 80-85 Years*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Diakses tanggal 19 Juni 2011.
- _____ (2010). *Profil Provinsi: Jawa Barat*. Pebruari 2011).
- _____ (2009). *Profil Puskesmas Bogor Selatan*.
- _____ (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (5th). England: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Sabri, L., Hastono, S.P. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Persada.
- Saniawan, M.I. (2009). Nutritional Status of Elderly at Banjar Paang Tebel in North Peguyangan Village 3 rd Public Health Centre Work. Journal.Pdii.Lipi.go.id, diperoleh tanggal 15 Februari, 2011.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sastroasmoro, S., Ismael, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. (Edisi ke 3). Jakarta: Sagung Seto.
- Setiyowati, S. (2007). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Lansia di Desa Tambah Sari Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal*. <http://www.digilib.unimus.ac.id>, diperoleh tanggal 12 Februari, 2011.
- Stanhope, M., Knollmueller, R.N. (2000). *Hanbook of Community – Based and Home Health Nursing Practice: Tools for Assessment, Intervention, and Education*. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc
- Stanhope, M., Lancaster, J., (2004). *Community & Public Health Nursing*. (6th). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Stanley, M., Beare, P.G. (1999). *Gerontological Nursing: A Health Promotion/Protection Approach*. (2nd). Philadelphia: Davis Company.
- Stone, C. Eigsti, McG. (2002). *Community Comprehensive Health Nursing: Family Aggregate, & Community Practice*. (6th). Philadelphia: Mosby.
- Stoltz, P., Uden, G., Willman, A. (2004). *Support for Family Carers Who Care for an Elderly Person at Home a Systematic Literature review*. <http://ncbi.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 31 Maret, 2011.
- Sugiyono., (2005). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.

Sutikno, E., (2011). *Hubungan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia*. Tesis. [Pasca.uns.id](http://pasca.uns.id). Diakses tanggal 26 Juni 2011.

Tim Pascasarjana FIK UI. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*.

Watson, R. (1993). *Caring for Elderly People*. Bailliere Tindall

Weeks, L.S., Branton, L., Nilsson, T. (2005). *The Influence of the Family on the Future Housing Preferences of Seniors in Canada*. (2005, <http://www.deepdyve.com>, diperoleh tanggal 7 Februari , 2011).

Widyastuti, R.H., (2009). *Pengalaman Keluarga Merawat Lnajut Usia dengan Demensia di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok, Jawa Barat:Studi Fenomenologi*. Tesis: dipublikasikan. <http://eprints.lib.ui.ac.id>.

Wijayanti, R., (2005). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan kehilangan pada Lansia di Desa Pekaja, Kalibogor kabupaten Banyumas, Jawa Tengah*. Tesis: Tidak dipublikasikan.





**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Dukungan, Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan.

Nama peneliti utama : Meirina

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustine, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : ST2/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 2 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Kepala
Kesbanlitmas
Kodya Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Meirina
0906594444

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Dukungan dan Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peninggal



PEMERINTAH KOTA BOGOR
DINAS KESEHATAN
JALAN KESEHATAN NO. 3 TELP. (0251) 331753 B

Nomor : 441 / 1052 / Kesga

Bogor, 11 Mei 2011
7 Jumadil Tsaniyah 1432 H

Lampiran :
Perihal : Permohonan ijin penelitian

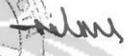
Yth. Kepada :
Dekan Fakultas Ilmu
Keperawatan UI
Di -
DEPOK

Menindak lanjuti surat saudara No : 1512/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
tanggal 2 Mei 2011 tentang permohonan ijin Penelitian dengan judul :
**" Hubungan Dukungan dan Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan
Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan "**

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya dapat mengizinkan
penelitian tersebut , serta menyampaikan hasilnya pada Dinas Kesehatan Kota
Bogor.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA BOGOR


Dr. H. TRIWANDHA ELAN, M.Kes
Pembina Utama Muda,
Nip : 19550623 198602 1 007

Tembusan disampaikan
Kepada Yth : 1. Bapak Walikota Bogor (sebagai laporan)
2. Ka. Puskesmas ybs

Mencegah lebih baik daripada mengobati



PEMERINTAH KOTA BOGOR
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Kesehatan Nomor 2 - Telp./Fax. : (0251) - 8332775
Bogor - 16161

Bogor, 04 Mei 2011
30 Jumadil Ula 1432

Kepada :

Nomor : 070 / 337 - TU
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian / Riset / Observasi

Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kota Bogor
di
B o g o r

Dipermaklumkan dengan hormat, berdasarkan surat Dekan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia Nomor : 1512/H2.F12.D/PDP.04.02/2010, tanggal 02 Mei 2011, maka dengan ini kami beritahukan bahwa nama di bawah ini akan melaksanakan kegiatan Tesis dengan judul "*Hubungan Dukungan dan Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan*". Adapun nama tersebut adalah :

No.	Nama / NPM	Program Studi	Lembaga / Sekolah / Universitas
	Meirina 0906594444	Ilmu Keperawatan	Universitas Indonesia

Demikian kiranya agar dapat dibantu pada waktunya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih

a.n. Kepala
Kasubag Tata Usaha


E.A. Gani Karim, SE
Penata Tk. I
NIP. 19580703 199503 1 001

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner A diisi oleh keluarga, yaitu kuesioner demografi, responden dapat mengisi pada tempat yang sudah disediakan dengan memberi tanda (√) pada pilihan jawaban.
2. Jika jawaban dianggap salah maka jawaban tersebut diberi tanda = kemudian silahkan memilih kembali dan memberi tanda (√).
3. Kode responden diisi oleh peneliti.

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Kode Responden (diisi oleh peneliti) :
2. Usia responden:tahun
3. Pendidikan terakhir: SD SMP SMA
 Akademi Perguruan tinggi
4. Pekerjaan: Bekerja Tidak bekerja
5. Penghasilan: Berapa penghasilan keluarga perbulan?
6. Tipe keluarga: Keluarga besar. Keluarga inti.
7. Keluarga pelaku rawat utama yakni: Suami/Istri/Anak/Menantu/Cucu.

B. KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk pengisian kuesioner:

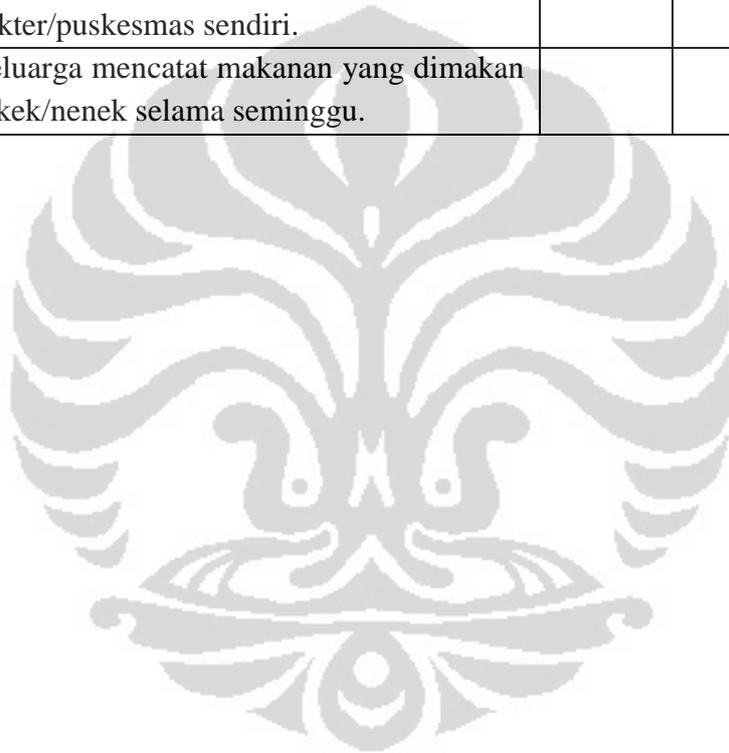
Kuesioner ini diisi oleh lanjut usia.

1. Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh kakek/nenek.
2. Sering : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh kakek/nenek.
3. Kadang-kadang: Jika pernyataan tersebut kadang-kadang dilakukan oleh kakek/nenek.
4. Tidak pernah: jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh kakek/nenek.

NO	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Keluarga menyuapi ketika kakek/nenek sedang sakit				
2	Keluarga membantu membeli bahan makanan untuk kakek/nenek				
3	Keluarga menanyakan apakah kakek/nenek mengalami masalah makan (sakit maag atau nafsu makan berkurang)				
4	Keluarga mengolah masakan buat kakek/nenek tidak pedas dan manis				
5	Keluarga menyarankan kakek/nenek makan serat (sayur atau buah-buahan)				
6	Keluarga menyajikan makanan yang cocok/sesuai dengan selera nenek.				
7	Keluarga mengingatkan kakek/nenek untuk minum sebanyak 6 sampai 8 gelas sehari				
8	Keluarga menjelaskan makanan yang seimbang bagi kakek/nenek (ada nasi, lauk pauk, sayur dan buah-buahan).				
9	Keluarga menjelaskan pada kakek/nenek pengaruh minum kopi dan teh terhadap penyerapan makanan.				
10	Keluarga membantu kakek/nenek memasak makanan.				
11	Keluarga membantu kakek/nenek mempersiapkan/menyajikan makanan.				
12	Keluarga merawat kakek/nenek jika sakit di rumah				
13	Keluarga menyiapkan dana untuk kakek/nenek jika berobat ke Rumah Sakit				

14	Keluarga bersama-sama dengan kakek/nenek dalam satu meja pada saat makan.				
15	Keluarga menjelaskan pada kakek/nenek jika terlalu banyak mengkonsumsi gula (misalnya jadi gemuk dan Diabetes).				
16	Keluarga menyiapkan dana transportasi kakek/nenek untuk pemeriksaan kesehatan				
17	Keluarga menyiapkan buah-buahan untuk kakek/nenek setiap hari.				
18	Keluarga menghargai keinginan/harapan kakek/nenek dalam memilih jenis makanan.				
19	Keluarga membantu kakek/nenek apabila mengalami kesulitan untuk makan.				
20	Keluarga mengajak kakek/nenek jika ada acara keluarga (arisan keluarga, pertemuan keluarga).				
21	Keluarga mempertimbangkan saran yang diungkapkan kakek/nenek jika keluarga sedang ada masalah.				
22	Keluarga tidak mengukur jumlah makanan yang dimakan kakek/nenek.				
23	Keluarga membantu kakek/nenek untuk kegiatan sehari-hari di rumah, misalnya mandi, membersihkan rumah, memasak.				
24	Keluarga selalu mengingatkan dan mengajak kakek/nenek mengikuti kegiatan keagamaan di rumah maupun dilingkungan				
25	Keluarga memperlihatkan pada kakek/nenek jumlah makanan yang harus dimakan setiap hari (ada nasi, lauk pauk, sayur yang sudah diukur)				
26	Keluarga menjelaskan pada kakek/nenek pentingnya olah raga setiap hari agar hidup sehat				
27	Keluarga selalu menanyakan kesehatan kakek/nenek.				
28	Keluarga membiarkan kakek/nenek memasak sendiri				
29	Keluarga menjelaskan pentingnya mengatur makanan bagi kakek/nenek sesuai kebutuhan setiap hari.				

30	Keluarga menyusun menu untuk kakek/nenek yang berganti-ganti setiap harinya				
31	Keluarga membawa kakek/nenek ke pelayanan kesehatan jika sakit.				
32	Keluarga menyiapkan masakan bubur nasi atau Tim jika kakek/nenek sedang sakit				
33	Keluarga selalu memberitahu dan mengingatkan makanan yang boleh dimakan atau dilarang untuk kakek/nenek				
34	Keluarga tidak menyiapkan makanan yang diinginkan oleh kakek/nenek.				
35	Jika sakit kakek/nenek pergi ke dokter/puskesmas sendiri.				
36	Keluarga mencatat makanan yang dimakan kakek/nenek selama seminggu.				



Lampiran 4

C. KUESIONER PEMENUHAN NUTRISI PADA LANJUT USIA.

Petunjuk pengisian kuesioner:

Kuesioner ini diisi oleh keluarga dan lanjut usia.

1. Ya: Jika pernyataan tersebut dilakukan oleh keluarga.
2. Tidak: Jika pernyataan tersebut tidak dilakukan oleh keluarga.
3. Beri tanda (√) pada kotak jawaban yang sudah disediakan.

NO	Pernyataan	Penilaian
1	Keluarga menyiapkan makanan untuk kakek/nenek dalam satu hari 3 kali (makan pagi, siang, dan malam).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
2	Keluarga membuatkan makanan ringan/snack satu kali dalam satu hari.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
3	Keluarga mengetahui empat kelompok dasar makanan (karbohidrat, protein, lemak, dan serat/vitamin)	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
4	Keluarga setiap hari menyiapkan nasi untuk kakek/nenek sebanyak tiga kali.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
5	Kakek/nenek satu kali makan nasi sebanyak satu setengah gelas belimbing/piring sedang.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
6	Keluarga membuatkan makanan untuk kakek/nenek selalu digoreng.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
7	Keluarga setiap hari menyiapkan makanan sumber protein seperti daging/ikan/ayam/tempe/tahu.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
8	Keluarga menyiapkan sayur untuk kakek/nenek sebanyak satu setengah mangkok setiap hari.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

9	Keluarga mengukur sayur setelah dimasak untuk kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
10	Keluarga menyiapkan makanan yang lunak/Tim untuk kakek nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
11	Keluarga memberikan suplemen/vitamin setiap hari pada kakek/nenek untuk meningkatkan nafsu makan kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
12	Kakek/nenek setiap makan daging sebesar satu potong sedang.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
13	Keluarga menyiapkan buah-buahan 2 potong sedang sehari untuk kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
14	Kakek/nenek makan tahu atau tempe sebanyak dua potong sedang setiap hari.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
15	Kakek/nenek senang makan ikan basah.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
16	Kakek nenek minum susu segelas setiap hari	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
17	Kakek/nenek makan dengan menu lengkap setiap hari (ada nasi, lauk, sayur, buah)	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>

D. KUESIONER FAKTOR RISIKO MASALAH NUTRISI PADA LANJUT USIA.

Petunjuk pengisian kuesioner:

Kuesioner ini diisi oleh lanjut usia.

1. Ya: Jika pernyataan tersebut dilakukan oleh keluarga.
2. Tidak: Jika pernyataan tersebut tidak dilakukan oleh keluarga.
3. Beri tanda (√) pada kotak jawaban yang sudah disediakan.

NO	Pernyataan	Penilaian
1	Kakek/nenek minum teh lebih dari satu gelas perhari.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
2	Kakek/nenek setiap hari sarapan pagi.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
3	Kakek/nenek menyukai makanan yang berminyak/bersantan.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
4	Kakek/nenek sering membeli makanan yang sudah matang/siap saji.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
5	Kakek/nenek minum air putih sebanyak 6 sampai 8 gelas sehari.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
6	Kakek/nenek setiap hari makan nasi.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
7	Keluarga menyiapkan makanan sesuai kondisi kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
8	Kakek/nenek setiap hari berolah raga (misalnya berjalan kaki).	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

9	Keluarga membawa kakek/nenek ke pelayanan kesehatan jika kakek/nenek mengeluh tidak nyaman di perut.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
10	Menu yang disajikan keluarga menarik dan meningkatkan nafsu makan kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
11	Keluarga dengan mudah membeli bahan makanan untuk kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
12	Kebiasaan makan keluarga bersama-sama dalam satu meja.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
13	Kakek/nenek makan buah-buahan setiap hari.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
14	Kakek/nenek makan lebih dari tiga kali sehari.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
15	Keluarga tidak pernah meminta saran dari pelayanan kesehatan tentang diet yang diperbolehkan untuk kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
16	Keluarga selalu mengukur banyaknya makanan (nasi, lauk/pauk, sayur) untuk kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
17	Kakek/nenek makan sayur yang dimasak setiap hari.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
18	Keluarga mengolah masakan untuk kakek/nenek sama dengan anggota keluarga yang lain.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
19	Keluarga mengolah makanan kakek/nenek sesuai dengan anjuran petugas kesehatan.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
20	Kebiasaan keluarga memasak masakan selalu ditambah gula.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>

21	Keluarga mencuci sayuran sebelum dipotong.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
22	Keluarga membuang sampah pada tempat tertutup.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
23	Keluarga menyiapkan dana untuk kebutuhan membeli makanan kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
24	Kakek/nenek minum kopi lebih dari 2 gelas sehari	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
25	Kakek/nenek setiap hari makan teratur	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
26	Kakek/nenek tidak suka sayur.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
27	Menu yang disajikan tidak sesuai dengan keinginan kakek/nenek.	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>
28	Kakek/nenek melakukan pemeriksaan darah (gula darah, kolesterol)	Ya <input type="checkbox"/>
		Tidak <input type="checkbox"/>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Meirina
Tempat/Tanggal lahir : Tembilahan, 31 Mei 1962
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Jl. Gabus II No. 84. Pagelaran, Bogor



Riwayat Pendidikan

1. Program Magister FIK UI Peminatan Keperawatan Komunitas.
2. S1 Keperawatan/Ners Universitas Indonesia, lulus 2004.
3. Akademi Keperawatan Depkes Bandung, lulus 1984.
4. SMAN I Tembilahan, lulus 1981.
5. SMPN I Tembilahan, lulus 1978.
6. SDN I Tembilahan, lulus 1975.

Riwayat Pekerjaan

1. Staf pengajar Prodi Keperawatan Bogor Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Bandung (2002 sampai sekarang).
2. Staf pengajar pada SPK Depkes Bogor (1993 sampai 2001).
3. Pelaksana Keperawatan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung (1985 sampai 1992).
4. *Job Training Orthopedic Nursing* di Kobe Jepang (1988 sampai 1989).

Abstrak

Nama : Meirina
Program Studi : Program magister ilmu keperawatan Peminatan Keperawatan
Komunitas Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Judu : Hubungan Dukungan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Lansia
Dengan Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia di Wilayah Kerja
Puskesmas Bogor Selatan

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga, karakteristik keluarga dan lansia dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan. **Metoda** Penelitian ini penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. dengan besar sampel 219 dengan teknik pengambilan sampel *cluster sampling*, dihitung secara *cluster proporsional*. **Hasil penelitian** Ada hubungan dukungan emosional ($p < 0,000$), instrumental ($p < 0,000$), dan penghargaan ($p < 0,002$) dengan pemenuhan nutrisi lansia. Dari karakteristik keluarga dan lansia ada hubungan fungsi kesehatan keluarga dengan pemenuhan nutrisi ($p < 0,000$), ada hubungan pola makan dengan pemenuhan nutrisi lansia ($p < 0,003$) dan ditemukan pula interaksi antara dukungan emosi dengan fungsi kesehatan keluarga.

Kata kunci: Dukungan, karakteristik keluarga, karakteristik lansia, nutrisi.

Name : Meirina
Program Study : Master in Community Nursing
Title : The Correlation Between Families' Support, Families' Characteristics and Elderly Nutrition Fulfillment in Public Health Center in Working Area of South Bogor.

Abstract

The purpose of this study is to determine the correlation between family's support and characteristics to elderly nutrition fulfillment in public health center in working area of South Bogor. This study used descriptive correlation design with cross sectional approach. The sample of 219 was calculated using cluster proportional and recruited using cluster sampling technique. The result showed that there were significant correlation between emotional support ($p=0,000$), instrumental ($p=0,000$), and acknowledgement ($p=0,002$) with elderly's nutritional fulfillment. There were correlation between family health function with elderly nutrition fulfillment ($p=0,000$), between family's meal pattern with elderly nutrition fulfillment ($p=0,003$), and it was found interaction between emotional support with family health function.

Keywords : families' support, families' and elderly's characteristics, nutrition.