



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RIWAYAT PENYAKIT, ASUPAN
PROTEIN DAN FAKTOR-FAKTOR LAIN DENGAN STATUS
GIZI PESERTA POSYANDU LANSIA DI KECAMATAN
GROGOL PETAMBURAN JAKARTA BARAT TAHUN 2011**

SKRIPSI

**WENNI DWI SETIANI
0906617914**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RIWAYAT PENYAKIT, ASUPAN
PROTEIN DAN FAKTOR-FAKTOR LAIN DENGAN STATUS
GIZI PESERTA POSYANDU LANSIA DI KECAMATAN
GROGOL PETAMBURAN JAKARTA BARAT TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**WENNI DWI SETIANI
0906617914**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Wenni Dwi Setiani

NPM : 0906617914

Tanda tangan : 

Tanggal : 17 Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Wenni Dwi Setiani
NPM : 0906617914
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Hubungan Antara Riwayat Penyakit, Asupan Protein Dan Faktor-Faktor Lain Dengan Status Gizi Peserta Posyandu Lansia Di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program studi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Fatmah, SKM, M.Sc ()
Penguji : Ir. Asih Setiarini, M.Sc ()
Penguji : drg. Lola Lovita, MAP ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Wenni Dwi Setiani

NPM : 0906617914

Mahasiswa program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA RIWAYAT PENYAKIT, ASUPAN PROTEIN DAN
FAKTOR-FAKTOR LAIN DENGAN STATUS GIZI PESERTA
POSYANDU LANSIA DI KECAMATAN GROGOL PETAMBURAN
JAKARTA BARAT TAHUN 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 17 Januari 2012



(Wenni Dwi Setiani)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Wenni Dwi Setiani
Tempat dan Tanggal Lahir : Jakarta, 5 Januari 1987
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

Tahun 1991-1993 : TK Aisiah Jakarta
Tahun 1993-1999 : SD Muhammadiyah 28 Jakarta
Tahun 1999-2002 : SLTP Negeri 161 Jakarta
Tahun 2002-2005 : SMU Negeri 29 Jakarta
Tahun 2005-2008 : Diploma III IPB Bogor Program Studi Manajemen Industri Jasa Makanan dan Gizi
Tahun 2009 : Program Sarjana Kesehatan Masyarakat, UI Depok

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKMUI).

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran proses penulisan skripsi ini, terutama kepada:

1. Dr. Fatmah, SKM, M.Sc selaku dosen pembimbing atas segala pengarahan maupun bimbingan kepada penulis, baik pada masa perkuliahan maupun selama pembuatan skripsi ini hingga selesai
2. Ir. Asih Setiarini, M.Sc yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menguji pada ujian skripsi ini serta memberikan saran dan kritik membangun terhadap skripsi ini
3. drg. Lola Lovita, MAP selaku penguji sidang yang banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
4. Sulastris selaku staf seksi Kesehatan Masyarakat Suku Dinas Kesehatan Kotif Jakarta Barat dan Kader posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat yang membantu dalam memberikan informasi dan mengumpulkan data untuk penelitian ini
5. Seluruh karyawan dan staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia khususnya Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat.
6. Keluarga tercinta, khususnya papa dan mama yang senantiasa memberikan kasih sayang, doa dan motivasi sepanjang waktu.
7. Teman-teman seperjuangan selama perkuliahan yaitu Ekstensi 2009 dan Reguler 2007 Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, terutama Muti Rowahani dan Nita Pratiwi terima kasih

telah rela menyumbangkan perhatian, ide, tenaga dan waktunya selama menyelesaikan studi dan skripsi ini.

8. Sahabat-sahabat tercinta, terutama Yossy Yanwarti, terima kasih atas persahabatan, doa dan dorongan semangat yang telah diberikan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan
9. Teman spesial, terima kasih atas perhatian, doa dan dorongan semangat yang telah diberikan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan
10. Pihak-pihak yang belum disebutkan, yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan untuk perbaikan selanjutnya. Namun, besar harapan penulis semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pembacanya dan semoga segala upaya dan jerih payah ini mendapat keridhaan Allah SWT. Amin

Depok, 17 Januari 2012

Penulis

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

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

Nama : Wenni Dwi Setiani
NPM : 0906617914
Program studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Gizi Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

Hubungan Antara Riwayat Penyakit, Asupan Protein Dan Faktor-Faktor Lain Dengan Status Gizi Peserta Posyandu Lansia Di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat Tahun 2011

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir 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 : 17 Januari 2012
Yang menyatakan



(Wenni Dwi Setiani)

ABSTRAK

Nama : Wenni Dwi Setiani
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Hubungan Antara Riwayat Penyakit, Asupan Protein Dan Faktor-Faktor Lain Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Peserta Posyandu Lansia Di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat Tahun 2011

Skripsi ini membahas riwayat penyakit, asupan protein dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada peserta posyandu lansia. Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain *cross sectional* dan jumlah sampel 112 orang. Sampel diambil dengan kriteria umur 45-79 tahun yang menetap di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat. Data Karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang, riwayat penyakit, pola konsumsi (asupan energi, protein, lemak) didapatkan melalui wawancara dengan kuesioner. Sedangkan data status gizi dengan indeks massa tubuh diperoleh dengan pengukuran antropometri. Analisa hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden yang mengalami gizi lebih sebesar 50% dan gizi kurang sebesar 6.3%. Dari hasil analisa bivariat diketahui adanya hubungan bermakna antara riwayat penyakit dan asupan protein dengan status gizi peserta posyandu lansia ($p < 0.05$). Sementara data karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang, pola konsumsi (asupan energi, dan lemak) tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan status gizi ($p > 0.05$). dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan mengalami masalah gizi ganda. Untuk itu perlu diadakan penyuluhan gizi seimbang secara berkala dan pemantauan status gizi guna mempertahankan IMT normal

Kata kunci

Lansia, riwayat penyakit, asupan protein, status gizi,

ABSTRAK

Name : Wenni Dwi Setiani
Program of Studies : Bachelor of public health
Title : The association between historical of disease, protein intake and other factors related to the nutritional status of the elderly posyandu participants at the Grogol Petamburan Subdistrict, West Jakarta, year 2011

The aim of this study was to discuss the historical of disease, protein intake, and other factors related to the nutritional status of the elderly posyandu participants. The cross sectional study towards 112 samples aged 45 to 79 years of age undertaken at Grogol Subdistrict, West Jakarta. Data characteristics (age, sex, education, and working status); the knowledge, attitudes, and behaviors of balanced nutrition; historical of disease; and the pattern of energy, protein, fat intake) were collected through interviews with the questionnaire. Data of the nutritional status with Body Mass Index (BMI) indicator was collected by anthropometric measurements. The analysis of association between independent variables with dependent variable used Chi Square Test. The results showed the proportion of respondents with over nutrition was 50% and under nutrition was 6.3%. There were a significant association between the historical of disease and protein intake with the nutritional status of the elderly posyandu participants ($p < 0.05$). While the data characteristics (age, sex, education, working status), knowledge, attitudes, behaviors of balanced nutrition, and the pattern of energy, and fat intake showed no significant association with nutritional status ($p > 0.05$). It can be concluded that the historical of disease and protein intake correlated with the nutritional status of the elderly posyandu participants. Therefore, the regular balanced nutrition counseling and the monitoring of nutritional status should be taken for all participants at the elderly posyandu to maintain a normal BMI.

Key word

Elderly posyandu, history of disease, protein intake, nutritional status

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iv
RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR GRAFIK.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.3.1. Tujuan Umum	6
1.3.2. Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.5. Ruang lingkup Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Status Gizi	8
2.2 Penilaian Status Gizi	8
2.3 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi	12
2.3.1 Usia	12
2.3.2 Jenis Kelamin.....	12

2.3.3. Pendidikan	13
2.3.4. Pekerjaan.....	13
2.3.5 Riwayat Penyakit	14
2.3.6 Pengetahuan Gizi Seimbang	14
2.3.7 Sikap Gizi Seimbang.....	15
2.3.8 Perilaku Gizi Seimbang	16
2.3.9 Konsumsi Makanan	16
2.4 Lanjut Usia.....	18
2.4.1 Definisi	18
2.4.2 Penggolongan Lansia	19
2.4.3 Masalah Gizi pada Lansia.....	19
2.4.3.1 Gizi Lebih	20
2.4.3.2 Gizi Kurang.....	21
2.5 Pedoman Gizi Seimbang.....	21
2.5.1 Konsep Dasar Gizi Seimbang.....	22
2.5.2 Pesan Dasar Gizi Seimbang.....	23
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	28
3.1. Kerangka Teori	28
3.2. Kerangka Konsep.....	29
3.3. Hipotesis	30
3.4. Definisi Operasional	31
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	35
4.1. Desain Penelitian	35
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian	35
4.3.1 Populasi.....	35
4.3.2 Sampel.....	35
4.3.3 Cara Pengambilan Sampel	36
4.4. Pengumpulan data.....	37

4.4.1 Sumber Data.....	37
4.4.2 Instrumen	38
4.4.3 Cara Pengumpulan Data	38
4.5 Pengolahan Data	38
4.6. Analisis Data.....	41
4.6.1 Analisis Univariat	41
4.6.2 Analisis Bivariat.....	42
BAB 5 HASIL PENELITIAN	43
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	43
5.1.1 Letak dan Keadaan Geografis	43
5.1.2 Keadaan Demografis	43
5.1.3 Fasilitas Kesehatan	44
5.2 Analisis Univariat	45
5.2.1. Gambaran Status Gizi.....	45
5.2.2. Gambaran Karakteristik Demografi	46
5.2.2.1 Distribusi Frekuensi Umur	47
5.2.2.2 Jenis Kelamin Responden.....	47
5.2.2.3 Pendidikan Responden	47
5.2.2.4 Status Pekerjaan Responden.....	48
5.2.3 Gambaran Riwayat Penyakit.....	48
5.2.4 Gambaran Pengetahuan, Sikap, Perilaku Gizi Seimbang	49
5.2.4.1 Gambaran Pengetahuan Gizi Seimbang.....	49
5.2.4.2 Sikap Gizi Seimbang.....	50
5.2.4.3 Perilaku Gizi Seimbang	51
5.2.5 Gambaran Asupan Zat Gizi Makro.....	52
5.2.5.1 Asupan Total Energi	53
5.2.5.2 Asupan Protein.....	53
5.2.5.3 Asupan Lemak	53
5.3. Analisis Bivariat.....	53
5.3.1. Hubungan Antara Karakteristik Demografi dengan status gizi.....	54
5.3.1.1 Hubungan umur dengan status gizi	54

5.3.1.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Gizi	55
5.3.1.3 Hubungan Pendidikan dengan Status Gizi	55
5.3.1.4 Hubungan Status Pekerjaan dengan Status Gizi.....	55
5.3.2. Hubungan Antara Riwayat Penyakit dengan Status Gizi	55
5.3.3. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Perilaku Gizi dengan Status Gizi	56
5.3.3.1 Hubungan Pengetahuan dengan Status Gizi.....	56
5.3.3.2 Hubungan Sikap dengan Status Gizi	57
5.3.3.3 Hubungan Perilaku dengan Status Gizi.....	57
5.3.4. Hubungan Antara Asupan Zat Gizi Makro dengan Status Gizi	57
5.3.4.1 Hubungan Asupan Total Energi dengan Status Gizi	58
5.3.4.2 Hubungan Asupan Protein dengan Status Gizi	58
5.3.4.3 Hubungan Asupan Lemak dengan Status Gizi	59
BAB 6 PEMBAHASAN	60
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	60
6.2 Gambaran Status Gizi	61
6.3 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Status Gizi.....	61
6.3.1 Hubungan Umur dengan Status Gizi	61
6.3.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Status Gizi.....	62
6.3.3 Hubungan Pendidikan dengan Status Gizi.....	62
6.3.4 Hubungan Status Pekerjaan dengan status gizi.....	63
6.4. Hubungan Antara Riwayat penyakit dengan status Gizi	64
6.5. Hubungan pengetahuan, sikap, perilaku gizi dengan status gizi	64
6.5.1 Hubungan Pengetahuan dengan Status Gizi.....	64
6.5.2 Hubungan Sikap dengan Status Gizi	65
6.5.3 Hubungan Perilaku dengan Status Gizi	65
6.6 Hubungan Antara Asupan Zat Gizi Makro dengan status gizi	66
6.6.1 Hubungan Asupan Total Energi dengan status gizi	66
6.6.2 Hubungan Asupan Protein dengan status gizi	67
6.6.3 Hubungan Asupan Lemak dengan status gizi.....	68

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	69
7.1 Kesimpulan	69
7.2 Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	74



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi Lansia Berdasarkan IMT (WHO, 1999).....	10
Tabel 2.2 Kategori Status Gizi Lansia Berdasarkan IMT (DepKes RI, 1999)	10
Tabel 2.3 Angka Kecukupan Gizi	18
Tabel 4.1 Rincian Jumlah Responden Posyandu Lansia.....	37
Tabel 5.1 Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Umur dan Jenis Kelamin	44
Tabel 5.2 Jumlah Pembinaan Lansia di Kecamatan Grogol Petamburan	45
Tabel 5.3 Data Penyakit Terbanyak di Kecamatan Grogol Petamburan	45
Tabel 5.4 Gambaran Karakteristik Demografi Lansia.....	47
Tabel 5.5 Distribusi Riwayat Penyakit	48
Tabel 5.6 Jenis Penyakit Responden.....	49
Tabel 5.7 Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Gizi seimbang	49
Tabel 5.8 Jumlah Nilai Hasil Pengetahuan	50
Tabel 5.9 Jumlah Nilai Sikap.....	51
Tabel 5.10 Jumlah Nilai Perilaku.....	52
Tabel 5.11 Gambaran Asupan Zat Gizi Makro.....	52
Tabel 5.12 Hubungan Karakteristik Demografi Lansia dengan Status Gizi.....	54
Tabel 5.13 Hubungan Riwayat penyakit dengan status gizi	55
Tabel 5.14 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku dengan status gizi.....	56
Tabel 5.15 Hubungan Asupan Zat Gizi Makro dengan status Gizi	58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Logo Pedoman Gizi Seimbang.....	23
Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	28
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	29



DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1 Distribusi Status Gizi Lansia	46
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Tugas	74
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian Skripsi	75



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu peningkatan tolak ukur kemajuan suatu bangsa terlihat dari usia harapan hidup penduduknya. Peningkatan usia harapan hidup tercermin dari makin meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia (lansia). Keadaan ini tidak hanya terjadi di negara industri tetapi juga di negara berkembang. Di banyak negara-negara di dunia, penduduk tua meningkat dengan pesat. Proporsi penduduk lanjut usia yaitu 60 tahun ke atas mencapai sekitar 10 persen dari penduduk dunia. Dan di proyeksikan menjadi sekitar 22 persen pada tahun 2050. Laju peningkatan tertinggi di Afrika Utara dan China serta beberapa negara Asia dan terendah di Sub-Saharan Afrika. Total populasi penduduk berusia lanjut di atas 60 tahun pada tahun 2025 diperkirakan lebih dari 800 juta jiwa, sekitar dua pertiganya tinggal di negara berkembang dan mayoritas adalah perempuan (United Nations, 2000 dalam Rusilanti, 2006).

Indonesia mengalami peningkatan populasi penduduk lansia yang amat pesat dari 4.48% pada tahun 1971 (5.3 juta jiwa) menjadi 9.77% pada tahun 2010 (23.9 juta jiwa). Bahkan pada tahun 2020 diprediksi akan terjadi ledakan jumlah penduduk lansia sebesar 11.34% atau sekitar 28.8 juta jiwa. (Makmur Sanusi, 2006 dalam Fatmah, 2010). Dari proporsinya tampak bahwa Indonesia telah memasuki era penduduk berstruktur tua (*aging population*), yaitu suatu negara dengan proporsi penduduk usia lanjut telah berada pada patokan penduduk berstruktur tua, yaitu 7.5% dari jumlah total penduduk dan dalam waktu 20 tahun lagi jumlah lansia Indonesia akan melebihi jumlah usia balita.

Jika dilihat menurut propinsi, maka persentase penduduk lansia yang sudah berada di atas 7.5% adalah pulau Jawa dan Bali (BPS, 2009). Fenomena terjadinya peningkatan jumlah penduduk lansia ini disebabkan oleh penurunan angka fertilitas penduduk, perbaikan status kesehatan dan status transisi epidemiologi dan peningkatan usia harapan hidup serta perubahan gaya hidup. Semakin meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia memberikan konsekuensi yang banyak terhadap berbagai aspek kehidupan, antara lain perubahan-perubahan

fisik, biologis, psikologis, sosial dan munculnya penyakit degeneratif akibat proses penuaan tersebut.

Penduduk usia lanjut di Indonesia yang semakin bertambah akan membawa pengaruh besar dalam pengelolaan masalah kesehatannya. Saat ini angka kesakitan akibat penyakit degeneratif meningkat jumlahnya disamping masih adanya kasus penyakit infeksi dan masalah gizi. Pada masa lansia, kemunduran fungsi dan kualitas organ tubuh dapat mengurangi kekebalan tubuh dan meningkatkan oksidan (racun) yang akhirnya menimbulkan berbagai penyakit atau gangguan metabolik terutama hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan kanker. Ada lima penyakit utama yang banyak di derita penduduk lansia di Indonesia diantaranya anemia (50%), penyakit jantung pembuluh darah (29.5%), infeksi saluran pernafasan (12.2%), kanker (12.2%) dan TBC (11.5 %) (Depkes RI, 2003).

Masalah gizi usia lanjut merupakan rangkaian proses masalah gizi sejak usia muda yang manifestasinya timbul setelah tua. Masalah gizi yang sering diderita usia lanjut adalah gizi kurang dan gizi lebih. Boedhi-Darmojo (2006) melaporkan bahwa lansia di Indonesia yang dalam keadaan kurang gizi sebanyak 3.4%, berat badan kurang sebesar 28,3%, berat badan ideal berjumlah 42.4%, berat badan lebih sebanyak 6.7% dan obesitas sebanyak 3.4%. Sedangkan konsumsi energi dan protein rata-rata lansia <80% AKG. Kondisi kurang gizi tanpa disadari terjadi karena gejala yang muncul hampir tak terlihat, sampai usia lanjut tersebut jatuh dalam kondisi gizi buruk. Kurang gizi dapat terjadi secara mendadak dialami atau berlangsung dalam waktu yang cukup lama. Penyebab kurang gizi pada usia lanjut antara lain pengetahuan tentang gizi yang kurang, makan tidak enak karena berkurangnya fungsi alat perasa dan penciuman, banyak gigi yang tanggal/ompong sehingga untuk makan terasa sakit, nafsu makan berkurang karena kurang aktivitas, kesepian, depresi, penyakit kronis, efek samping dari obat, alkohol dan rokok.

Di satu pihak terdapat masalah kurang gizi namun masalah gizi lebih cenderung meningkat terutama di kota-kota besar. Pada lansia, berbagai perubahan fisiologis yang terjadi salah satunya yaitu menurunnya laju metabolisme. Proses metabolisme yang menurun pada usia lanjut bila tidak

diimbangi dengan peningkatan aktivitas fisik atau penurunan jumlah makanan, maka kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang menimbulkan kegemukan. Kelebihan gizi pada lansia biasanya berhubungan dengan gaya hidup pada usia sekitar 50 tahun. Dengan kondisi ekonomi yang membaik dan tersedianya berbagai makanan siap saji yang enak dan kaya energi, terutama dari sumber lemak, maka akan terjadi asupan makan dan zat-zat gizi melebihi kebutuhan tubuh. Keadaan kelebihan gizi yang dimulai pada awal usia 50 tahunan ini akan membawa lansia pada keadaan obesitas dan dapat pula disertai dengan munculnya berbagai penyakit degeneratif. Maka dari itu, anjuran asupan lemak dibatasi maksimal 20% dari kebutuhan energi.

Menurut Winarno (1990) dalam Patriasih (2005), masalah gizi pada lansia dipengaruhi oleh multifaktor, baik langsung maupun tidak langsung, antara lain karakteristik demografi, faktor ekonomi, budaya, pengetahuan, sikap serta tindakan dan kesehatan yang dapat mengakibatkan penurunan, ketidakseimbangan atau kelebihan konsumsi zat gizi dalam makanan. Permasalahan yang dihadapi lansia tersebut dapat diatasi dengan memenuhi kebutuhan akan zat gizi seimbang yang diperlukan tubuh melalui konsumsi pangan yang beragam untuk memenuhi kecukupan energi disertai aktifitas fisik yang sesuai secara teratur, membiasakan sarapan dan makan makanan sumber zat besi, membatasi pemakaian minyak, gula dan garam, perbanyak minum air putih dan hindari minum alkohol.

Kesadaran lansia dalam memenuhi kecukupan gizi merupakan hal yang penting untuk dapat mempertahankan status gizinya, untuk itu pemilihan makanan dan perilaku makan harus diperhatikan. Perilaku makan dapat berubah karena pendidikan, pengetahuan gizi seimbang, kesehatan dan kemampuan mengakses makanan. Perubahan fisiologis karena penuaan dapat mengubah perilaku makan seseorang. Menurunnya fungsi kerja organ tubuh menyebabkan perubahan dalam pemilihan dan konsumsi makanan. Bila perubahan ini tidak didasari dengan pengetahuan dan sikap positif, maka dapat mengarah pada perilaku makan yang tidak diharapkan sehingga dapat berdampak buruk pada status gizi dan kesehatan lansia.

Semakin meningkatnya jumlah penduduk lansia dengan berbagai masalah gizi dan kesehatan menyebabkan bertambah besarnya kebutuhan akan perawatan

di institusi dan pengawasan yang lebih intensif (Beland, et al, 1999 dalam Nisa 2004). Selain peran keluarga dan masyarakat dalam upaya merawat lansia diperlukan juga peran pemerintah dalam memberikan fasilitas pada lansia yaitu menyediakan tempat perawatan bagi lansia melalui program-program pemerintah yang ada, misalnya posyandu lansia, yang dapat memberikan pelayanan kesehatan seperti pengecekan kesehatan, penyuluhan menu sehat, olahraga lansia di dalam masyarakat sampai ke tingkat kelurahan.

Menurut data Sudikes Jakarta Barat bulan Februari 2011 di Kecamatan Grogol Petamburan terdapat jumlah lansia sebanyak 54.769 jiwa, yaitu 13.9% dari total lansia seluruhnya di Jakarta Barat. Jumlah lansia ini menyebabkan tingginya peluang terjadinya masalah gizi dan berbagai penyakit degeneratif pada lansia di Kecamatan Grogol Petamburan. Berdasarkan data penyakit terbanyak Sudikes Jakarta Barat Tahun 2008 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia menderita penyakit hipertensi (24.3%), jantung (3.3%), dan diabetes mellitus (7%). Posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan merupakan salah satu posyandu lansia kecamatan yang berada di bawah binaan Sudikes Jakarta Barat. Posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan ini dipilih karena memiliki jumlah lansia yang cukup besar dan meningkat dari tahun ke tahun. Selain itu juga memiliki jumlah lansia dengan gizi kurang (5%) dan gizi lebih cukup tinggi (6%) bila dibandingkan dengan 7 kecamatan lain di Jakarta Barat (Sudikes, Jakarta Barat, 2011). Kejadian ini akan menyebabkan meningkatnya angka kesakitan pada lansia di posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk menilai hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan semakin panjangnya usia harapan hidup seseorang maka akan timbul berbagai masalah fisik dan mental yang perlu mendapat perhatian yang serius baik dari aspek kesehatan, gizi maupun sosial. Apabila seseorang berhasil mencapai usia lanjut, maka salah satu upaya utama adalah mempertahankan status gizi pada kondisi yang optimum agar kualitas hidup lansia tetap baik. Masalah

gizi merupakan salah satu masalah kompleks yang sering dialami pada usia lanjut. Gangguan gizi yang dapat muncul pada lansia dapat berbentuk gizi kurang maupun gizi lebih. Gangguan ini dapat menyebabkan munculnya penyakit atau terjadi sebagai akibat adanya penyakit tertentu.

Posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan merupakan salah satu posyandu lansia kecamatan yang berada di bawah binaan Sudinkes Jakarta Barat. Posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan ini dipilih karena memiliki jumlah lansia yang cukup besar yaitu 54.769 jiwa atau sebesar 13.9% dari total lansia seluruhnya di Jakarta Barat. dan jumlah lansia ini meningkat dari tahun ke tahun. Selain itu juga memiliki jumlah lansia dengan gizi kurang (5%) dan gizi lebih cukup tinggi (6%) bila dibandingkan dengan 7 kecamatan lain di Jakarta Barat. Kejadian ini akan menyebabkan meningkatnya angka kesakitan pada lansia di posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk menilai hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka dapat disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut

- a. Bagaimana gambaran status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat?
- b. Bagaimana gambaran riwayat penyakit peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat?
- c. Bagaimana gambaran karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (energi, protein dan lemak) peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat?
- d. Apakah ada hubungan antara riwayat penyakit dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat?
- e. Apakah ada hubungan antara karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang

serta asupan zat gizi makro (energi, protein dan lemak) dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah dapat diperoleh hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- b. Diketuinya gambaran riwayat penyakit peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- c. Diketuinya gambaran karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (energi, protein dan lemak) peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- d. Diketuinya hubungan antara riwayat penyakit dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- e. Diketuinya hubungan antara karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (energi, protein dan lemak) dengan status gizi lansia peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan peneliti dan dapat memberikan informasi bagi peneliti berikutnya yang berminat mengkaji lebih dalam mengenai hubungan

antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat

1.5.2 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian dapat menggambarkan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat sehingga dapat dijadikan pedoman dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang pada lansia.

1.5.3 Bagi Sudinkes Jakarta Barat

Hasil penelitian dapat memberikan gambaran status gizi peserta posyandu lansia dan menjadi sumber data bagi posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan guna meningkatkan kualitas hidup lansia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dua belas posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan, Jakarta Barat karena memiliki jumlah lansia yang cukup besar dan meningkat dari tahun ke tahun. Selain itu juga memiliki jumlah lansia dengan gizi kurang dan gizi lebih cukup tinggi bila dibandingkan dengan 7 kecamatan lain di Jakarta Barat. Penelitian dilakukan selama 2 bulan, yaitu pada bulan Juli dan September 2011 untuk mengetahui hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan data primer, yaitu melakukan penyebaran kuesioner pada lansia dan mewawancarai mereka mengenai konsumsi makanan dalam sehari dengan menggunakan *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) semi kuantitatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh individu atau masyarakat yang merupakan pencerminan hasil keseimbangan antara konsumsi zat gizi dengan kebutuhan tubuh akan zat gizi sesuai dengan jenis kelamin dan usianya (Gibson, 2005). Walaupun kebanyakan lansia mempunyai status gizi yang normal, akan tetapi prevalensi gizi kurang dan gizi lebih semakin meningkat secara signifikan pada lansia. Status gizi lansia dapat dinilai dengan cara-cara yang baku bagi berbagai tahapan umur, yakni penilaian secara langsung dan tidak langsung (Jelliffe, 1966 dalam Supriasa, 2002). Penilaian secara langsung dilakukan melalui pemeriksaan klinik, antropometri biokimia dan biofisik. Sedangkan penilaian secara tidak langsung dapat dibagi tiga, yaitu survey konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.

2.2 Penilaian Status Gizi

Menurut Supriasa (2002), penilaian status gizi dapat digunakan untuk mengetahui manifestasi kesenjangan zat gizi. Penilaian status gizi lansia secara langsung dapat diukur dengan berbagai cara, antara lain

- **Penilaian Antropometri**

Pengukuran antropometri adalah pengukuran variasi berbagai dimensi fisik dan komposisi tubuh secara umum pada berbagai tahapan umur dan derajat kesehatan. Antropometri adalah serangkaian teknik pengukuran dimensi kerangka tubuh manusia secara kuantitatif. Antropometri sering digunakan sebagai perangkat pengukuran antropologi biologi yang bersifat cukup objektif dan terpercaya. Perubahan komposisi tubuh yang terjadi pada pria dan wanita yang bervariasi sesuai tahapan penuaan dapat mempengaruhi antropometri. Pengukuran yang dilakukan meliputi berat badan dan tinggi badan (Fatmah, 2010).

a. Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan parameter penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan saat ini serta menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Akan tetapi pengukuran tinggi badan lansia sangat sulit dilakukan mengingat adanya masalah postur tubuh seperti terjadinya kifosis atau pembengkokan tulang punggung sehingga lansia tidak dapat berdiri tegak. Oleh karena itu, pengukuran tinggi lutut, panjang depa dan tinggi duduk dapat digunakan untuk memperkirakan tinggi badan. Pengukuran tinggi badan dilakukan dengan menggunakan alat *microtoise* dengan ketelitian 0.1 cm. Akan tetapi, pada lansia yang mengalami kelainan tulang dan tidak dapat berdiri, tidak dapat dilakukan pengukuran tinggi badan secara tepat (Fatmah, 2010).

b. Berat Badan

Berat badan adalah variabel antropometri yang sering digunakan dan hasilnya cukup akurat. Berat badan juga merupakan komposit pengukuran ukuran total tubuh. Alat yang digunakan untuk mengukur berat badan adalah timbangan injak digital (*seca*) dengan ketelitian 0.1 kg. Pengukuran berat badan sangat menentukan dalam menilai status gizi seseorang. Berat badan adalah pengukuran kasar terhadap berat jaringan tubuh dan cairan tubuh. Pada serangkaian pengukuran, berat badan dapat dicatat perubahannya. Oleh karena itu, perubahan berat badan dijadikan indikator yang peka dalam penentuan resiko gizi. Meningkatnya berat badan dapat menunjukkan bertambahnya lemak tubuh atau edema dan penurunan berat badan dapat menunjukkan adanya perkembangan penyakit maupun asupan nutrisi yang kurang. Komposisi tubuh dapat berubah meskipun berat badan tetap sedangkan komposisi tubuh lansia ditujukan untuk menentukan massa lemak dan massa bebas lemak (Fatmah, 2010)

c. Index Massa Tubuh (IMT)

Menurut WHO (1985) dalam Supriasa (2002) menyatakan bahwa batasan berat badan normal orang dewasa ditentukan berdasarkan nilai *Body Mass Index* (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT merupakan alat yang sederhana

untuk memantau status gizi orang dewasa termasuk lansia. Untuk mengetahui nilai IMT, dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Pengelompokkan IMT untuk klasifikasi status gizi lansia berdasarkan standar WHO (WHO,1999) dan Departemen Kesehatan RI (Depkes RI, 2005) adalah sebagai berikut

Tabel 2.1

Kategori Status Gizi Lansia Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (WHO, 1999)

IMT		Status Gizi
<20	kg/m ²	Gizi kurang (<i>underweight</i>)
20-25	kg/m ²	Normal
25-30	kg/m ²	Gizi lebih (<i>overweight</i>)
>30	kg/m ²	Obesitas

Tabel 2.2

Kategori Status Gizi Lansia Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (Depkes RI, 2005)

IMT		Status Gizi
<18.5	kg/m ²	Gizi kurang (<i>underweight</i>)
18.5-25	kg/m ²	Normal
>25	kg/m ²	Gizi lebih (<i>overweight</i>)

- Penilaian dietetik

Penilaian dietetik merupakan penilaian yang menggambarkan kualitas dan kuantitas asupan dan pola makan lansia melalui pengumpulan data dalam survey konsumsi makanan. Metode-metode yang umum digunakan dalam pengumpulan data asupan makanan individu terbagi 2, yaitu

- a. Jangka pendek yaitu mengumpulkan informasi data makanan saat ini (*current*). Alat ukurnya adalah *24 hours food recall* dan lebih dari 2 hari (*dietary record*). Ukuran porsi makanan yang dikonsumsi adalah ukuran nyata.

- b. Jangka panjang yaitu mengumpulkan informasi tentang makanan yang biasa dikonsumsi sebulan atau setahun yang lalu. Alat ukurnya berupa *dietary history* atau *food frequency questionnaire* (FFQ). Ukuran porsi makanan yang dikonsumsi adalah ukuran porsi yang umum atau biasa dipakai.

Penggunaan kuesioner frekuensi makanan (*Food Frequency Questionnaire* /FFQ) merupakan salah satu metode penilaian yang cocok untuk lansia. Beberapa FFQ menggunakan ukuran porsi atau disebut semi kuantitatif FFQ untuk estimasi jumlah makanan/nutrien yang dikonsumsi, lalu dikalikan dengan kandungan nutrisi dalam estimasi ukuran porsi. Kuesioner frekuensi terdiri dari dua komponen yaitu daftar bahan makanan atau makanan yang ingin diketahui konsumsinya dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu (hari, minggu, bulan atau tahun). Bahan makanan yang ada dalam daftar kuesioner tersebut adalah bahan makanan yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden (Gibson, 2005).

- **Penilaian Klinis**

Menurut Supriasa (2002), di dalam melakukan pemeriksaan klinik perlu dibedakan tiga kelompok gejala, yaitu tanda-tanda yang dianggap mempunyai nilai dalam pemeriksaan gizi, gejala-gejala yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut, dan gejala-gejala yang tidak berhubungan dengan gizi. Cara pengukuran ini didasarkan pada perubahan-perubahan yang terjadi pada jaringan epitel atau bagian tubuh lain terutama pada mata, kulit dan rambut. Selain itu pengamatan juga dapat dilakukan pada bagian tubuh yang dapat diraba dan dilihat atau bagian tubuh lain yang terletak dekat permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Cara ini relatif murah dan tidak memerlukan peralatan canggih, namun hasilnya sangat subjektif dan memerlukan tenaga terlatih (Fatmah, 2010).

- **Penilaian Biokimia**

Pemeriksaan biokimia dapat dilakukan terhadap berbagai jaringan tubuh, namun yang paling lazim, mudah dan praktis adalah darah dan urin. Penilaian biokimia merupakan cara penilaian yang lebih sensitif dan mampu menggambarkan perubahan status gizi lebih dini pada lansia, seperti

hiperlipidemia, kurang kalori protein dan anemia defisiensi besi (Fe) dan asam folat. Plasma dan serum memberikan gambaran hasil masukan jangka pendek sedangkan cadangan dalam jaringan menggambarkan status gizi dalam waktu lama (Fatmah, 2010).

2.3 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Lansia

2.3.1. Usia

Menurut Fatmah (2010), seiring pertambahan usia, kebutuhan zat gizi karbohidrat dan lemak menurun sedangkan kebutuhan protein, vitamin dan mineral meningkat karena ketiganya berfungsi sebagai antioksidan untuk melindungi sel-sel tubuh dari radikal bebas. Selain itu, dengan bertambahnya usia dapat mengakibatkan menurunnya kemampuan lansia untuk mencerna dan mengabsorpsi makanan yang dikonsumsi, seperti menurunnya kepekaan daya pengecap, berkurangnya saliva dan kondisi gigi geligi sehingga jumlah zat gizi yang dikonsumsi menjadi berkurang. Persentase lemak tubuh biasanya meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Penelitian yang dilakukan Garrow (2000), menyatakan prevalensi kegemukan pada pria dengan IMT >30 akan terus meningkat sampai umur 45 tahun sedangkan pada wanita sampai umur 65 tahun.

2.3.2 Jenis kelamin

Berdasarkan BPS (2009), jika dilihat dari jenis kelamin, jumlah lansia perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Kontribusi penduduk perempuan dalam populasi penduduk lansia lebih tinggi dari penduduk laki-laki disebabkan karena usia harapan hidup perempuan umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki. Namun demikian, dengan semakin meningkatnya usia harapan hidup pada lansia perempuan maka resiko terjangkit penyakit juga lebih tinggi.

Pada lansia terjadi perubahan komposisi tubuh yaitu pada laki-laki massa otot menurun, sedangkan pada perempuan massa lemak meningkat yang menyebabkan terjadinya penurunan *Basal Metabolism Rate* (BMR). Selain itu terjadi penurunan aktifitas fisik pada lansia dibandingkan pada usia muda. Lansia

wanita lebih banyak memerlukan kalori, protein dan lemak dibandingkan lansia pria. Hal ini disebabkan karena perbedaan tingkat aktivitas fisik (Fatmah, 2010).

2.3.3 Pendidikan

Menurut Notoadmodjo (2003), pendidikan merupakan salah satu sarana untuk meningkatkan kecerdasan dan keterampilan seseorang sehingga sumber daya manusia yang berkualitas dapat terbentuk. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan, wawasan, jenis pekerjaan/pendapatan dan pandangan hidupnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap pola perilaku kehidupan dan aktivitas sehari-hari, termasuk, pola makan dalam arti pentingnya makanan bergizi yang harus dikonsumsi, cara pandang terhadap hidup sehat dan akses terhadap pelayanan kesehatan.. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat sosial ekonomi akan semakin membaik. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka dapat mempengaruhi status gizinya dikarenakan ketidaktahuan konsumsi zat gizi dalam makanan.

Bila dilihat dari segi pendidikan lansia, hasil susenas 2009 menunjukkan pendidikan penduduk lansia relatif masih rendah. Rendahnya pendidikan penduduk lansia tersebut memperlihatkan kualitas SDM lansia secara umum masih rendah. Keterbatasan fasilitas, sarana dan prasarana pendidikan akibat sisa-sisa penjajahan pada masa kemerdekaan menjadi salah satu faktor penyebab tingkat pendidikan lansia yang masih sangat rendah.

2.3.4 Pekerjaan

Menurut BPS (2009), kondisi fisik penduduk usia lanjut umumnya sudah banyak mengalami penurunan, sehingga tergolong penduduk yang sudah tidak produktif lagi. Secara normatif, penduduk lanjut usia merupakan kelompok penduduk yang seyogyanya tinggal menikmati hasil dari segenap upaya dan jerih payahnya semasa muda. Sebagian besar penduduk lanjut usia termasuk penduduk yang tidak mempunyai jaminan pendapatan dihari tuanya. Meskipun penduduk lanjut usia dianggap oleh sebagian orang sebagai kelompok penduduk yang sudah tidak produktif lagi, namun masih banyak penduduk lanjut usia yang masih bekerja. Mayoritas penduduk lanjut usia yang bekerja adalah lansia laki-laki,

sedangkan perempuan lebih banyak yang mengurus rumah tangga. Penduduk lanjut usia lebih banyak bekerja disektor pertanian. Tingginya persentase lansia yang bekerja di sector pertanian antara lain terkait dengan tingkat pendidikan penduduk lansia yang pada umumnya masih rendah.

2.3.5 Riwayat Penyakit

Penyebab utama kematian bukan lagi penyakit-penyakit infeksi tetapi telah beralih ke penyakit-penyakit degeneratif. Usia lanjut merupakan usia saat resiko terkena penyakit degeneratif paling besar selama daur kehidupan. Jika seorang lansia memiliki penyakit degeneratif, maka asupan gizinya sangat penting untuk diperhatikan, serta disesuaikan dengan ketersediaan dan kebutuhan zat gizi dalam tubuh lansia. Riwayat penyakit yang pernah dialami oleh lansia akan berdampak pada konsumsi dan penyerapan zat gizi makanan (Fatmah, 2010).

Menurut Depkes, RI (2003), kecukupan gizi pada lanjut usia dihitung secara individu, karena pada umumnya usia lanjut cenderung mengalami penyakit degeneratif seperti jantung, hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan sebagainya. Proses penuaan sangat mempengaruhi kemunduran sel dalam tubuh (termasuk sel otak), sehingga pada lanjut usia sering terjadi demensia atau pikun. Faktor tersebut sering dipicu oleh kegemukan atau obesitas walaupun tidak jarang ditemui usia lanjut dengan kondisi kurang gizi atau kurang energi protein yang kronis (KEK) serta anemia yang umumnya disertai dengan penyakit infeksi kronis seperti radang paru, TBC, infeksi usus dan kanker. Semua keadaan tersebut memerlukan diet khusus untuk mencegah komplikasi seperti terjadinya stroke yang dapat menyebabkan kematian. Sehingga untuk usia lanjut yang menderita penyakit, kebutuhan zat gizi harus dihitung.

2.3.6 Pengetahuan Gizi seimbang

Menurut Notoadmodjo (2003), Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan gizi merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat kembali kandungan gizi makanan, sumber serta kegunaan zat gizi tersebut di dalam tubuh. Pengetahuan gizi dapat diperoleh seseorang melalui

pendidikan formal maupun informal. Pengetahuan gizi akan berpengaruh terhadap pola konsumsi pangan. Semakin banyak pengetahuan tentang gizi maka semakin beragam pula jenis makanan yang dikonsumsi sehingga dapat memenuhi kecukupan gizi dan mempertahankan kesehatan individu (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan gizi mencakup proses kognitif yang dibutuhkan untuk menggabungkan informasi gizi dengan perilaku makan agar struktur pengetahuan yang baik tentang gizi dapat dikembangkan (Sapp & Hellen, 1997 dalam Patriasih, 2005). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Penelitian Roger (1974) dalam Notoadmodjo (2003) mengungkapkan terbentuknya suatu tindakan seseorang dimulai dari domain kognitif, yaitu subjek mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu. Sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut. Kemudian memunculkan respon sehingga subjek mulai tertarik kepada stimulus dalam bentuk sikap, seperti menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Akhirnya rangsangan tersebut menimbulkan respon lebih jauh berupa perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.3.7 Sikap Gizi Seimbang

Menurut Notoadmodjo (2003), Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb dalam Notoadmodjo (2003), salah seorang ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Menurut Khumaidi (1994) dalam Patriasih (2005), sikap seseorang terhadap makanan dapat bernilai positif atau negatif. Sikap ini dipengaruhi oleh pelajaran dan pengalaman yang diperoleh pada masa sebelumnya. Rakhmat (1999) dalam Patriasih (2005) menyatakan sikap bukanlah tingkah laku tetapi merupakan kecenderungan seseorang untuk merasa, berfikir bertindak dengan cara-cara tertentu terhadap objek sikap baik berupa benda, orang, kelompok, situasi atau gagasan. Sikap menentukan apakah seseorang harus setuju atau tidak

setuju terhadap sesuatu, menentukan apa yang disukai, diharapkan dan diinginkan. Sikap tidak dapat diamati secara langsung tetapi bisa dilihat dari konsistensi tingkah laku yang dapat diamati. Sikap positif akan menumbuhkan perilaku positif dan sebaliknya sikap negatif akan menumbuhkan perilaku negatif pula seperti menolak, menjauhi dan meninggalkan.

2.3.8 Perilaku Gizi Seimbang

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat (Blum, 1974 dalam Notoadmojo, 2003). Menurut Notoadmojo (2003), perilaku bila dilihat dari segi biologis dapat diartikan sebagai semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Skinner (1938) dalam Notoadmojo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku makan atau perilaku gizi seimbang (*nutritional behavior*) merupakan respon seseorang terhadap makanan yang merupakan kebutuhan utama bagi kehidupan untuk memenuhi gizi seimbang. Perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap dan praktek seseorang terhadap makanan, pengelolaan makanan serta unsur gizi yang terkandung didalamnya (Notoadmojo, 2003). Riyadi (1996) dalam Patriasih (2005) menyatakan bahwa perilaku makan dari suatu masyarakat tidak pernah statis dan dapat berubah karena pendidikan, pengetahuan tentang gizi dan kesehatan serta kemampuan dalam mengakses makanan.

2.3.9 Konsumsi makanan

Proses menua terjadi sejak usia muda dan sangat individual serta berbeda perkembangannya bagi setiap individu, namun proses tersebut dapat diperlambat apabila sejak usia muda telah menjaga status gizi dan kesehatannya. Untuk mencapai kondisi tersebut diperlukan makanan yang mengandung nilai gizi cukup dan seimbang serta mengikuti pola hidup sehat.. Konsumsi makanan yang cukup dan seimbang akan bermanfaat bagi lansia untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan penyakit degeneratif serta kemungkinan kurang gizi. Angka

kecukupan Gizi (AKG) setiap individu berbeda sesuai kondisi masing-masing yang pada umumnya dihitung berdasarkan kebutuhan kalori atau energi.

a. Energi

Menurut Widya Karya Pangan Gizi (WKPG) tahun 2004, secara umum kecukupan gizi yang dianjurkan untuk usia lanjut (>65 tahun) pada laki-laki adalah 2050 kalori dan pada wanita adalah 1600 kalori. Kebutuhan energi pada usia lanjut menurun sehubungan dengan penurunan metabolisme basal. Kebutuhan kalori akan menurun sekitar 5% pada usia 40-49 tahun dan 10% pada usia 50-69 tahun (Depkes, RI, 2003).

b. Protein

Kecukupan protein sehari yang dianjurkan pada usia lanjut adalah sekitar 0.8 gram/kgBB atau 15-25% dari kebutuhan energi. Konsumsi protein berlebihan dapat membebani faal ginjal sehingga tidak dianjurkan untuk usia lanjut. Jika terdapat kondisi gizi buruk atau penyembuhan dari sakit, maka konsumsi protein dapat dinaikkan sampai 1.2 gram-1.8 gram/kgBB sehari. Lansia dianjurkan memenuhi kebutuhan protein terutama dari protein nabati dan hewani dengan perbandingan 2:1. Jumlah protein yang diperlukan untuk laki-laki usia lanjut adalah 60 gram/hari dan wanita 50 gram/hari yang terdiri dari 15 % protein ikan, 10% protein hewani lain dan 75% protein nabati (Depkes RI, 2003).

c. Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga selain hidrat arang. Lemak dibutuhkan juga untuk membantu penyerapan vitamin A,D,E dan K serta menambah lezatnya hidangan. Lemak berlebih disimpan dalam tubuh sebagai cadangan tenaga dan bila berlebihan akan ditimbun sebagai lemak tubuh (sel lemak). Kebutuhan lemak untuk usia lanjut lebih sedikit karena akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, pada usia lanjut dianjurkan konsumsi lemak tidak lebih 20% dari kebutuhan energi dan menggunakan minyak nabati karena mengandung asam lemak tak jenuh (Kurniasih, Dedeh dkk., 2010). Lemak jenuh dan kolesterol hanya terdapat pada bahan makanan hewani terutama kambing, sapi, kerbau dan ayam. Ikan banyak mengandung asam lemak tak jenuh sehingga usia lanjut

dianjurkan untuk mengkonsumsi ikan karena dapat menurunkan resiko menderita penyakit jantung dibandingkan mengkonsumsi sumber protein hewan yang lain.

Tabel 2.3
Angka Kecukupan Gizi (WKPG, 2004)

Kelompok Umur (Tahun)	Energi (Kkal)		Protein (g)	
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
30-49	2350	1800	60	50
50-64	2250	1750	60	50
65+	2050	1600	60	50

Sumber LIPI, *Prosiding Angka Kecukupan Gizi dan Pelabelan Gizi, 2004*

2.4 Lanjut Usia

2.4.1 Definisi

Menjadi tua (menua) merupakan suatu proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri secara perlahan-lahan dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo, Boedhi dan Hadi Martono. 2006). Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu. Lansia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Fatmah, 2010).

Pengertian lansia dibedakan atas dua macam, yaitu lansia kronologis (kalender) dan lansia biologis. Lansia kronologis mudah diketahui dan dihitung sedangkan lansia biologis berpatokan pada keadaan jaringan tubuh. Individu yang berusia muda tetapi secara biologis dapat tergolong lansia jika dilihat dari keadaan jaringan tubuhnya (Fatmah, 2010).

2.4.2 Penggolongan lansia

Lansia adalah mereka yang telah berusia 65 tahun ke atas. Durmin (1992) dalam Arisman (2008) membagi lansia menjadi *young elderly* (65-75 tahun) dan *older elderly* (75 tahun). Sementara Munro dkk, (1987) dalam Arisman (2008) mengelompokkan *older elderly* ke dalam 2 bagian, yaitu usia 75-84 tahun dan 85 tahun. Di Indonesia, M. Alwi Dahlan dalam Arisman (2008) menyatakan bahwa orang dikatakan lansia jika telah berumur di atas 60 tahun. Jika mengacu pada usia pensiunan, lansia adalah mereka yang telah berusia di atas 56 tahun. Menurut WHO dalam Fatmah (2010), lansia dikelompokkan menjadi 4 kelompok, antara lain

- a. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu usia 45-59 tahun
- b. Lansia (*elderly*) yaitu usia 60-74 tahun
- c. Lansia tua (*old*) yaitu usia 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) yaitu usia diatas 90 tahun

Sedangkan Departemen Kesehatan RI (2006) dalam Fatmah (2010) memberikan batasan Lansia, yaitu

- Virilitas (*prasenium*) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun)
- Usia lanjut dini (*senescen*) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (usia 60-64 tahun)
- Lansia beresiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif yaitu usia diatas 65 tahun

2.4.3 Masalah gizi pada Lansia

Masalah gizi usia lanjut merupakan rangkaian proses masalah gizi sejak usia muda yang manifestasinya timbul setelah tua. Masalah gizi yang dapat muncul pada usia lanjut dapat berbentuk gizi kurang maupun gizi lebih. Boedhi-Darmoyo (2006) melaporkan bahwa lansia di Indonesia yang dalam keadaan kurang gizi ada 3.4%, berat badan kurang sebesar 28,3%, berat badan ideal berjumlah 42.4%, berat badan lebih ada 6.7% dan obesitas sebanyak 3.4%. Gangguan ini dapat menyebabkan munculnya penyakit atau terjadi sebagai akibat adanya penyakit tertentu seperti jantung koroner, diabetes mellitus, hipertensi,

kanker dan sebagainya. Namun demikian masalah kurang gizi juga banyak terjadi pada usia lanjut seperti kurang energi protein yang kronis (KEK), anemia dan kekurangan zat gizi mikro lain. Oleh karena itu langkah pertama yang harus dilakukan adalah menentukan terlebih dahulu ada tidaknya gangguan gizi, mengevaluasi faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan gizi serta merencanakan bagaimana gangguan gizi tersebut dapat diperbaiki.

2.4.3.1 Gizi lebih

Kegemukan atau gizi lebih merupakan masalah gizi yang umum terjadi pada lansia. Keadaan ini disebabkan karena pola konsumsi yang berlebihan, banyak mengandung lemak, protein dan karbohidrat yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Kegemukan ini biasanya terjadi sejak usia muda bahkan sejak anak-anak (Depkes RI, 2003). Seseorang yang sejak kecil sudah gemuk mempunyai banyak sel lemak yang bilamana konsumsi meningkat cenderung sel lemak itu diisi kembali sehingga mudah menjadi gemuk. Proses metabolisme yang menurun pada usia lanjut, bila tidak diimbangi dengan peningkatan aktivitas fisik atau penurunan jumlah makanan, sehingga kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang mengakibatkan kegemukan.

Pada lansia terdapat kenaikan lemak tubuh dan menurunnya jaringan otot dengan bertambahnya usia, sehingga berat badan secara keseluruhan dapat dipertahankan stabil dari dewasa muda sampai tua. Tetapi apabila seseorang mempunyai berat badan 20% di atas normal maka dia termasuk kegemukan. Orang yang gemuk mempunyai resiko sakit dan meninggal lebih tinggi karena erat hubungannya dengan penyakit jantung koroner, hipertensi, sakit ginjal dan diabetes mellitus. Berbagai faktor yang berperan terhadap kejadian gizi lebih pada lansia karena penurunan laju metabolik dan menurunnya aktivitas akibat proses penuaan dan karena persediaan bahan makanan, pengetahuan gizi yang kurang, keterampilan dalam mempersiapkan makanan, hidup sendiri, depresi kecemasan, kepercayaan yang keliru terhadap makanan dan adanya makanan-makanan kesukaan.

Kelebihan gizi pada lansia biasanya berhubungan dengan gaya hidup pada usia sekitar 50 tahun. Dengan kondisi ekonomi yang membaik dan tersedianya

berbagai makanan siap saji yang enak dan kaya energi. Utamanya dari sumber lemak, terjadi asupan makan dan zat-zat gizi melebihi kebutuhan tubuh. Keadaan kelebihan gizi yang dimulai pada awal usia 50 tahunan ini akan membawa lansia pada keadaan obesitas dan dapat pula disertai dengan munculnya berbagai penyakit metabolisme seperti diabetes mellitus dan dislipidemia. Penyakit-penyakit tersebut akan memerlukan pengelolaan dietetic khusus yang mungkin harus dijalani sepanjang usia yang masih tersisa.

2.4.3.2 Gizi kurang

Kekurangan gizi pada lansia yang ditandai dengan penurunan berat badan yang drastis terjadi akibat kurangnya nafsu makan (*anoreksia*) yang berkepanjangan. Pada lansia, kulit dan jaringan ikat mulai keriput sehingga terlihat makin kurus. Pada penderita Kurang Energi Kronis (KEK), disamping karena kurangnya karbohidrat, lemak dan protein sebagai zat gizi makro, biasanya juga disertai kekurangan zat gizi mikro yang lain, seperti kekurangan mineral dan vitamin terutama defisiensi besi, kurang Vitamin A, Vitamin B1, Asam Folat, Vitamin B12, kalsium dan Vitamin D, seng, Vitamin C, Vitamin E, Magnesium, dan kurang serat sebagai akibat asupan makanan yang kurang (Depkes RI, 2003)

Penyebab Kurang Energi Kronis (KEK) pada usia lanjut antara lain pengetahuan yang kurang, makan tidak enak karena berkurangnya fungsi alat perasa dan penciuman, banyak gigi yang tanggal/ompong sehingga untuk makan terasa sakit, nafsu makan berkurang karena kurang aktivitas, kesepian, depresi, penyakit kronis, efek samping dari obat, alkohol dan rokok. Penderita dengan penyakit infeksi kronis dan keganasan berat badannya juga menurun, misalnya pada penderita TBC dan Kanker. Seorang dikatakan menderita KEK apabila IMT < 17, selain itu dari pemeriksaan klinis dapat terlihat bahwa orang tersebut sangat kurus dan tulang-tulangnya menonjol.

2.5 Pedoman Gizi Seimbang

Menurut Kurniasih, Dedeh dkk, (2010), Slogan 4 Sehat 5 Sempurna (4S5S) dipopulerkan oleh Prof. Poerwo Soedarmo, Bapak Gizi Indonesia, pada tahun 1950-an. Aslinya diciptakan pada tahun 1940-an di AS (USA) oleh

Departemen Pertanian (USDA), dengan sebutan yang terus berganti-ganti. Mula-mula disebut pedoman *Basic Seven* karena makanan dibagi dalam tujuh kelompok. Kemudian menjadi *Basic Five*, karena dari tujuh kelompok makanan digabung-gabung menjadi lima kelompok. Namun, sejak tahun 1990-an, pedoman tersebut dianggap tidak lagi sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi gizi. Hal ini juga sesuai dengan adanya perubahan pedoman *Basic Four* di Amerika Serikat, yang merupakan acuan awal 4S5S pada masa itu, menjadi *Nutritional Guide for Balance Diet* atau disebut dengan Pedoman Gizi Seimbang (PGS).

Pada konferensi pangan sedunia tahun 1992 di Roma dan Genewa, yang diadakan oleh FAO, antara lain ditetapkan agar semua Negara berkembang yang semula menggunakan pedoman sejenis *Basic Four* memperbaiki menjadi *Nutrition Guide for Balance Diet*. Indonesia menerapkan keputusan FAO tersebut dalam kebijakan Repelita V tahun 1995 sebagai PGS dan menjadi bagian dari program perbaikan gizi. Namun, PGS kurang disosialisasikan sehingga terjadi pemahaman yang salah dan masyarakat cenderung tetap menggunakan 4S5S. baru pada tahun 2009 secara resmi PGS diterima oleh masyarakat, sesuai dengan Undang-Undang kesehatan No.36 Tahun 2009 yang menyebutkan secara eksplisit Gizi Seimbang dalam program perbaikan gizi (Kurniasih, Dedeh dkk., 2010).

2.5.1 Konsep Dasar Gizi Seimbang

Menurut Depkes RI (2002), gizi berasal dari bahasa arab “Al Gizzai” yang artinya makanan dan manfaatnya untuk kesehatan. Al Gizzai juga dapat diartikan sebagai sari makanan yang bermanfaat untuk kesehatan. Ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari cara memberikan makanan yang sebaik-baiknya agar tubuh selalu dalam kesehatan optimal. Untuk hidup dan meningkatkan kualitas hidup, setiap orang memerlukan zat gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan tidak kekurangan. Selain itu juga memerlukan air dan serat untuk memperlancar berbagai proses faali dalam tubuh.

Secara alami, komposisi zat gizi setiap jenis makanan memiliki keunggulan dan kelemahan tertentu. Apabila konsumsi makanan sehari-hari

kurang beranekaragam, maka akan timbul ketidakseimbangan antara masukan dan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk hidup sehat dan produktif. Dengan mengkonsumsi makanan sehari-hari yang beranekaragam, kekurangan zat gizi pada jenis makanan yang satu akan dilengkapi oleh keunggulan susunan zat gizi jenis makanan lain, sehingga diperoleh masukan zat gizi yang seimbang.

Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman atau variasi makanan, aktivitas fisik, kebersihan dan berat badan ideal. Prinsip gizi seimbang ini divisualisasi dalam bentuk kerucut (tumpeng) dengan nampannya yang disebut sebagai Tumpeng Gizi Seimbang (TGS) untuk membantu setiap orang memilih makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat sesuai dengan berbagai kebutuhan menurut usia dan sesuai keadaan kesehatan (Kurniasih, Dedeh dkk. 2010).



Gambar 2.1. Logo Pedoman Gizi Seimbang

2.5.2 Pesan Dasar Gizi Seimbang

Menurut Depkes, RI (2002), upaya menanggulangi masalah gizi ganda, yaitu gizi kurang dan gizi lebih adalah membiasakan mengkonsumsi hidangan sehari-hari dengan susunan zat gizi seimbang. Dalam pedoman gizi seimbang

terdapat 13 pesan yang perlu diperhatikan, yaitu (1) makanlah aneka ragam makanan, (2) makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi, (3) makanlah makanan sumber karbohidrat setengah dari kebutuhan energi, (4) batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energi, (5) gunakan garam beryodium, (6) makanlah makanan sumber zat besi, (7) berikan ASI saja pada bayi sampai umur 6 bulan dan tambahkan MP-ASI sesudahnya, (8) bisakan makan pagi, (9) minumlah air bersih yang aman dan cukup jumlahnya, (10) lakukan aktivitas fisik secara teratur, (11) hindari minum minuman beralkohol, (12) makanlah makanan yang aman bagi kesehatan, (13) bacalah label pada makanan yang dikemas.

Berdasarkan Depkes RI (2003), Pesan gizi seimbang untuk usia lanjut adalah sebagai berikut

1. Makanlah aneka ragam makanan

Makan makanan yang beranekaragam sangat bermanfaat bagi kesehatan. Makanan yang beranekaragam yaitu makanan yang mengandung unsur-unsur zat gizi yang diperlukan tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya atau disebut sebagai triguna makanan, yaitu makanan yang mengandung zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur. Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari-hari yang dikonsumsi, minimal berasal dari satu jenis makanan sumber zat tenaga, satu jenis makanan sumber zat pembangun dan satu jenis makanan sumber zat pengatur.

Makanan sumber zat tenaga dapat menunjang aktivitas sehari-hari. Yang termasuk makanan sumber zat tenaga antara lain beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti dan mie. Minyak, margarin dan santan yang mengandung lemak juga dapat menghasilkan tenaga. Zat pembangun berperan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari bahan makanan nabati adalah kacang-kacangan, tempe, tahu. Sedangkan yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu serta hasil olahannya. Makanan sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan. Makanan ini mengandung berbagai vitamin dan mineral yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ tubuh.

2. Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi

Kebutuhan energi dapat dipenuhi dengan mengonsumsi makanan sumber karbohidrat, protein dan lemak. Kecukupan masukan energi bagi seseorang ditandai oleh berat badan yang normal. Konsumsi energi yang melebihi kecukupan akan disimpan sebagai cadangan di dalam tubuh berbentuk lemak atau jaringan lain. Apabila keadaan ini berlanjut akan menyebabkan kegemukan disertai berbagai gangguan kesehatan, seperti tekanan darah tinggi, jantung dan diabetes mellitus. Sedangkan jika konsumsi energi kurang maka cadangan energi dalam tubuh yang berada dalam jaringan otot/lemak akan digunakan untuk menutupi kekurangan tersebut. Kekurangan energi yang berlangsung lama pada seseorang akan mengakibatkan penurunan berat badan dan kekurangan zat gizi lain. Penurunan berat badan yang berlanjut akan menyebabkan keadaan gizi kurang. Sehingga akan berdampak mudah terkena penyakit infeksi.

Konsumsi gula sebaiknya dibatasi sampai 5% dari jumlah kecukupan energi atau sekitar 3-4 sendok makan tiap hari. Konsumsi gula yang berlebihan akan menyebabkan konsumsi energi yang berlebih dan disimpan dalam jaringan tubuh/lemak. Apabila hal ini berlangsung lama dapat mengakibatkan kegemukan.

3. Batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energi

Di tinjau dari kemudahan proses pencernaan, lemak terbagi 3 golongan, yaitu lemak yang mengandung asam lemak tak jenuh ganda (paling mudah dicerna), lemak yang mengandung asam lemak tak jenuh tunggal (mudah dicerna) dan lemak yang mengandung asam lemak jenuh (sulit dicerna). Makanan yang mengandung asam lemak tak jenuh ganda dan tak jenuh tunggal umumnya berasal dari makanan nabati, kecuali minyak kelapa. Sedangkan makanan sumber asam lemak jenuh umumnya berasal dari hewani.

Lemak dan minyak yang terdapat di dalam makanan berguna untuk meningkatkan jumlah energi, membantu penyerapan vitamin A, D, E dan K serta menambah lezatnya hidangan. Konsumsi lemak dan minyak paling sedikit 10% dari kebutuhan energi. Tiap gram lemak menghasilkan 9 kilo kalori. Jika

seseorang mengonsumsi lemak dan minyak secara berlebihan akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah arteri dan penyakit jantung koroner. Selain itu akan mengurangi konsumsi makanan lain. Akibatnya, kebutuhan zat gizi yang lain tidak terpenuhi. Hal ini dikarenakan lemak berpotensi tinggi kalori dan relatif lama berada dalam sistem pencernaan dibandingkan protein dan karbohidrat, sehingga lemak menimbulkan rasa kenyang yang lebih lama. Dianjurkan, konsumsi lemak dan minyak dalam makanan sehari-hari tidak lebih dari 20% dari kebutuhan energi.

4. Makanlah makanan sumber zat besi

Zat besi adalah salah satu unsur penting dalam proses pembentukan sel darah merah. Kekurangan zat besi dalam makanan sehari-hari dapat menimbulkan penyakit anemia atau penyakit kurang darah. Sumber utama zat besi adalah bahan pangan hewani dan kacang-kacangan serta sayuran berwarna hijau tua. Kesulitan utama untuk memenuhi kebutuhan Fe adalah rendahnya tingkat penyerapan zat besi di dalam tubuh, terutama sumber zat besi nabati hanya diserap 1-2%. Sedangkan tingkat penyerapan zat besi makanan asal hewani dapat mencapai 10-20%. Hal ini berarti bahwa zat besi Fe pangan asal hewani (heme) lebih mudah diserap daripada zat besi pangan asal nabati (non heme). Keanekaragaman konsumsi makanan berperan penting dalam membantu meningkatkan penyerapan Fe di dalam tubuh. Kehadiran protein hewani seperti daging, ikan dan telur, vitamin C, vitamin A, Zink (Zn), asam folat, zat gizi mikro lain dapat meningkatkan penyerapan zat besi dalam tubuh.

5. Biasakan makan pagi

Makan pagi atau sarapan sangat bermanfaat bagi setiap orang. Kebiasaan makan pagi dapat memenuhi kecukupan gizi sehari sehingga dapat memelihara ketahanan fisik, meningkatkan produktivitas kerja dan mempertahankan daya tahan saat bekerja. Seseorang yang tidak makan pagi memiliki resiko menderita gangguan kesehatan berupa menurunnya kadar gula darah antara lain lemah, keringat dingin dan pingsan. Jenis hidangan untuk makan pagi dapat dipilih dan

disusun sesuai dengan keadaan. Namun akan lebih baik bila terdiri dari makanan sumber zat tenaga, sumber zat pembangun dan sumber zat pengatur.

6. Minumlah air bersih yang aman dan cukup jumlahnya

Fungsi air dalam tubuh adalah melancarkan transportasi zat gizi dalam tubuh, mengatur keseimbangan cairan dan garam mineral dalam tubuh, mengatur suhu tubuh serta melancarkan proses buang air besar dan kecil. Cairan yang dikonsumsi sekurang-kurangnya dua liter atau setara dengan delapan gelas setiap hari. Selain itu mengkonsumsi cukup cairan dapat mencegah dehidrasi atau kekurangan cairan tubuh dan dapat menurunkan resiko penyakit batu ginjal. Air minum yang dikonsumsi harus bersih, aman dan bebas dari kuman. Mengonsumsi cairan yang tidak terjamin keamanannya dapat menimbulkan gangguan kesehatan seperti diare dan keracunan berbagai senyawa kimia yang terdapat pada air

7. Lakukan aktivitas fisik secara teratur

Aktivitas fisik dapat meningkatkan kebugaran, mencegah kelebihan berat badan, meningkatkan fungsi jantung, paru dan otot serta memperlambat proses penuaan. Aktivitas fisik dapat berupa olahraga yang teratur. Jenis dan takaran olahraga berbeda menurut usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan kondisi kesehatan.

8. Hindari minum-minuman beralkohol

Alkohol hanya mengandung energi tetapi tidak mengandung zat gizi lain. Kebiasaan minum minuman beralkohol dapat mengakibatkan terhambatnya proses penyerapan zat gizi, hilangnya zat-zat gizi yang penting, kurang gizi, penyakit gangguan hati, kerusakan saraf otak dan jaringan.

BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL,
DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Teori

Menurut Darmojo (2006), perubahan status gizi pada lansia dipengaruhi oleh karakteristik individu, pengetahuan, faktor lingkungan, gaya hidup, pola konsumsi dan kondisi kesehatan. Karakteristik individu meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Gaya hidup berupa aktivitas fisik dan kebiasaan merokok. Sedangkan Faktor lingkungan meliputi perubahan kondisi sosial ekonomi, dan isolasi sosial. Teori yang dikemukakan oleh Darmojo (2006) tersebut digambarkan dalam gambar sebagai berikut



Sumber: Darmojo(2006)

Gambar 3.1 Kerangka Teori

3.2 Kerangka Konsep

Pada penelitian ini penulis ingin mengetahui hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain yang berhubungan dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat. Pada penelitian ini penulis meneliti karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan), Pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang, riwayat penyakit serta pola konsumsi (asupan total energi, protein dan lemak). Dimana semua variabel tersebut menjadi variabel independen sedangkan variabel dependen yaitu status gizi lansia.

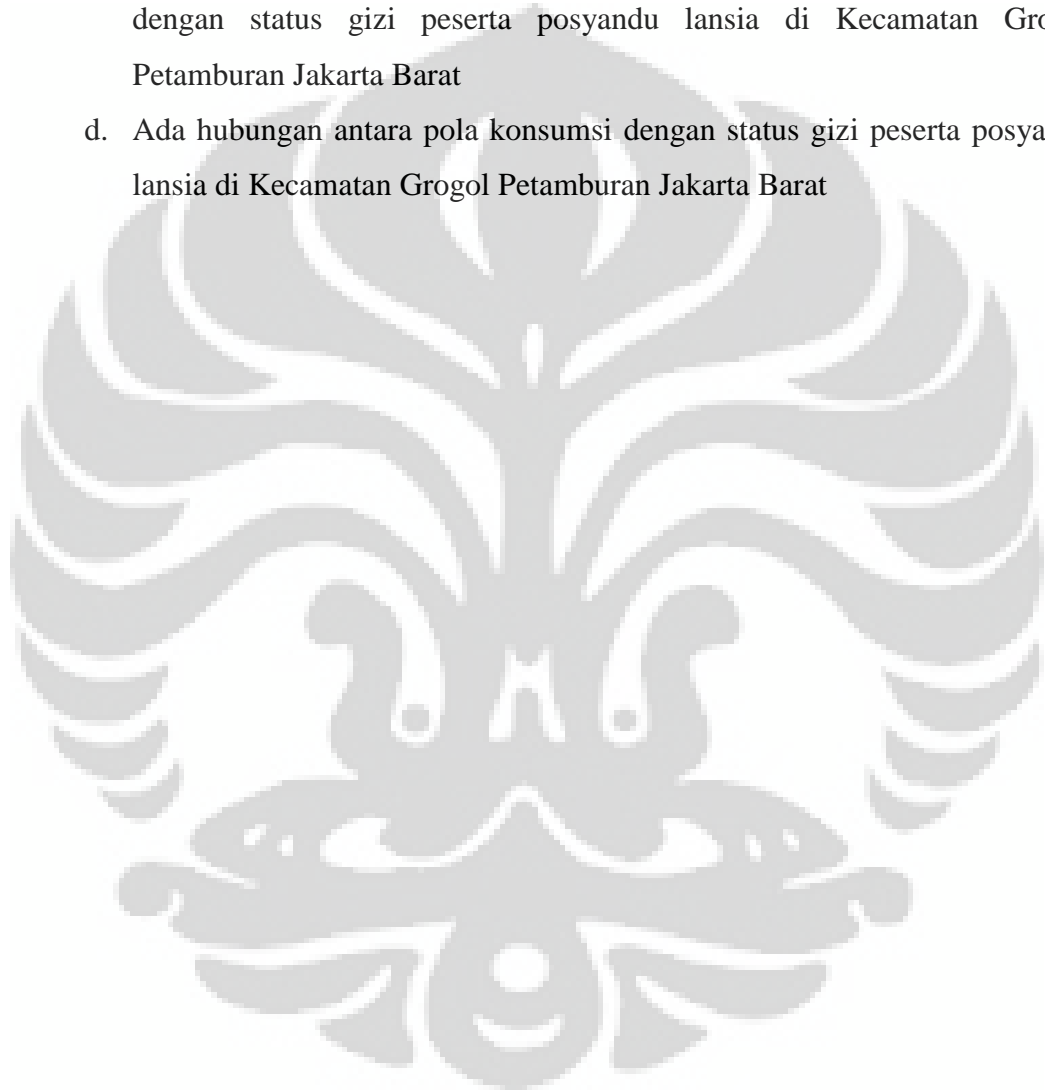
Banyak faktor yang berhubungan dengan status gizi lansia. Karena berbagai keterbatasan yang dimiliki maka variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang ada dalam kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep dari penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

3.3 Hipotesis

- a. Ada hubungan antara riwayat penyakit dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- b. Ada hubungan antara karakteristik individu dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- c. Ada hubungan antara pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat
- d. Ada hubungan antara pola konsumsi dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat



3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur	Referensi
Status gizi	Keadaan gizi seseorang sebagai gambaran konsumsi gizi serta penggunaannya oleh tubuh yang dihitung menurut IMT, yaitu membagi berat badan (Kg) dengan kuadrat tinggi badan (m^2)	Menimbang BB dan TB	Timbangan seca untuk menimbang berat badan, <i>microtoise</i> untuk mengukur tinggi badan.	1. Gizi kurang ($<18.5 \text{ kg/m}^2$) 2. Normal ($18.5-25 \text{ kg/m}^2$) 3. Gizi lebih ($>25 \text{ kg/m}^2$)	Ordinal	Depkes, 2003
Usia	Lama hidup responden dari lahir hingga saat penelitian	Kuesioner (soal no 3 bagian I karakteristik responden)	Angket	1. Pra lansia 45-59 tahun 2. Lansia >60 tahun	Ordinal	Depkes, 2003
Jenis Kelamin	Karakteristik biologis yang dilihat dari penampilan luar	Kuesioner (soal no 2 bagian I karakteristik responden)	Angket	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal	Nasution, 2002

Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan oleh responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Kuesioner (soal no 7 bagian I karakteristik responden)	Angket	1. Rendah (< SMP) 2. Tinggi (>SMA)	Ordinal	UU. Diknas No. 82 Tahun 2004 dalam Simanjuntak, 2010
Pekerjaan	Kegiatan utama yang dilakukan responden dan mendapat penghasilan atas kegiatan tersebut serta masih dilakukan pada saat di wawancarai	Kuesioner (soal no 8 bagian I karakteristik responden)	Angket	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Ordinal	Simanjuntak, 2010
Riwayat penyakit	Keterangan tentang penyakit degeneratif yang diderita responden dalam enam bulan terakhir sebelum wawancara dilakukan	Kuesioner (soal no 9 bagian I karakteristik responden)	Angket	1. Ya 2. Tidak	Ordinal	Simanjuntak, 2010

Pengetahuan Gizi Seimbang	Jawaban responden yang menggambarkan apa yang diketahui tentang gizi seimbang	Kuesioner (soal no 1-15 bagian III tentang pengetahuan gizi)	Angket	1. Baik \geq median 2. Kurang $<$ median	Ordinal	Novitasari, 2009
Sikap Gizi Seimbang	Tingkat pemahaman yang dimiliki oleh responden tentang gizi seimbang	Kuesioner (soal no 1-15 bagian IV tentang sikap)	Angket	1. Baik \geq median 2. Kurang $<$ median	Ordinal	Novitasari, 2009
Perilaku Gizi Seimbang	Tindakan yang biasa dilakukan lansia yang berhubungan dengan gizi seimbang	Kuesioner (soal no 1-8 bagian V tentang perilaku)	Angket	1. Baik \geq median 2. Kurang $<$ median	Ordinal	Novitasari, 2009
Asupan energi	Jumlah energi yang dikonsumsi responden dari makanan sehari-hari dalam satuan Kkal menggunakan FFQ semi kuantitatif	Kuesioner (form FFQ semi kuantitatif bagian VI tentang konsumsi makanan)	Angket	1. Cukup \geq 80 % 2. Kurang $<$ 80 %	Ordinal	WKPG, 2004 dalam Simanjuntak, 2010

Asupan protein	Jumlah protein yang dikonsumsi responden dari makanan sehari-hari dalam satuan gram menggunakan FFQ semi kuantitatif	Kuesioner (form FFQ semi kuantitatif bagian VI tentang konsumsi makanan)	Angket	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cukup $\geq 80\%$ 2. Kurang $< 80\%$ 	Ordinal	WKPG, 2004 dalam Simanjuntak, 2010
Asupan lemak	Jumlah lemak yang dikonsumsi responden dari makanan sehari-hari dalam satuan gram menggunakan FFQ semi kuantitatif	Kuesioner (form FFQ semi kuantitatif bagian VI tentang konsumsi makanan)	Angket	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cukup $\leq 20\%$ 2. Lebih $> 20\%$ 	Ordinal	Kurniasih, Dedeh dkk, 2010

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen diamati pada saat yang bersamaan dan satu kali saja untuk tiap responden sehingga tidak memerlukan waktu yang lama dan biaya yang terlalu besar sehingga dapat diketahui hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat, yang dilakukan pada bulan Juli dan september 2011.

4.3 Populasi dan sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang menjadi peserta Posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011.

4.3.2 Sampel

Sampel dalam populasi ini adalah seluruh lansia yang aktif menjadi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan tahun 2011, dapat berdiri tegak dan bersedia mengikuti penelitian. Sampel diambil dengan kriteria umur 48-79 tahun yang menetap di 5 kelurahan Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat.

Pengambilan sampel dilakukan dengan rumus uji hipotesis untuk dua proporsi populasi. Rumus yang digunakan (Lemeshow, 1997 dalam Ariawan, Iwan, 1998).

$$n = \frac{\{Z_{\alpha/2} \cdot \sqrt{2[P(1-P)]} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada 2 sisi (2 tail) yaitu sebesar 5% ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$)

$Z_{1-\beta}$ = Nilai z pada kekuatan uji (power test) $1-\beta$ yaitu 90% ($Z_{1-\beta} = 1.28$)

P_1 = Proporsi umur lansia <60 tahun terhadap status gizi lebih = 84.5% (Mardiyanty, 2004)

P_2 = Proporsi umur lansia >60 tahun terhadap status gizi lebih = 64.2% (Mardiyanty, 2004)

Berdasarkan perhitungan, diperoleh nilai $n = 78$ sehingga sampel minimal yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 78 responden. Saat dilapangan, peneliti memberikan angket kepada 134 responden yang berasal dari dua belas posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan. Namun setelah dilakukan pengumpulan kembali kuesioner ternyata hanya 112 kuesioner yang layak untuk diikuti sertakan dalam penelitian lebih lanjut. Maka total sampel dalam penelitian ini sebanyak 112 responden.

4.3.3 Cara Pengambilan sampel

Cara pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan ciri-ciri, sifat atau karakteristik tertentu sesuai dengan tujuan penelitian (Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2002). Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat karena belum pernah dilakukan penelitian yang sama dengan studi yang dilakukan peneliti dan berdasarkan data dari Sudinkes Jakarta Barat jumlah lansia di Kecamatan Grogol Petamburan cukup besar. Selain itu jumlah lansia yang mengalami gizi kurang dan gizi lebih masih cukup tinggi. Demikian pula lansia yang menderita penyakit degeneratif juga menduduki urutan cukup besar dibandingkan dengan Kecamatan lain di Jakarta Barat.

Peneliti mengambil dua belas posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan karena

- a. Posyandu lansia Restu Ibu yang ada di kelurahan Jelambar bergabung dengan posyandu lansia Melati Satria.
- b. Jadwal kegiatan seluruh posyandu lansia di Kelurahan Tanjung Duren Selatan bersamaan sehingga peneliti hanya dapat mengambil sampel di dua posyandu yang ada di Kelurahan Tanjung Duren Selatan karena keterbatasan waktu penelitian.
- c. Terdapat dua posyandu lansia di kelurahan Tanjung Duren Utara yang jadwal kegiatan posyandunya bersamaan dengan posyandu lansia yang ada di kelurahan Grogol.

Berikut adalah rincian jumlah responden peserta posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan.

Tabel 4.1
Rincian Jumlah Responden Posyandu Lansia Kecamatan Grogol Petamburan

No	Kelurahan	Total posyandu	Jumlah posyandu lansia yang terlibat penelitian	Jumlah total peserta yang datang	Jumlah responden yang ikut penelitian
1	Grogol	2	2	19	18
2	Jelambar	5	4	70	51
3	Jelambar Baru	1	1	7	7
4	Tanjung Duren Selatan	6	2	14	14
5	Tanjung Duren Utara	5	3	24	22
Total		19	12	134	112

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber data

Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Cara pengambilan data primer melalui pengisian kuesioner langsung oleh lansia. Data primer meliputi :

- a. Data karakteristik responden, yaitu nama responden, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan riwayat penyakit
- b. Antropometri, yaitu berat badan (BB), Tinggi Badan (TB), Indeks Massa Tubuh (IMT)

- c. Konsumsi makanan, yaitu *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) semi kuantitatif

Data sekunder meliputi gambaran umum Kecamatan Grogol Petamburan

4.4.2 Instrumen

Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner yang disebarakan kepada peserta posyandu lansia dan dikumpulkan pada saat itu juga. Kuesioner ini berupa pengumpulan data tentang karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit, antropometri, pengetahuan, sikap dan perilaku tentang gizi seimbang. Serta pola konsumsi makanan berupa *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) semi kuantitatif.

4.4.3 Cara pengumpulan data

Data primer yaitu data karakteristik lansia meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit, pengetahuan, sikap dan perilaku tentang gizi seimbang diperoleh dengan cara membagikan kuesioner kepada lansia yang menjadi peserta posyandu lansia. Data konsumsi makanan berupa *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) semi kuantitatif didapat dengan cara wawancara lansia. Pengukuran antropometri dilakukan dengan menimbang berat badan dan tinggi badan. Alat yang digunakan untuk menimbang berat badan adalah *seca*, sedangkan tinggi badan dengan menggunakan *microtoise*. Status gizi dinyatakan dalam bentuk Indeks Massa Tubuh (IMT) yang diperoleh dari perbandingan antara berat badan (Kg) dibagi tinggi badan (m^2). Pada saat mengambil data, penulis dibantu oleh dua orang enumerator yang berasal dari mahasiswa Ekstensi Gizi Kesehatan Masyarakat yang sebelumnya sudah diberi pengarahan dan persamaan persepsi. Sedangkan data sekunder didapatkan dari data yang ada di lapangan mengenai gambaran Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat.

4.4.4 Pengolahan Data

Setelah Proses pengumpulan data selesai selanjutnya akan dilakukan pengolahan data dan analisis data melalui tahapan sebagai berikut:

a. Editing

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan dan memastikan data yang telah terkumpul apakah sudah benar, jelas terbaca, relevan, dan konsisten. Sehingga mengurangi terjadinya kesalahan dalam pengisian dari setiap angket

b. Coding

Pada tahap ini dilakukan pemberian kode terhadap setiap jawaban dalam bentuk angka/bilangan. Hal ini bertujuan untuk mempermudah dalam analisis data dan mempercepat proses entry data.

- Status gizi

Status gizi terbagi dalam 3 kategori berdasarkan pengelompokan Depkes RI 2003, yaitu

1. Gizi kurang ($<18,5 \text{ kg/m}^2$)
2. Normal (IMT $18.5-25 \text{ kg/m}^2$)
3. Gizi lebih (IMT $>25 \text{ kg/m}^2$)

- Usia

Usia responden dikelompokkan berdasarkan 2 kategori kelompok umur, yaitu

1. Pra lansia (45-59 tahun)
2. Lansia (>60 tahun)

- Jenis kelamin

Jenis kelamin terbagi menjadi 2, yaitu

1. Laki-laki
2. Perempuan

- Pendidikan

Pendidikan lansia yang dijadikan responden dibagi menjadi dua kelompok tingkat pendidikan yaitu tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah/SD/SMP) dan tingkat pendidikan tinggi (SMA/Perguruan Tinggi). Pengelompokan ini didasarkan atas program wajib belajar sembilan tahun yaitu sampai tingkat SMP sesuai program pemerintah

1. Rendah ($<\text{SMP}$)
2. Tinggi ($>\text{SMA}$)

- Pekerjaan

Pekerjaan responden dibagi menjadi 2 kategori, yaitu

1. Bekerja
2. Tidak bekerja

- Riwayat penyakit

Riwayat penyakit reponden dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu

1. Ada
2. Tidak Ada

- Pengetahuan gizi seimbang

Untuk mendapatkan gambaran pengetahuan gizi seimbang, maka setiap pertanyaan diberi skor 0 untuk jawaban yang salah dan skor 1 untuk jawaban yang benar. Total skor maksimal 15. Kemudian dianalisis dengan dibagi menjadi dua kategori berdasarkan nilai median karena distribusi data tidak normal, yaitu

1. Baik (\geq median)
2. Kurang ($<$ median)

- Sikap gizi seimbang

Untuk mendapatkan gambaran sikap gizi seimbang, maka dibuat pilihan jawaban sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS). Setiap pertanyaan diberi skor berdasarkan modifikasi dari *Rosenberg scale* yaitu positif memperoleh skor 4 untuk SS, 3 untuk S, 2 untuk TS dan 1 untuk STS. Total skor maksimal 60. Kemudian data dianalisis dengan dibagi menjadi dua kategori berdasarkan nilai median karena distribusi data tidak normal, yaitu

1. Baik (\geq median)
2. Kurang ($<$ median)

- Perilaku gizi seimbang

Untuk mendapatkan gambaran perilaku gizi seimbang, maka setiap pertanyaan diberi skor 0 untuk jawaban yang salah dan skor 1 untuk jawaban yang benar. Total skor maksimal 8. Kemudian data dianalisis dengan dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan nilai median karena distribusi data tidak normal, yaitu

1. Baik (\geq median)
 2. Kurang ($<$ median)
- Asupan energi
Asupan energi dikelompokkan berdasarkan WKPG 2004. Kemudian data dianalisis dengan dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan kecukupan AKG
 1. Cukup $\geq 80\%$
 2. Kurang $<80\%$
 - Asupan protein
Asupan protein dikelompokkan berdasarkan WKPG 2004. Kemudian data dianalisis dengan dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan kecukupan AKG
 1. Cukup $\geq 80\%$
 2. Kurang $<80\%$
 - Asupan lemak
Asupan Lemak dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan anjuran asupan lemak (Kurniasih, Dedeh dkk. 2010), yaitu
 1. Cukup $\leq 20\%$ dari Total energi
 2. Lebih $> 20\%$ dari total energi
- c. Entri data
Pada tahap ini dilakukan pemrosesan terhadap data sehingga dapat dianalisis dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program melalui bantuan komputer.
- d. Cleaning
Pada tahap ini dilakukan pengecekan ulang data yang telah dimasukkan agar tidak terjadi kesalahan yaitu dengan mengetahui missing data, variasi data dan konsistensi data

4.5 Analisa Data

4.5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran distribusi responden. Analisis ini digunakan untuk mendapatkan gambaran masing-masing variabel yang meliputi karakteristik demografi lansia (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), riwayat penyakit, pengetahuan, sikap, dan perilaku

gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (energi, protein dan lemak). Data ditampilkan dalam bentuk distribusi (persebaran) frekuensi. Setelah dianalisis tabel frekuensi selanjutnya dilakukan interpretasi secara deskriptif.

4.5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dalam analisis ini menggunakan uji statistik *chi square* dengan derajat kemaknaan sebesar α 0.05 (5%) karena variabel independen dan dependennya termasuk dalam jenis variabel kategorik. Adapun rumus *chi-square* sebagai berikut

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$Df = (b-1)(k-1)$$

Keterangan:

X^2 = Statistik *Chi-square* pada $df = (b-1)(k-1)$

O = Nilai hasil pengamatan (*observed*)

E = Nilai yang diharapkan (*expected*)

D = Jumlah baris

K = Jumlah kolom

Derajat kepercayaan (*Convidence Interval/CI*) = 95%

Tingkat kemaknaan (α) = 5% atau 0.05

Keputusan uji statistik dalam uji *chi square* adalah bila $p < 0.05$ maka keputusan uji statistik signifikan, yaitu adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Sedangkan bila $p > 0,05$ berarti tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Letak dan Keadaan Geografis

Kecamatan Grogol Petamburan merupakan salah satu dari delapan kecamatan yang terdapat di Jakarta Barat dan di bawah binaan Sudinkes Jakarta Barat. Kecamatan Grogol Petamburan terdiri dari tujuh kelurahan, yaitu Kelurahan Wijaya Kusuma, Grogol, Jelambar, Jelambar Baru, Tanjung Duren Utara (TDU), Tanjung Duren Selatan (TDS) dan Tomang. Letak geografisnya yaitu diantara $106^{\circ}48'BT$ – $60^{\circ}12'LS$ dengan ketinggian mencapai 7 meter dari permukaan laut dan keadaan medan atau *contour* yang bervariasi dan landai. Luas wilayah Kecamatan Grogol Petamburan mencapai 9.9 Km^2 atau 8.93% dari total wilayah Jakarta Barat.

Batas wilayah Kecamatan Grogol Petamburan sebagai berikut

Sebelah utara	: Kecamatan Cengkareng dan Tambora
Sebelah selatan	: Kecamatan Palmerah
Sebelah timur	: Kecamatan Gambir Jakarta Pusat
Sebelah barat	: Kecamatan Kebon Jeruk

5.1.2 Keadaan Demografis

Kecamatan Grogol Petamburan terdiri dari 73 Rukun Warga (RW), 863 Rukun Tetangga (RT) dan 55.993 Kepala Keluarga (KK) dengan kepadatan penduduk sebesar 16.311 jiwa/km^2 . Jumlah penduduk di Kecamatan Grogol Petamburan berjumlah 309.515 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 155.481 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 154.034 jiwa. Jumlah penduduk di Kecamatan Grogol Petamburan menurut kelompok umur dan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1

Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

Kelompok Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
0-4	13415	11501	24916
5-9	12464	12917	25381
10-14	12020	12184	24204
15-19	13698	15427	29125
20-24	16871	19931	36802
25-29	17382	19420	36802
30-34	17244	14309	31553
35-39	13307	11702	25009
40-44	10225	10729	20954
45-49	8622	8216	16838
50-54	7231	6838	14069
55-59	4539	4220	8759
60-64	4191	2896	7087
65-69	4272	3744	8016

(Sumber: Sudinkes Jakarta Barat, 2011)

5.1.3 Fasilitas Kesehatan

Salah satu bentuk kepedulian pemerintah terhadap kesehatan lansia adalah melalui pembentukan karang werdha, posyandu lansia dan posbindu lansia yang digerakkan sepenuhnya oleh kader. Kader melaksanakan kegiatan posyandu lansia dibantu oleh petugas puskesmas. Pembinaan lansia di Kecamatan Grogol Petamburan dilakukan melalui kelompok lansia, posyandu lansia, keluarga dengan lansia, pusaka dan panti werdha. Jenis pembinaan lansia di Kecamatan Grogol Petamburan dapat dilihat pada tabel 5.2. Jenis kegiatan lansia yang dilakukan di wilayah ini adalah senam, penyuluhan, pelayanan kesehatan, pembinaan mental, rekreasi dan peningkatan wawasan. Penyakit terbanyak yang diderita lansia di Kecamatan Grogol Petamburan dapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5.2

Jumlah Pembinaan Lansia di Kecamatan Grogol Petamburan

No.	Kelurahan	Jumlah Kelompok Lansia	Jumlah Posyandu Lansia	Jumlah Pusaka	Jumlah Panti Wredha	Keluarga dengan lansia
1.	Grogol	0	2	0	0	0
2.	Jelambar	0	5	0	1	0
3.	Jelambar Baru	0	1	0	0	0
4.	Tomang	0	0	1	0	0
5.	TDU	0	5	0	0	0
6.	TDS	0	6	0	0	0
7.	Wijaya Kusuma	1	0	0	1	0
Total		1	19	1	2	0

(Sumber: Sudinkes Jakarta Barat, 2011)

Tabel 5.3

Data Penyakit Terbanyak di Wilayah Kecamatan Grogol Petamburan

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Hipertensi	617
2	Jantung	84
3	Diabetes Melitus	133
4	Gizi lebih	148
5	Gizi kurang	56

(Sumber: Sudinkes Jakarta Barat, Juni 2011)

5.2 Analisis Univariat

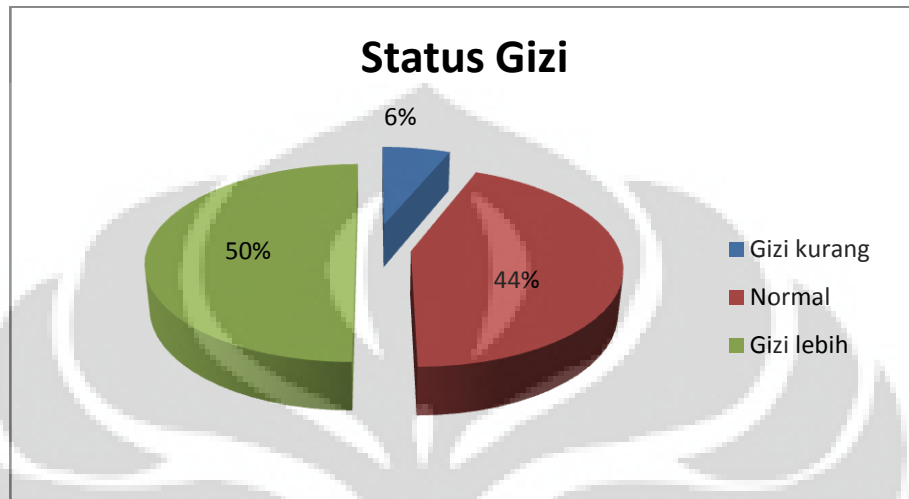
Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran sebaran frekuensi variabel pada lansia sebanyak 112 orang. Variabel univariat meliputi gambaran status gizi, riwayat penyakit, karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan), pengetahuan gizi seimbang, sikap gizi seimbang, perilaku gizi seimbang dan asupan zat gizi makro. Variabel tersebut masing-masing digambarkan secara berturut-turut sebagai berikut

5.2.1. Gambaran Status Gizi

Status gizi lansia dapat dipantau dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT). Dari hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata IMT lansia di

Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat adalah 24.92 ± 3.92 dengan IMT terendah sebesar 13.37 dan tertinggi sebesar 37.52.

Grafik 5.1
Distribusi Status Gizi Lansia menurut IMT



Dari grafik diatas terlihat bahwa lebih dari separuh responden memiliki status gizi lebih (50%). Namun hanya sebagian kecil saja yang memiliki status gizi kurang (6.3%).

5.2.2 Gambaran Karakteristik Demografi Lansia

Gambaran karakteristik demografi yang diteliti meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Adapun gambaran karakteristik demografi responden dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Gambaran Karakteristik Demografi Lansia

Variabel	n	%
<u>Umur</u>		
Pra lansia (45-59 tahun)	33	29.5
Lansia (>60 tahun)	79	70.5
<u>Jenis Kelamin</u>		
Laki-Laki	33	29.5
Perempuan	79	70.5
<u>Pendidikan</u>		
Tinggi	63	56.3
Rendah	49	43.8
<u>Status pekerjaan</u>		
Bekerja	8	7.1
Tidak Bekerja	104	92.9

5.2.2.1 Distribusi frekuensi umur

Umur lansia yang dijadikan responden dibagi menjadi dua kelompok umur yaitu pra lansia (45-59 tahun) dan lansia (>60 tahun). Terlihat pada tabel 5.4 terdapat penyebaran frekuensi umur responden yang paling banyak terdapat pada kelompok umur lansia (>60 tahun) sebanyak 70.5%. Sedangkan kelompok umur pra lansia sebanyak 29.5%.

5.2.2.2 Jenis Kelamin Responden

Dari 112 responden dalam penelitian ini, didapatkan proporsi jenis kelamin terbanyak yaitu pada perempuan sebanyak 70.5% dan sisanya laki-laki sebanyak 29.5%. Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa penduduk lansia perempuan mempunyai persentase lebih besar daripada penduduk lansia laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

5.2.2.3 Pendidikan Responden

Pendidikan lansia yang dijadikan responden dibagi menjadi dua kelompok tingkat pendidikan yaitu tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah/SD/SMP) dan tingkat pendidikan tinggi (SMA/Perguruan Tinggi). Pengelompokan ini

didasarkan atas program wajib belajar sembilan tahun yaitu sampai tingkat SMP sesuai program pemerintah. Berdasarkan tabel 5.4 maka diketahui bahwa jumlah responden dengan tingkat pendidikan tinggi lebih besar yaitu sebanyak 56.3%. Sedangkan responden dengan tingkat pendidikan rendah terdapat 43.8%.

5.2.2.4 Status Pekerjaan Responden

Kategori status pekerjaan dibagi menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Berdasarkan tabel 5.4, maka didapatkan hasil bahwa jumlah responden yang tidak bekerja lebih besar yaitu sebanyak 92.9%, baik karena sudah pensiun maupun sebagai ibu rumah tangga. Sedangkan responden yang bekerja sebanyak 7.1%, baik sebagai PNS, karyawan swasta, pedagang, atau guru.

5.2.3 Gambaran Riwayat Penyakit

Kategori riwayat penyakit dibagi menjadi dua yaitu ada (memiliki penyakit degeneratif) dan tidak ada (tidak memiliki penyakit degeneratif). Gambaran riwayat penyakit dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Distribusi Riwayat Penyakit Lansia

Variabel	n	%
<u>Riwayat Penyakit</u>		
Ada	32	28.6
Tidak Ada	80	71.4

Berdasarkan tabel 5.5, maka didapatkan hasil bahwa jumlah responden yang tidak memiliki penyakit selama 6 bulan terakhir lebih besar yaitu sebanyak 71.4% dibandingkan dengan responden yang tidak menderita penyakit. Penyakit-penyakit yang diderita responden antara lain dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Jenis Penyakit Responden

Jenis Penyakit	n	%
Tidak ada penyakit	80	71.4
Ada penyakit:		
• Hipertensi	15	13.4
• Diabetes Mellitus	10	8.9
• Jantung	6	5.4
• Kanker	1	0.9
Total	112	100

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa responden yang memiliki penyakit hipertensi lebih banyak yaitu sebesar 13.4%. Hal ini sesuai dengan data dari Sudinkes Jakarta Barat yang menyatakan bahwa di Kecamatan Grogol Petamburan data penyakit terbanyak adalah hipertensi.

5.2.4 Gambaran Pengetahuan, Sikap dan perilaku Gizi Seimbang

Pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang dibagi menjadi dua kategori, yaitu baik dan kurang berdasarkan nilai median. Gambaran pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Gizi Seimbang

Variabel	n	%
<u>Pengetahuan Gizi Seimbang</u>		
Baik	66	58.49
kurang	46	41.1
<u>Sikap Gizi Seimbang</u>		
Baik	56	50
kurang	56	50
<u>Perilaku Gizi Seimbang</u>		
Baik	69	61.6
kurang	43	38.4

5.2.4.1 Gambaran Pengetahuan Gizi Seimbang

Pengetahuan gizi seimbang responden dibagi menjadi 2 kategori yaitu baik bila median ≥ 9.00 dan kurang bila < 9.00 . berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa

pengetahuan gizi seimbang yang baik terdapat sebanyak 58.49%. Sedangkan responden yang pengetahuan gizi seimbangnya kurang terdapat sebanyak 41.1%. Jumlah responden yang menjawab benar dari setiap pertanyaan variabel pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Jumlah Nilai Hasil Pengetahuan

No	Variabel Pengetahuan dalam Kuesioner	Yang Menjawab Benar	
		n	%
1	Pengertian gizi seimbang	75	67
2	Konsep gizi seimbang	68	60.7
3	Sumber energy utama	52	46.4
4	Sumber protein	84	75
5	Zat gizi pencegah anemia	54	48.2
6	Makanan sumber zat besi	51	45.5
7	Anjuran gizi lansia	63	56.3
8	Label makanan	87	77.7
9	Manfaat sarapan	76	67.9
10	Syarat garam	103	92
11	Tips konsumsi garam	99	88.4
12	Manfaat pola makan beragam	78	69.6
13	Jumlah konsumsi air putih	60	53.6
14	Saran olahraga bagi lansia	31	27.7
15	Kebutuhan tidur lansia	40	35.7

Berdasarkan tabel di atas dapat terlihat bahwa responden yang menjawab benar dari setiap pertanyaan yang paling banyak terdapat pada pertanyaan mengenai syarat garam yang baik yaitu sebesar 92% sedangkan responden yang menjawab salah dari setiap pertanyaan yang paling banyak terdapat pada pertanyaan mengenai saran yang dianjurkan bagi lansia dalam melakukan berolahraga, yaitu sebesar 27.7%. Hal ini dikarenakan kebanyakan responden belum mengetahui anjuran yang baik dalam melakukan berolahraga.

5.2.4.2 Sikap Gizi Seimbang

Sikap gizi seimbang responden dibagi menjadi 2 kategori yaitu baik bila median ≥ 45.50 dan kurang bila < 45.50 . Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa sikap gizi seimbang yang baik dan sikap gizi seimbang yang kurang adalah seimbang yaitu sebanyak 50%.

Tabel 5.9
Jumlah Nilai Sikap

No	Variabel sikap dalam Kuesioner	STS		TS		S		SS		Tidak menjawab	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Makanan beraneka ragam	1	0.9	28	25	48	42.9	35	31.3	0	0
2	Makanan dikukus	0	0	1	0.9	62	55.4	49	43.8	0	0
3	Kebutuhan energi selain karbohidrat	1	0.9	7	6.3	79	70.5	23	20.5	2	1.8
4	Konsumsi gula/hari	2	1.8	46	41.1	51	45.5	12	10.7	1	0.9
5	Gula merah lebih baik dari gula pasir	0	0	5	4.5	86	76.8	20	17.9	1	0.9
6	Membatasi konsumsi makanan berlemak	0	0	5	4.5	57	50.9	50	44.6	0	0
7	Mengurangi makanan asin	0	0	5	4.5	66	58.9	41	36.6	0	0
8	Tekanan darah normal	0	0	4	3.6	75	67.0	32	28.6	1	0.9
9	Lansia perlu zat besi	1	0.9	4	3.6	75	67.0	31	27.7	1	0.9
10	Sarapan penting untuk kesehatan	0	0	2	1.8	78	69.6	31	27.7	1	0.9
11	minum air putih mencegah dehidrasi	3	2.7	10	8.9	59	52.7	39	34.8	1	0.9
12	Aktifitas fisik jalan kaki 30 menit/hari	0	0	0	0	82	73.2	29	25.9	1	0.9
13	Lansia memantau BB tiap bulan	0	0	3	2.7	82	73.2	26	23.2	1	0.9
14	Kebutuhan tidur lansia 6 jam/hari	0	0	20	17.9	71	63.4	19	17.0	2	1.8
15	Penting membaca label makanan	0	0	2	1.8	71	63.4	38	33.9	1	0.9

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa responden yang sudah bersikap baik dalam menerapkan gizi seimbang yaitu berupa melakukan aktifitas fisik dan memantau berat badan setiap bulan yaitu sebesar 73.2%.

5.2.4.3 Perilaku Gizi Seimbang

Pengelompokkan perilaku gizi seimbang pada responden dibagi menjadi 2 kategori yaitu baik bila median ≥ 7.00 dan kurang bila median < 7.00 . Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa perilaku gizi seimbang yang baik terdapat sebanyak 61.6%. sedangkan perilaku gizi seimbang yang kurang terdapat sebanyak 38.4%.

Tabel 5.10
Jumlah Nilai Perilaku

No	Variabel Perilaku dalam Kuesioner	Yang Berperilaku Baik	
		n	%
1	Kebiasaan sarapan	101	90.2
2	Kebiasaan olahraga	99	88.4
3	Frekuensi olahraga	94	83.9
4	Membatasi konsumsi minyak	86	76.8
5	Membatasi konsumsi garam	89	79.5
6	Membatasi konsumsi gula	91	81.3
7	Lama tidur dalam sehari	50	44.6
8	Konsumsi air putih	98	87.5

Berdasarkan tabel di atas dapat terlihat bahwa responden yang sudah berperilaku baik yaitu dalam hal kebiasaan sarapan, yaitu sebanyak 90.2%. sedangkan reponden yang masih berperilaku kurang yaitu dalam hal lamanya waktu tidur, yaitu sebanyak 44.6%. Hal ini dikarenakan responden mudah terjaga sehingga kebutuhan tidur yang cukup tidak terpenuhi.

5.2.5 Gambaran Asupan Zat Gizi Makro

Gambaran asupan zat gizi makro yang diteliti meliputi asupan energi, protein dan lemak. Adapun gambaran karakteristik demografi responden dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11
Gambaran Asupan Zat Gizi Makro

Variabel	n	%
<u>Asupan Energi</u>		
Cukup	7	6.3
Kurang	105	93.8
<u>Asupan protein</u>		
Cukup	52	46.4
Kurang	60	53.6
<u>Asupan Lemak</u>		
Cukup	98	87.5
Lebih	14	12.5

5.2.5.1 Asupan Total Energi

Asupan total energi dibagi menjadi dua kategori, yaitu cukup dan kurang berdasarkan nilai angka kecukupan gizi (AKG). Kategori cukup bila $AKG \geq 80\%$ sedangkan kategori kurang bila $AKG < 80\%$. Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa total asupan energi yang kurang lebih banyak yaitu sebesar 93.8% dibandingkan asupan energi yang cukup. Dari hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata asupan energi responden yaitu sebesar 54.93 kkal dengan asupan energi terendah sebesar 19.45 kkal dan tertinggi sebesar 108.46 kkal.

5.2.5.2. Asupan Protein

Asupan protein dibagi menjadi dua kategori, yaitu cukup dan kurang berdasarkan nilai angka kecukupan gizi (AKG). Kategori cukup bila $AKG \geq 80\%$ sedangkan kategori kurang bila $AKG < 80\%$. Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa asupan protein yang kurang lebih banyak dibandingkan dengan asupan protein yang cukup, yaitu sebesar 53.6%. Dari hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata asupan protein responden yaitu sebesar 85.32 g dengan asupan protein terendah sebesar 23.8 g dan tertinggi sebesar 222.2 kkal.

5.2.5.3 Asupan Lemak

Asupan lemak dibagi menjadi dua kategori, yaitu cukup dan lebih berdasarkan nilai Angka Kecukupan Gizi (AKG). Kategori cukup bila $AKG \leq 20\%$ sedangkan kategori lebih bila $AKG > 20\%$. Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa asupan lemak yang cukup lebih banyak dibandingkan dengan asupan lemak yang berlebihan, yaitu sebesar 87.5%. Dari hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata asupan lemak responden yaitu sebesar 25.89 g dengan asupan lemak terendah sebesar 4.1 g dan tertinggi sebesar 61.3 g.

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas, yaitu karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan status pekerjaan), riwayat penyakit dan pengetahuan gizi seimbang, sikap gizi seimbang, perilaku gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (asupan total energi, protein

dan lemak) dengan variabel terikat yaitu status gizi berdasarkan IMT. Uji statistik yang digunakan yaitu uji *chi square*.

5.3.1 Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Status Gizi

Hubungan karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan) dengan status gizi berdasarkan IMT dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.12
Hubungan Karakteristik Demografi dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Variabel	Status gizi berdasarkan IMT						Total	P value	
	Gizi kurang		Gizi normal		Gizi lebih				
	n	%	n	%	n	%	n		%
<u>Umur</u>									
Pra lansia (45-59 tahun)	1	3.0	13	39.4	19	57.6	33	29.5	0.469
Lansia (>60 tahun)	6	7.6	36	45.6	37	46.8	79	70.5	
<u>Jenis Kelamin</u>									
Laki-laki	3	9.1	17	51.5	13	39.4	33	29.5	0.316
Perempuan	4	5.1	32	40.5	43	54.4	79	70.5	
<u>Pendidikan</u>									
Tinggi	3	4.8	21	51.5	32	50.8	63	56.3	0.762
Rendah	4	8.2	28	40.5	24	49.0	49	43.8	
<u>Status Pekerjaan</u>									
Bekerja	0	0	3	37.5	5	62.5	8	7.1	0.643
Tidak bekerja	7	6.7	46	44.2	51	49	104	92.9	

5.3.1.1 Hubungan Umur Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan bahwa kelompok umur dengan status gizi lebih terdapat pada kelompok umur pra lansia, yaitu sebesar 57.6% sedangkan kelompok umur dengan status gizi kurang terdapat pada kelompok umur lansia, yaitu sebesar 7.6. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.469 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.1.2 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan status gizi lebih terbanyak pada perempuan, yaitu sebesar 54.4% dan status gizi kurang terbanyak terdapat pada laki-laki, yaitu sebanyak 5.1%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.316 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.1.3 Hubungan Pendidikan Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan status gizi lebih terdapat dalam jumlah banyak pada kelompok tingkat pendidikan tinggi (>SMA) yaitu sebanyak 50.8%. Sedangkan status gizi kurang yang lebih banyak terdapat pada kelompok tingkat pendidikan rendah (<SMP) yaitu sebanyak 8.2%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.762 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.1.4 Hubungan Status Pekerjaan Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan bahwa status gizi lebih terdapat pada responden yang masih bekerja, yaitu sebesar 62.5% sedangkan status gizi kurang terbanyak pada responden yang sudah tidak bekerja, yaitu sebesar 6.7%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.643 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.2 Hubungan Riwayat Penyakit Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hubungan riwayat penyakit dengan status gizi berdasarkan IMT dapat dilihat pada tabel 5.13

Tabel 5.13

Hubungan Riwayat Penyakit Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Variabel	Status gizi berdasarkan IMT						Total	P value	
	Gizi kurang		Gizi normal		Gizi lebih				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<u>Riwayat Penyakit</u>									
Ada	1	3.1	9	28.1	22	68.8	32	28.6	0.042*
Tidak ada	6	7.5	40	50.0	34	42.5	80	71.4	

Keterangan: * Ada hubungan bermakna antara variable independen dengan dependen

Hasil penelitian didapatkan status gizi lebih terdapat dalam jumlah banyak pada responden yang memiliki riwayat penyakit dalam enam bulan terakhir, yaitu sebanyak 68.8%. Responden dengan status gizi kurang terdapat dalam jumlah banyak pada responden yang tidak memiliki penyakit selama enam bulan terakhir, yaitu sebanyak 7.5%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.042 berarti ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.3 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Gizi Seimbang Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14

Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Variabel	Status gizi berdasarkan IMT						Total		P value
	Gizi kurang		Gizi normal		Gizi lebih		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<u>Pengetahuan Gizi Seimbang</u>									
Baik	2	3.0	33	50.0	31	47.0	66	58.4	0.111
Kurang	5	10.9	16	34.8	25	54.3	46	41.1	
<u>Sikap Gizi Seimbang</u>									
Baik	4	7.1	24	42.9	28	50.0	56	50	0.922
Kurang	3	5.4	25	44.6	28	50.0	56	50	
<u>Perilaku Gizi Seimbang</u>									
Baik	4	5.8	34	49.3	31	44.9	69	61.6	0.327
Kurang	3	7.0	15	34.9	25	58.1	43	38.4	

5.3.3.1 Hubungan Pengetahuan Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang memiliki status gizi lebih terbanyak pada responden yang pengetahuan gizi seimbangnya kurang, yaitu sebesar 54.3%. Sedangkan responden yang memiliki status gizi kurang terbanyak pada responden yang pengetahuan gizi seimbangnya juga kurang, yaitu sebesar 10.9%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.111 berarti tidak ada hubungan

yang bermakna antara pengetahuan gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.3.2 Hubungan Sikap Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Hasil penelitian didapatkan responden dengan status gizi lebih memiliki jumlah persentase yang sama antara sikap gizi seimbang yang baik dan sikap gizi seimbang yang kurang, yaitu sebanyak 50%. Sedangkan responden yang mempunyai status gizi kurang terbanyak terdapat pada responden yang memiliki sikap gizi seimbang yang baik, yaitu sebesar 7.1%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.922 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.3.3 Hubungan Perilaku Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mempunyai status gizi lebih terbanyak pada responden yang memiliki perilaku gizi seimbang yang kurang, yaitu sebanyak 58.1 %. Sedangkan responden dengan status gizi kurang terbanyak pada responden yang memiliki perilaku gizi seimbang yang kurang, yaitu sebesar 7.0%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.327 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara perilaku gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.4 Hubungan Asupan Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi

Hubungan asupan zat gizi makro (asupan energi, protein dan lemak) dengan status gizi berdasarkan IMT dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.15

Hubungan Asupan Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Variabel	Status gizi berdasarkan IMT						Total	P value	
	Gizi kurang		Gizi normal		Gizi lebih				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<u>Asupan Energi</u>									
Cukup	1	14.3	4	57.1	2	28.6	7	6.3	0.414
Kurang	6	5.7	45	42.9	54	51.4	105	93.8	
<u>Asupan Protein</u>									
Cukup	2	3.8	30	57.7	20	38.5	52	46.4	0.020*
Kurang	5	8.3	19	31.7	36	60	60	53.6	
<u>Asupan Lemak</u>									
Cukup	6	6.1	42	42.9	50	51	98	87.5	0.849
Lebih	1	7.1	7	50	6	42.9	14	12.5	

Keterangan: * Ada hubungan bermakna antara variabel independen dengan dependen

5.3.4.1 Hubungan Asupan Total Energi Dengan Status Gizi

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mempunyai status gizi lebih terbanyak pada responden yang memiliki asupan energi kurang, yaitu sebanyak 51.4 %. Sedangkan responden dengan status gizi kurang terbanyak pada responden yang memiliki asupan energi yang cukup, yaitu sebesar 14.3%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.414 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan total energi dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.4.2 Hubungan Asupan Protein Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mempunyai status gizi lebih terbanyak pada responden yang memiliki asupan protein yang kurang, yaitu sebanyak 60 %. Sedangkan responden dengan status gizi kurang terbanyak pada responden yang memiliki asupan protein yang kurang, yaitu sebesar 8.3%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.020 berarti ada hubungan yang bermakna antara asupan protein dengan status gizi berdasarkan IMT.

5.3.4.3 Hubungan Asupan Lemak Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Hasil penelitian didapatkan bahwa responden yang mempunyai status gizi lebih terbanyak pada responden yang memiliki asupan lemak yang cukup, yaitu sebanyak 51 %. Sedangkan responden dengan status gizi kurang terbanyak pada responden yang memiliki asupan lemak yang berlebihan, yaitu sebesar 7.1%. Hasil analisis statistik didapatkan nilai p 0.849 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status gizi berdasarkan IMT.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini belum menggambarkan keseluruhan populasi lansia di Kecamatan Grogol Petamburan karena sampel yang diambil hanya beberapa dari posyandu lansia yang ada di Kecamatan Grogol Petamburan. Selain itu, secara teoritis banyak faktor yang mempengaruhi status gizi berdasarkan IMT. Karena berbagai keterbatasan yang dimiliki maka variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang ada dalam kerangka konsep penelitian. Dengan demikian kemungkinan hasil yang diperoleh belum merupakan gambaran yang sebenarnya.

Kualitas data yang dikumpulkan dalam penelitian ini sangat tergantung dari kemampuan pewawancara dan juga persepsi responden dalam menjawab setiap pertanyaan kuesioner. Adanya keterbatasan saat melakukan wawancara responden dan pada saat melakukan pengukuran dikarenakan kurangnya jumlah tenaga pengumpul data dan responden yang datang secara bersamaan cukup banyak. Untuk memperkecil kesalahan yang mungkin akan terjadi maka sebelum melaksanakan penelitian terlebih dahulu diadakan pertemuan untuk menyamakan persepsi mengenai maksud dan tujuan dari isi kuesioner.

Keterbatasan lainnya yaitu mengingat responden dalam penelitian ini adalah lanjut usia, kemungkinan bias sulit dihindari terutama dalam hal perkiraan konsumsi makanan. Penggunaan metode *Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire (FFQ)* dalam memperkirakan konsumsi makanan mempunyai kelemahan dalam tingkat ketelitiannya karena sangat tergantung pada daya ingat responden dalam mengingat jenis makanan tertentu dalam hari/minggu/bulan/tahun. Selain itu terdapat kecenderungan pada responden untuk mengurangi frekuensi makanan yang banyak dikonsumsi dan menambah frekuensi makanan yang sedikit dikonsumsi. Responden dalam memberikan jawaban setiap kuesioner kemungkinan juga memiliki bias karena kemampuan responden dalam menjawab kuesioner dipengaruhi daya ingat dan keterpaparan responden terhadap pengetahuan tentang gizi seimbang.

6.2 Gambaran Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan analisis univariat mengenai status gizi (IMT) pada peserta posyandu lansia di posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan diperoleh gambaran jumlah IMT berdasarkan Depkes, 2005 bahwa sebagian besar responden termasuk dalam kategori gizi lebih yaitu sebanyak 50% tetapi penelitian Citraningsih (2003) menemukan angka prevalensi gizi lebih jauh lebih besar yaitu 56.3%. Rata-rata IMT peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan adalah 24.92 kg/m^2 . Hasil penelitian ini hampir sama dengan rata-rata IMT hasil penelitian Citraningsih (2003) yaitu 24.04 kg/m^2 . Namun hasil ini lebih tinggi dari penelitian Napitupulu (2002), Simanjuntak (2010), dan Nisa (2004) dimana diperoleh IMT sebesar 21.68 kg/m^2 , 21.59 kg/m^2 dan 20.86 kg/m^2 . Prevalensi status gizi lebih pada peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan berbeda dengan penelitian lainnya disebabkan karena cara pengambilan sampel dan besar sampel yang berbeda. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa gambaran status gizi pada peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan cukup tinggi.

6.3 Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Status Gizi

6.3.1 Hubungan Umur Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Dari hasil penelitian diketahui rata-rata umur lansia yang diteliti adalah 64 ± 7.66 dengan usia termuda adalah 48 tahun dan usia tertua adalah 79 tahun. Berdasarkan hasil penelitian juga dapat diketahui bahwa kelompok umur dengan status gizi lebih terbanyak pada kelompok umur pra lansia (45-59 tahun), yaitu sebesar 57.6%. Hal ini tidak sesuai dengan teori Garrow (2000) yang menyatakan bahwa prevalensi kegemukan akan terus meningkat sejalan dengan bertambahnya umur.

Hasil analisis hubungan statistik antara umur dengan status gizi diperoleh nilai p yaitu 0.469 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Herry (2008) dan Citraningsih (2003). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Simanjuntak (2010) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan status gizi.

Tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara umur dengan status gizi berdasarkan IMT pada penelitian ini mungkin disebabkan sampel penelitian yang kecil, dimana jumlah sampel yang besar akan lebih mudah untuk mendeteksi adanya perbedaan statistik.

6.3.2 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa jenis kelamin perempuan lebih banyak yang mengalami gizi lebih, yaitu sebesar 54.4%. Hal ini sesuai dengan teori bahwa perempuan lebih sering mengalami kelebihan berat badan dari pada laki-laki (Garrow, 2000). Pada lansia terjadi perubahan komposisi tubuh yaitu pada laki-laki massa otot menurun, sedangkan pada perempuan massa lemak meningkat yang menyebabkan terjadinya penurunan *Basal Metabolism Rate* (BMR).

Hasil analisis hubungan statistik antara jenis kelamin dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.316 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Herry (2008) dan Napitupuli (2002). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Citraningsih (2003) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi.

6.3.3 Hubungan Pendidikan Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan, wawasan, jenis pekerjaan/pendapatan dan pandangan hidupnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap pola perilaku kehidupan dan aktivitas sehari-hari, termasuk, pola makan dalam arti pentingnya makanan bergizi yang harus dikonsumsi, cara pandang terhadap hidup sehat dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat sosial ekonomi akan semakin membaik. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka dapat mempengaruhi status gizinya dikarenakan ketidaktahuan konsumsi zat gizi dalam makanan.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi lebih banyak yang mengalami gizi lebih, yaitu sebesar 50.8%. Sehingga penelitian ini dapat disimpulkan bahwa gizi lebih meningkat seiring dengan meningkatnya pendidikan formal. Dengan demikian, sekalipun pendidikan seseorang tinggi namun tidak selalu diiringi dengan peningkatan pengetahuan dan kesadaran untuk berperilaku memilih makanan yang sesuai maka dapat menyebabkan gizi lebih. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Garrow (2000), yang menyatakan bahwa kejadian gizi lebih banyak terjadi pada seseorang yang tingkat pendidikannya rendah.

Hasil analisis hubungan statistik antara tingkat pendidikan dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.762 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Citraningsih (2003). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Napitupuli (2002) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status gizi.

6.3.4 Hubungan Status Pekerjaan Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden yang mengalami gizi lebih paling banyak terdapat pada responden yang masih bekerja yaitu sebesar 62.5%. Kelebihan gizi pada lansia biasanya berhubungan dengan gaya hidup. Dengan kondisi ekonomi yang membaik dan tersedianya berbagai makanan siap saji yang enak dan kaya energi khususnya lemak, maka akan terjadi asupan makan dan zat-zat gizi melebihi kebutuhan tubuh sehingga dapat menimbulkan kelebihan gizi. Proses metabolisme yang menurun pada usia lanjut bila tidak diimbangi dengan peningkatan aktivitas fisik atau penurunan jumlah makanan, maka kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang menimbulkan kegemukan.

Hasil analisis hubungan statistik antara status pekerjaan dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.643 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara status pekerjaan dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Herry

(2008). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Simanjuntak (2010) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan status gizi.

6.4 Hubungan Riwayat Penyakit Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden yang mengalami gizi lebih, lebih banyak pada responden yang memiliki riwayat penyakit, yaitu sebesar 68.8%. Kegemukan dapat menyebabkan penyakit degeneratif, seperti jantung, hipertensi, diabetes dan stroke. Riwayat penyakit yang pernah dialami lansia akan berdampak pada konsumsi dan penyerapan zat gizi makanan (Fatmah, 2010). Riwayat penyakit terbanyak yang dialami responden di Kecamatan Grogol Petamburan adalah hipertensi maka dari itu asupan zat gizinya sangat penting untuk diperhatikan serta disesuaikan dengan ketersediaan dan kebutuhan zat gizi dalam tubuh agar tidak terjadi kegemukan.

Hasil analisis hubungan antara riwayat penyakit dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.042 ($p < 0.05$) yang berarti secara statistik ada hubungan bermakna antara riwayat penyakit dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nisa (2004). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Simanjuntak (2010) dimana tidak terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit dengan status gizi.

6.5 Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Gizi Seimbang Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

6.5.1 Hubungan Pengetahuan Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden yang memiliki status gizi lebih terbanyak mempunyai pengetahuan gizi seimbang yang kurang, yaitu sebesar 54.3%. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Guthrie (1995) dalam Napitupulu (2002) yang menyatakan bahwa terjadinya kelebihan gizi pada lansia disebabkan karena ketidaktahuan mereka tentang gizi. Tingkat pengetahuan seseorang berpengaruh terhadap tingkat pendidikan. Dengan tingkat pendidikan yang tinggi maka seseorang akan mempunyai pengetahuan

yang lebih tentang gizi. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat sosial ekonomi akan semakin membaik. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka dapat mempengaruhi status gizinya dikarenakan ketidaktahuan konsumsi zat gizi dalam makanan. (Notoadmodjo, 2003)

Hasil analisis hubungan statistik antara pengetahuan gizi seimbang dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.111 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Simanjuntak (2010), Napitupulu (2002) dan Citraningsih (2003).

6.5.2 Hubungan Sikap Gizi Seimbang Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan sikap gizi seimbang yang baik mempunyai status gizi lebih terbanyak, yaitu sebesar 50%. Hasil analisis hubungan statistik antara sikap gizi seimbang dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.922 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara sikap gizi seimbang dengan status gizi berdasarkan IMT.

Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Patriasih (2005). Penyebab tidak bermaknanya sikap dengan status gizi disebabkan karena sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoadmodjo, 2003). Dengan semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi seimbang maka tingkat sikap juga semakin tinggi. Melalui pengetahuan maka akan terbentuk sikap namun terkadang suatu sikap masih dipengaruhi banyak faktor seperti budaya, sosial ekonomi dan kepercayaan.

6.5.3 Hubungan Perilaku Gizi Seimbang Dengan Status Gizi

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan perilaku gizi seimbang yang kurang memiliki status gizi lebih terbanyak yaitu sebesar 58.1%. Hasil analisis hubungan statistik antara perilaku gizi seimbang dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.327 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara perilaku gizi seimbang dengan

status gizi lansia berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Patriasih (2005).

Skinner (1938) dalam Notoadmojo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku gizi seimbang (*nutritional behavior*) merupakan respon seseorang terhadap makanan yang merupakan kebutuhan utama bagi kehidupan untuk memenuhi gizi seimbang. Penyebab tidak bermaknanya penelitian ini disebabkan karena perilaku dari suatu masyarakat tentang gizi seimbang tidak pernah statis dan dapat berubah karena pendidikan, pengetahuan dan kesehatan serta kemampuan dalam mengakses makanan (Riyadi, 1996 dalam Patriasih, 2005)

6.6 Hubungan Asupan Zat Gizi Makro (Asupan Energi, Protein dan Lemak) Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

6.6.1 Hubungan Asupan Total Energi Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan asupan total energi kurang lebih banyak yang mengalami gizi lebih, yaitu sebesar 51.4%. Kurangnya total asupan energi pada penelitian ini kemungkinan disebabkan karena nafsu makan yang berkurang akibat terjadinya kesulitan dalam proses menelan makanan karena proses menua. Asupan total energi yang kurang mengakibatkan responden banyak yang mengalami gizi lebih. Hal ini dapat terjadi karena perkiraan asupan total energi ini hanya menggambarkan kondisi pada waktu penelitian. Di samping itu, kemungkinan gizi lebih yang terjadi pada responden sudah berlangsung lama dan pada saat penelitian responden sedang mengalami program diet.

Hasil analisis hubungan statistik antara asupan total energi dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.414 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara asupan total energi dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Simanjuntak (2010) dan Herry (2008). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Citraningsih (2003) dan Napitupulu (2002) dimana terdapat hubungan yang bermakna antara asupan total energi dengan status gizi. Penelitian ini tidak bermakna dikarenakan perbedaan kategori yang digunakan. Pada

penelitian ini membandingkan total asupan energi responden dengan angka kecukupan energi berdasarkan umur dan jenis kelamin hasil Widya Karya Pangan dan Gizi (WKPG) tahun 2004. Sedangkan penelitian lain membandingkan asupan energinya dengan rata-rata kebutuhan energi untuk orang Indonesia yaitu menggunakan hasil Widya Karya Pangan dan Gizi tahun 1998.

Data total asupan energi diperoleh dari wawancara dengan menggunakan metode FFQ semi kuantitatif. Meskipun metode FFQ semi kuantitatif FFQ cukup valid dalam menggambarkan kebiasaan makan responden, karena FFQ mengukur volume makanan yang dikonsumsi oleh responden dan bukan berat makanan. Namun metode ini mempunyai kelemahan yaitu membutuhkan ingatan atas pola makan di masa lalu, memerlukan ketelitian untuk mengestimasi frekuensi dan porsi makanan yang dimakan. Selain itu wawancara FFQ semi kuantitatif yang dilakukan menyebabkan tingkat kejenuhan yang tinggi sehingga responden asal menyebutkan jenis makanan, frekuensi konsumsi dan porsi makanan yang dikonsumsi tanpa memikirkannya lebih lama.

6.6.2 Hubungan Asupan Protein Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan asupan protein kurang lebih banyak yang mengalami gizi lebih, yaitu sebesar 60 %. Rendahnya asupan protein responden pada penelitian ini disebabkan karena nafsu makan yang berkurang dan terjadi kesukaran dalam proses menelan akibat terjadinya proses menua pada saluran pencernaan. Asupan protein kurang pada responden tetapi memiliki status gizi lebih, hal ini disebabkan karena kejadian gizi lebih yang terjadi pada responden sudah berlangsung lama dan pada saat penelitian responden sedang mengalami program diet.

Beberapa peneliti menemukan bahwa orang yang lebih tua atau semakin tua membutuhkan asupan protein yang lebih besar untuk memelihara keseimbangan nitrogen. Meskipun demikian, hubungan penurunan asupan protein dapat berpengaruh besar pada penurunan fungsi sel, sehingga seringkali terjadi penurunan massa otot, penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit dan lain sebagainya. Perubahan fisik yang terjadi pada lansia sangat berpengaruh pada kebutuhan protein. Akibat penurunan fungsi sel seiring bertambahnya usia ialah

kemampuan sel untuk mencerna protein jauh lebih menurun dibandingkan bukan lansia, sehingga secara keseluruhan akan terjadi penurunan kebutuhan asupan protein dan hal ini akan terjadi pada semua lansia (Fatmah, 2010).

Hasil analisis hubungan statistik antara asupan protein dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.020 ($p < 0.05$) yang berarti secara statistik terdapat hubungan bermakna antara asupan protein dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nisa (2004) dan Napitupulu (2002). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Simanjuntak (2010) dan Herry (2008) dimana tidak adanya hubungan yang bermakna antara asupan protein dengan status gizi.

6.6.3 Hubungan Asupan Lemak Dengan Status Gizi Berdasarkan IMT

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden dengan asupan lemak cukup lebih banyak yang mengalami gizi lebih, yaitu sebesar 51%. Penurunan aktifitas fisik yang tidak disertai dengan pengurangan konsumsi makanan khususnya makanan yang berlemak menyebabkan lansia cenderung menjadi gemuk. Kegemukan dapat menyebabkan penyakit degeneratif, seperti jantung, hipertensi, diabetes dan stroke. Maka dari itu konsumsi makanan yang berlemak perlu dibatasi. Anjuran asupan lemak dibatasi maksimal 20% dari total kebutuhan energi.

Hasil analisis hubungan statistik antara asupan lemak dengan status gizi diperoleh nilai p sebesar 0.849 ($p > 0.05$) yang berarti secara statistik tidak adanya hubungan bermakna antara asupan lemak dengan status gizi berdasarkan IMT. Hasil penelitian ini serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Citraningsih (2003) dan Herry (2008). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Napitupulu (2002). Dimana terdapatnya hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status gizi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada bulan Juli dan September 2011 di dua belas posyandu lansia Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat dengan jumlah responden 112 sample dapat disimpulkan bahwa

1. Rata-rata IMT responden di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat adalah 24.92 ± 3.92 dengan IMT terendah sebesar 13.37 dan tertinggi sebesar 37.52. Proporsi responden yang menderita gizi lebih paling banyak dibandingkan dengan gizi kurang, yaitu sebanyak 50%.
2. Karakteristik demografi responden menunjukkan sebagian besar responden (70.5%) berumur >60 tahun, dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak (70.5%), sebagian besar responden (56.3%) berpendidikan tinggi dan berstatus tidak bekerja lebih banyak (92.9%).
3. Responden yang tidak memiliki penyakit selama 6 bulan terakhir lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki penyakit yaitu sebanyak 71.4%.
4. Responden yang memiliki pengetahuan (58.49%), sikap (50%) dan perilaku (61.6%) gizi seimbang yang baik lebih besar persentasenya dibandingkan dengan responden dengan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang yang kurang.
5. Asupan energi dan protein yang kurang pada responden lebih banyak yaitu 93.8% dan 5.6% sedangkan asupan lemak lebih banyak yang berlebihan (93.8%).
6. Riwayat penyakit dan asupan protein mempunyai hubungan yang bermakna dengan status gizi berdasarkan IMT
7. Karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan status pekerjaan), pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang serta asupan zat gizi makro (asupan energi dan lemak) tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan status gizi berdasarkan IMT.

7.2 Saran

1. Bagi Peneliti Lain

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian ini dengan menggali lebih banyak lagi faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada lansia.

2. Bagi Kader

- Kader lebih sering memberikan penyuluhan tentang gizi seimbang kepada masyarakat terutama lansia untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi seimbang pada lansia dan selalu memonitoring status gizi lansia melalui posyandu lansia guna mempertahankan IMT normal.
- Perlu diadakannya pemeriksaan kesehatan rutin agar dapat mengontrol setiap gejala dan resiko dari penyakit degeneratif

3. Bagi Sudinkes Jakarta Barat

Sudinkes lebih sering memonitoring status gizi dan kesehatan lansia di Jakarta Barat terutama di Kecamatan Grogol Petamburan guna mempertahankan status gizi normal pada lansia dan lansia terhindar dari penyakit degeneratif.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2001. *Prinsip dasar Ilmu Gizi*. Pt Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Almatsier, Sunita. 2004. *Penuntun Diet*. Pt Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Ariaman. (2004). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran
- Ariawan, Iwan. 1998. *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan. Jurusan biostatik dan kependudukan. FKM UI. Depok*
- BPS. 2008. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Badan Pusat Statistik
- BPS. 2009. *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Badan Pusat Statistik
- BPS. 2010. *Jakarta Barat dalam Angka 2010*. Badan Pusat Statistik Kota Administrasi Jakarta Barat
- Budiman, Hendra dan Nanny Djaya. 2005. *Nutritional status of elderly people*. Jakarta: Unika Atma Jaya
- Brown, J.E. 2005. *Nutrition through the life cycle 2end ed*. USA. Thomson Wadsworth.
- Cicih. Lilis. Heri. 2005. *Karakteristik Penduduk Lanjut Usia Indonesia Masa Kini*. *Warta Demografi Tahun 35, No. 3*
- Citraningsih, Krisnatalina. 2003. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Menurut IMT (Indeks Massa Tubuh) Usia Lanjut Binaan Puskesmas Kecamatan Gambir Tahun 2003*. Skripsi Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Darmojo, Boedhi dan Hadi Martono. 2006. *Buku Ajar Geriatri*. Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. FK UI. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Panduan Untuk Petugas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Tatalaksana Gizi Usia Lanjut Untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Enny, E dkk. 2006 *Status Gizi Usila di Kota Padang Tahun 2006*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. September 2006. Vol I (1)

- Fatmah. 2010. *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga.
- Garrow, J.S, W.P.T James, & A. Ralph. 2000. *Human Nutrition and Dietetics* 10th ed. United Kingdom. Churchill.
- Gibson, Rosalind S. 2005. *Principles of Nutrition Assessment*. Second Edition. New York: Oxford University Press
- Herry. 2008. *Hubungan Karakteristik Individu Gaya Hidup dan Konsumsi zat Gizi Terhadap Status IMT Lansia di 3 Posbindu Kelurahan Rangkapan Jaya Lama Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2008*. Skripsi Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. *Kegiatan Kesehatan di Kelompok Lanjut usia*. Direktorat Bina Kesehatan Komunitas Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI
- Kurniasih, Dedeh dkk. 2010. *Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang*. Jakarta: Institute Danone
- Kusumaratna, Rina K. 2008. *Gender differences in nutritional intake and status in healthy free-living elderly*. *Jurnal Kesehatan*. Juli-September 2008. Vol.27 No.3
- Mardiyanty, Rosa Linda. 2004. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi lanjut usia di daerah binaan puskesmas kecamatan pasar minggu Jakarta selatan*. Skripsi Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Napitupulu, Halasan. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Pada Lanjut Usia di Kota Bengkulu Tahun 2001*. Tesis Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Nisa, hoirin. 2004. *Faktor determinan status gizi lansia penghuni panti werdha pemerintah DKI Jakarta*. Tesis Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta
- Novitasari, Aria. 2009. *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan, Sikap dan Faktor Lingkungan dengan Perilaku Makan Berdasarkan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Pada Atlet Remaja di Gelora Bung Karno Senayan*

Jakarta Tahun 2009. Skripsi Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia

Patriasih, Rita. 2005. *Pengetahuan dan Sikap Gizi, Perilaku Makan serta Status Gizi Manula Pada Panti Werdha di Kota Bandung*. Tesis Jurusan Gizi Masyarakat Sumberdaya Keluarga. Fakultas Ekologi Manusia. Institut Pertanian Bogor

Rusilanti, dkk. (2006). *Aspek Psikososial, Aktivitas Fisik, dan Konsumsi Makanan Lansia di Masyarakat*. Jurnal Gizi dan Pangan, November 2006 1(2):1-7.

Rusfawati. 2006. *Hubungan antara kemampuan aktifitas fisik dan konsumsi zat gizi terhadap status gizi pasien lansia di poli penyakit dalam RSUD Dr Hi Abdul Moeloek Bandar Lampung*. Skripsi Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia

Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael. 2002. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-2*. Jakarta: Sagung Seto

Simanjuntak, Elva. 2010. *Status Gizi Lanjut Usia di Daerah Pedesaan, Kecamatan Porsea Kabupaten Toba Samosir, Provinsi Sumatera Utara Tahun 2010*. Tesis. Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia

Sudinkes Jakarta Barat. 2011. *Data Kecamatan Grogol Petamburan*. Jakarta

Supriasa, I Dewa Nyoman, Bachyar Bakri. Ibnu Fajar. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
SUKU DINAS KESEHATAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT
Jl. Kembangan Raya, No. 2. Telp. (021) 58356225
JAKARTA BARAT

No : 1022/08274
Lampiran :
Perihal : Dukungan Kegiatan Pelatihan Penilaian Status Gizi Lansia

4 April 2011

Kepada Yth :
Ketua Tim Pengabdian Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Menindaklanjuti surat No 010/PT.GIZI/III/2010 Perihal Informasi kegiatan Pelatihan Penilaian Status Gizi Lansia Berdasarkan Tinggi Badan Prediksi bagi kader Posyandu Lansia dan Petugas Kesehatan Puskesmas di kecamatan Grogol Petamburan yang direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Juni – Desember 2011 yang akan datang .

Pada Prinsipnya Suku Dinas Kesehatan Kota administrasi Jakarta Barat sangat mendukung kegiatan tersebut.

Selanjutnya mohon koordinasi mengenai kegiatan tersebut.

Demikian informasi ini disampaikan dan diucapkan terimakasih.

KEPALA SUKU DINAS KESEHATAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT


Dr. A.A.SG.MAS PARWATHI

NIP: 195604191983032002



PEMERINTAH DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
PUSKESMAS KECAMATAN GROGOL PETAMBURAN JAKARTA BARAT

SURAT TUGAS

Nomor : 90/ ST-GP/ VII/ 2011

TENTANG

PENUGASAN DAN PENEMPATAN MAHASISWA
DILINGKUNGAN PUSKESMAS KECAMATAN GROGOL PETAMBURAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA BARAT

Berdasarkan surat dari Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Nomor 001/PT.02/GIZI/VII/2011 tanggal 1 Juli 2011 tentang Surat Ijin Penelitian Pengaruh Penyuluhan Gizi Seimbang oleh Kader Posyandu Lansia pada Status Gizi Lansia di Wilayah Kecamatan Grogol Petamburan, dengan ini kami Kepala Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat :

MENUGASKAN :

Kepada : 1. Dr. Fatmah, SKM, MSc
2. Muti Rowahani
3. Nita Pratiwi
4. Wenni Dwi Setiani

Untuk : Penelitian Pengaruh Penyuluhan Gizi Seimbang oleh Kader Posyandu Lansia pada Status Gizi Lansia di Wilayah Kecamatan Grogol Petamburan.
Penelitian akan dilakukan mulai bulan Juli-Oktober 2011 (3 bulan), kecuali Bulan Agustus 2011 karena bulan puasa.

Demikian surat tugas ini di buat, agar dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dan penuh rasa tanggung jawab.

Dikeluarkan di : Jakarta

Pada tanggal : 4 Juli 2011

KEPALA PUSKESMAS KECAMATAN
GROGOL PETAMBURAN;



Lampiran 2

No. Responden:

KUESIONER PENELITIAN
RIWAYAT PENYAKIT, ASUPAN PROTEIN DAN FAKTOR –
FAKTOR LAIN DENGAN STATUS GIZI PESERTA POSYANDU LANSIA
DI KECAMATAN GROGOL PETAMBURAN JAKARTA BARAT
TAHUN 2011

Selamat Siang dan Salam Sejahtera.

Perkenalkan, saya Wenni Dwi Setiani, mahasiswi tingkat akhir Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Saya sedang melakukan penelitian mengenai hubungan antara riwayat penyakit, asupan protein dan faktor – faktor lain dengan status gizi peserta posyandu lansia di Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat tahun 2011. Untuk itu saya akan menanyakan kepada Bapak/Ibu beberapa hal yang berkaitan dengan riwayat penyakit, pola konsumsi, dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan status gizi. Selain itu saya akan melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan kepada Bapak/Ibu. Jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan sangat bermanfaat bagi penelitian saya dan akan saya rahasiakan. Atas kesediaan Bapak/Ibu, saya mengucapkan terima kasih.

I. Karakteristik Responden

1. Nama : _____
2. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. perempuan
3. Umur : _____ tahun
4. Tanggal lahir : _____
5. No telepon /hp : _____
6. Alamat : _____

7. Pendidikan terakhir :

- | | |
|------------------|------------|
| a. Tidak sekolah | e. Diploma |
| b. SD | f. S1 |
| c. SMP | g. S2 |
| d. SMA/SMEA | h. S3 |

8. Pekerjaan :

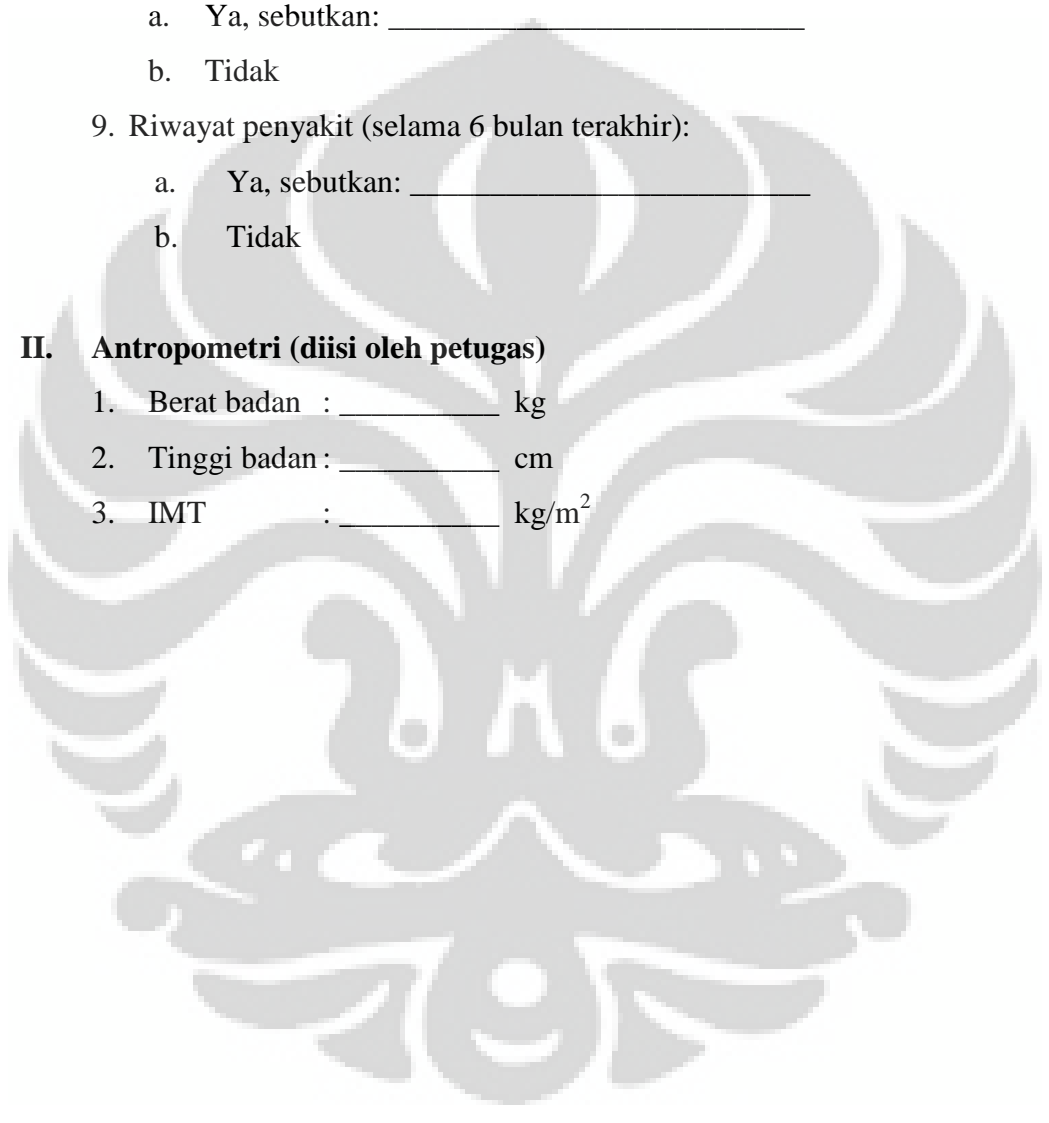
- a. Ya, sebutkan: _____
- b. Tidak

9. Riwayat penyakit (selama 6 bulan terakhir):

- a. Ya, sebutkan: _____
- b. Tidak

II. Antropometri (diisi oleh petugas)

1. Berat badan : _____ kg
2. Tinggi badan : _____ cm
3. IMT : _____ kg/m²



III. Pengetahuan Gizi

(Pilih salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling benar)

1. Gizi seimbang adalah...
 - a. Unsur dalam makanan yang memberikan manfaat bagi kesehatan manusia.
 - b. Unsur dalam makanan yang dapat menyembuhkan penyakit.
 - c. Susunan makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh serta memperhatikan variasi makanan, aktivitas fisik, kebersihan, dan berat badan ideal.
 - d. Keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.
2. Konsep gizi seimbang bagi lansia terdiri dari...
 - a. Makan makanan sesuai anjuran gizi seimbang
 - b. Lakukan aktifitas fisik 30 menit setiap hari
 - c. Kunjungi posyandu lansia setiap bulan
 - d. Semua jawaban benar
3. Zat gizi yang berperan sebagai sumber energi utama adalah...
 - a. Karbohidrat
 - b. Protein
 - c. Lemak
 - d. Vitamin
4. Ikan, daging, ayam, susu, telur, tahu, dan tempe merupakan bahan-bahan makanan sumber?
 - a. Lemak
 - b. Protein
 - c. Karbohidrat
 - d. Serat
5. Untuk mencegah anemia, kita dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang mengandung?
 - a. Kalsium
 - b. Protein
 - c. Zat besi
 - d. Lemak

6. Makanan yang paling tinggi kandungan zat besinya adalah...
 - a. Hati sapi dan kangkung
 - b. Telur ayam dan daun pepaya
 - c. Hati ayam dan bayam merah
 - d. Telur bebek dan daun singkong

7. Anjuran gizi yang perlu diterapkan oleh lansia adalah...
 - a. Mengurangi makanan yang digoreng
 - b. Memperbanyak makanan yang dikukus, direbus, dipanggang
 - c. Pilih lauk hewani dan nabati yang rendah lemak
 - d. Semua jawaban benar

8. Agar kita mengetahui kandungan gizi dari makanan dan minuman yang dikonsumsi, maka hal yang perlu dilakukan adalah...
 - a. Bertanya kepada pelayan toko
 - b. Membaca label makanan atau minuman
 - c. Memilih makanan yang mahal
 - d. Memilih makanan impor

9. Manfaat sarapan atau makan pagi adalah...
 - a. Dapat memelihara ketahanan fisik
 - b. Mempertahankan daya tahan saat bekerja
 - c. Meningkatkan produktivitas kerja
 - d. Semua jawaban benar

10. Syarat garam yang baik untuk dikonsumsi adalah...
 - a. Rasanya sangat asin
 - b. Warnanya putih bersih
 - c. Mengandung yodium
 - d. Permukaannya kasar

11. Untuk mencegah penyakit darah tinggi, maka tips membatasi konsumsi garam yang sebaiknya dilakukan adalah...
- Sering membeli cemilan yang asin dan gurih
 - Secara rutin mengonsumsi makanan kalengan
 - Memakai saos dan kecap yang berlebihan
 - Mengonsumsi garam maksimal 1 sendok teh tiap hari
12. Apakah manfaat yang didapatkan jika menerapkan pola makanan yang beragam dalam menu makanan sehari-hari?
- Meningkatkan selera makan
 - Memenuhi kebutuhan zat gizi sehari-hari
 - Meningkatkan jumlah makanan yang dikonsumsi
 - Meningkatkan pendapatan
13. Berapa jumlah air putih yang dianjurkan untuk diminum per hari?
- 2,5 liter
 - 2 liter
 - 1,5 liter
 - 1 liter
14. Saran yang dianjurkan bagi lansia dalam melakukan olahraga adalah...
- Lakukan olahraga bila ada waktu
 - Lakukan tiap hari selama 30 menit
 - Lakukan tiap hari selama 15 menit
 - Lakukan 2-3 kali seminggu selama 30 menit
15. Berapa jam waktu yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tidur lansia?
- 5 jam/hari
 - 6 jam/hari
 - 7 jam
 - 8 jam

IV. SIKAP

Tentukan pendapat Bapak/Ibu (sangat setuju, setuju, tidak setuju atau sangat tidak setuju) terhadap pernyataan-pernyataan berikut ini.

No	Pernyataan	Respon			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak setuju
1.	Makan makanan yang beraneka ragam sangat bermanfaat bagi kesehatan.				
2.	Mengolah makanan dengan dikukus, direbus dan dipanggang lebih sehat dibanding digoreng.				
3.	Kebutuhan energi juga dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi makanan selain sumber karbohidrat dan protein.				
4.	Konsumsi gula sebaiknya hanya sekitar 3-4 sendok makan setiap hari.				
5.	Menggunakan gula merah lebih baik daripada gula pasir.				
6.	Untuk mencegah penyakit jantung koroner, maka perlu membatasi konsumsi makanan berlemak dan berminyak.				
7.	Mengurangi makanan yang asin dan gurih dapat mencegah penyakit darah tinggi.				
8.	Tekanan darah yang normal adalah 120/80 mmHg.				
9.	Zat besi diperlukan oleh semua orang, termasuk lansia.				
10.	Kebiasaan sarapan atau makan pagi sangat penting bagi kesehatan.				
11.	Banyak minum air putih dapat mencegah tubuh mengalami kekurangan cairan.				

12.	Aktifitas fisik dapat berupa jalan kaki minimal 30 menit setiap hari.				
13.	Lansia perlu memantau berat badan setiap bulan.				
14.	Kebutuhan tidur lansia cukup sekitar 6 jam/hari.				
15.	Penting untuk memperhatikan dan membaca label pada makanan dan minuman kemasan.				

V. Perilaku

1. Apakah setiap hari Bapak/Ibu sarapan atau makan pagi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah Bapak/Ibu suka berolahraga?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya, jenis olahraga apa yang biasa Bapak/Ibu lakukan dan tuliskan frekuensinya.

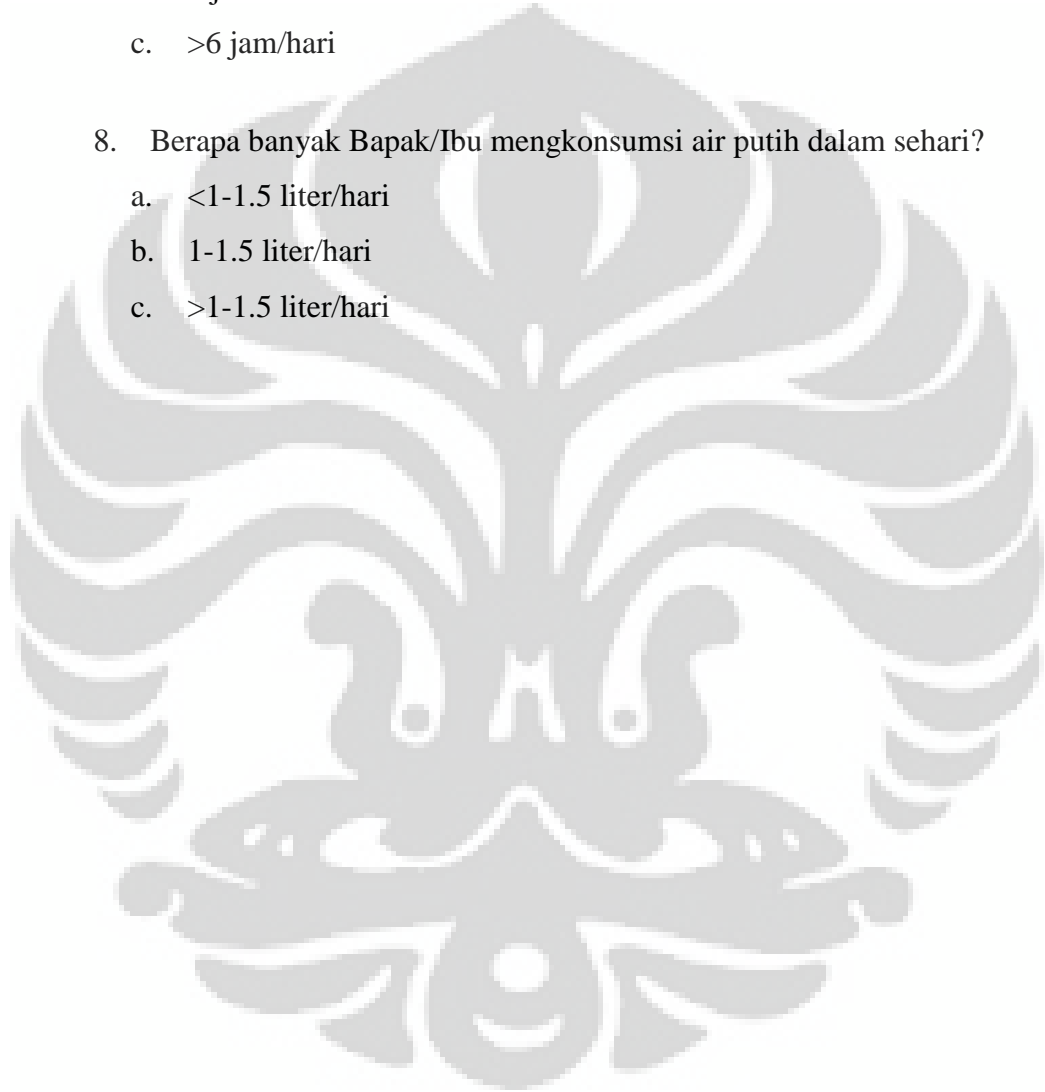
No	Jenis olahraga	Frekuensi
		.....kali/minggu atau ...../bulan
		.....kali/minggu atau ...../bulan
		.....kali/minggu atau ...../bulan

4. Apakah Bapak/Ibu sudah membatasi konsumsi minyak dalam satu hari?
 - a. Ya, sebutkan jumlahnya:.....
 - b. Tidak
5. Apakah Bapak/Ibu sudah membatasi konsumsi garam dalam satu hari?
 - a. Ya, sebutkan jumlahnya:.....
 - b. Tidak

6. Apakah Bapak/Ibu sudah membatasi konsumsi gula dalam satu hari?
 - a. Ya, sebutkan jumlahnya:.....
 - b. Tidak

7. Berapa lama Bapak/Ibu tidur dalam sehari?
 - a. <6 jam/hari
 - b. 6 jam/hari
 - c. >6 jam/hari

8. Berapa banyak Bapak/Ibu mengkonsumsi air putih dalam sehari?
 - a. <1-1.5 liter/hari
 - b. 1-1.5 liter/hari
 - c. >1-1.5 liter/hari



VI. Konsumsi Makanan

Kami ingin bertanya mengenai kebiasaan makan Bapak/Ibu. Berapa hari Bapak/Ibu biasanya mengkonsumsi makanan di bawah ini:										
Jenis Makanan	Frekuensi Konsumsi								Porsi	Ukuran (gr)
	> 1 x /hari	1 x /hari	3 – 5 x /mgg	1-2 x /mgg	2 – 3 x /bln	1 x /bln	1-2 x /thn	Tidak pernah		
Karbohidrat										
a. Nasi	8	7	6	5	4	3	2	1	..... centong	
b. Biskuit crackers/ marie	8	7	6	5	4	3	2	1	..... Keping sdg	
c. Mie kering	8	7	6	5	4	3	2	1	..... bks	
d. Tape singkong	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
e. Kerupuk	8	7	6	5	4	3	2	1	..... buah	
f. Lain-lain:	8	7	6	5	4	3	2	1		
Protein Hewani										
a. Daging sapi / kerbau /kambing	8	7	6	5	4	3	2	1	..... potong	
b. Daging ayam	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
c. Ikan laut / tawar	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
d. Ikan asin kering	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
e. Telur ayam	8	7	6	5	4	3	2	1	..... btr	

f. Telur bebek	8	7	6	5	4	3	2	1	..... btr	
g. Daging bebek	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
h. Kerang	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
i. Udang rebon kering	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
j. Udang kering	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
k. Udang basah	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
l. Keju	8	7	6	5	4	3	2	1	..... lbr	
m. Telur asin / telur pindang	8	7	6	5	4	3	2	1	..... . butir	
n. Paru sapi	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
o. Usus sapi	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
p. Hati sapi	8	7	6	5	4	3	2	1	..... buah	
q. Hati ayam	8	7	6	5	4	3	2	1	..... buah	
r. Sarden/ikan kaleng sejenis	8	7	6	5	4	3	2	1	..... sdm	
s. Sosis / bakso / corned beef	8	7	6	5	4	3	2	1	..... buah/sdm	
t. Lain-lain:	8	7	6	5	4	3	2	1		
Protein Nabati										
a. Tahu	8	7	6	5	4	3	2	1	..... buah	

b. Tempe	8	7	6	5	4	3	2	1	..... ptg	
Sayuran										
a. Daun singkong	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
b. Daun bayam	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
c. Kacang panjang	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
d. Daun papaya	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
e. Sawi	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
f. Labu siam	8	7	6	5	4	3	2	1	mangkok	
g. Lain-lain:	8	7	6	5	4	3	2	1		
Minyak dan Gula										
a. Susu bubuk non fat	8	7	6	5	4	3	2	1	gls	
b. Susu kental manis	8	7	6	5	4	3	2	1	gls	
c. Gula pasir	8	7	6	5	4	3	2	1	sdm	
d. Lain-lain:	8	7	6	5	4	3	2	1		