

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan fisiologis dikaitkan dengan proses penuaan. Proses penuaan secara normal berhubungan dengan perubahan atau pergeseran komposisi tubuh. Penuaan pada lansia secara normal berhubungan dengan kondisi psikososial, pribadi, moral, kognitif, dan spiritual. Menjadi tua secara alami akan dialami oleh setiap orang, dimana seseorang mengalami penurunan fungsi tubuh secara perlahan. Seiring bertambahnya usia, lansia mengalami proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu tubuh semakin rentan terhadap serangan penyakit. Hal ini disebabkan karena pada lansia terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan serta sistem organ. Perubahan fisik dan penurunan fungsi organ tubuh akan mempengaruhi konsumsi dan penyerapan zat makanan oleh tubuh dimana hal ini akan berakibat pada terjadinya masalah gizi kurang maupun kegemukan. Maka dari itu peran gizi sangatlah penting dalam mengurangi risiko penyakit, dan meningkatkan kualitas hidup lansia(1).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2019 terdapat lebih dari 703 juta jumlah lansia (2). Pada tahun 2020 menjadi 1,4 miliar, tahun 2022 proporsi penduduk lansia berusia 60 tahun ke atas akan meningkat dari 1 miliar. Populasi penduduk berusia 60 tahun ke atas di dunia akan berlipat ganda (2,1 miliar) pada tahun 2050 (3). Di antara lansia yang mengalami keluhan kesehatan, sebanyak 81,99 % mengobati sendiri keluhannya, 49,95 % berobat jalan, dan hanya 2,32 % yang tidak melakukan pengobatan. Untuk berobat jalan, lansia banyak memanfaatkan berbagai fasilitas kesehatan seperti Puskesmas (38,27 %), praktik dokter (35,57 %), klinik (11,82 %), serta rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya. Sebanyak 4,72 % lansia pernah dirawat inap dalam setahun terakhir dengan rata-rata waktu perawatan selama 5,8 hari. Kehadiran jaminan kesehatan banyak membantu proses pengobatan lansia. Sebanyak 44,79 % lansia yang rawat jalan dan 74,13 % yang dirawat inap memanfaatkan jaminan kesehatan untuk pengobatannya(4).

Indonesia adalah negara dengan populasi terbesar keempat di dunia dan termasuk dalam sepuluh besar negara dengan populasi lanjut usia tertinggi. Pada tahun 2020, jumlah lanjut usia diperkirakan akan mencapai 28,8 juta orang (11% dari total populasi), dan pada tahun 2050, diprediksi bahwa 22% warga Indonesia akan berusia 60 tahun ke atas. Peningkatan jumlah penduduk lansia ini akan berdampak pada meningkatnya masalah-

masalah khusus yang terjadi pada lansia, salah satunya adalah masalah kekurangan gizi. (5). Data jumlah lansia yang diperoleh dari badan pusat statistik (BPS) Sulawesi Selatan jumlah total lansia yang ada di Sulawesi Selatan sebanyak 721,353 jiwa (9,19%) (6)

Masalah gizi yang sering terjadi pada lansia adalah masalah gizi yang berlebih (*obesitas*) dan masalah gizi kurang (kurus). Lansia di Indonesia banyak yang mengalami gangguan pemenuhan gizi (IMT 16,5-18,49%). Gizi kurang sebanyak 31% dan gizi lebih sebanyak 1,8%. Gizi kurang atau *wasting* merupakan penurunan berat badan yang tidak disengaja. Pengasuhan gizi mungkin memiliki efek positif pada asupan energy dan zat gizi yang lain serta kualitas hidup penduduk lansia dan lansia yang menderita malnutrisi(7). Dampak gizi kurang pada lansia, yang disebut malnutrisi, termasuk kekurangan nutrisi penting yang diperlukan tubuh untuk fungsi normalnya, mempengaruhi berbagai aspek kesehatan dan kualitas hidup lansia seperti penurunan berat badan kelelahan dan tidak berenergi, kerusakan massa otot, termasuk otot organ pernapasan , menurunnya fungsi sistem pencernaan dan imun tubuh, meningkatkan risiko komplikasi dan infeksi, meningkatkan risiko fraktur atau patah tulang meningkatkan risiko ulkus dekubitus (luka tekan), meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas meningkatkan lama tinggal di rumah sakit(8). Dampak masalah gizi lebih menurut Monica, 1992, kegemukan atau obesitas akan meningkatkan risiko menderita penyakit jantung koroner 1-3 kali, penyakit hipertensi 1,5 kali, diabetes mellitus 2,9 kali dan penyakit empedu 1-6 kali(9).

Pemeriksaan *actual* gizi yang memberikan data paling meyakinkan tentang keadaan actual gizi seseorang. Bagi lansia, dengan pengukuran dan penentuan status gizi pada lansia menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT)). Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan cara pengukuran yang sering digunakan untuk mengetahui kekurangan dan kelebihan berat badan seseorang, sehingga dapat mempertahankan berat badan normal yang memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup lebih panjang (7).

Lansia beresiko mengalami penyakit kronis dikarenakan penurunan fungsi tubuh. Faktor lain yang dapat meningkatkan resiko yaitu perilaku keseharian yang kurang baik, seperti merokok, alkohol, nutrisi tidak baik, dan lainlain. Lansia dengan penyakit kronis di Indonesia memiliki jumlah yang cukup tinggi. Sebanyak 28,53% lansia berusia 60-69 tahun memiliki keluhan kesehatan yang berkaitan dengan penyakit kronis. Persentase ini

terus meningkat pada kelompok usia yang lebih tua. Penyakit hipertensi dan diabetes melitus termasuk penyakit terbanyak pada kelompok lanjut usia di Indonesia, yaitu sebesar 57,6% pada penyakit hipertensi dan 4,8% pada penyakit diabetes melitus (10). Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap status gizi. Faktor determinan langsung yaitu faktor status kesehatan dan konsumsi pangan. Adapun determinan tidak langsung adalah faktor sosial-budaya, ekonomi, pertanian dan lingkungan. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah faktor langsung (status kesehatan, perilaku gizi dan konsumsi pangan lansia) dan tidak langsung (karakteristik lansia). Faktor langsung meliputi status kesehatan lansia yang meliputi; jenis dan keluhan penyakit, frekuensi sakit dan lama sakit serta tindakan pengobatan. Faktor langsung lainnya yaitu perilaku gizi dan konsumsi pangan lansia. Faktor tidak langsung berupa karakteristik lansia mencakup umur, pendidikan, status pernikahan, status pekerjaan, pendapatan dan pengaturan tempat tinggal(11). Penelitian yang pernah dilakukan oleh Ibrahim (2012) tentang hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi dengan status gizi lanjut usia di UPTD Rumoh Seujahtera Geunaseh Sayang Banda Aceh menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi lansia yaitu faktor aktifitas fisik, faktor depresi dan kondisi mental, faktor pengobatan, faktor penyakit dan faktor kemunduran biologis. Dari hasil penelitian tersebut diketahui semua faktor diatas mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kebutuhan gizi dan status gizi lansia(11).

Menurut Budiono dan Rivai Seiring bertambahnya umur lansia maka status kesehatan lansia akan semakin menurun. Dalam sebuah teori yang menjelaskan tentang status kesehatan yaitu teori HL. Blum yang dikutip Sulistiarini, dalam konsepnya menjelaskan bahwa terdapat empat faktor utama yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau suatu komunitas masyarakat. Beberapa faktor ini meliputi faktor genetik (keturunan) dari keluarga, lingkungan sekitar seperti sosial masyarakat, ekonomi yang berkembang, politik dan budaya setempat, gaya hidup (life style) dan 4) fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam penelitian Budi dan Margawati menyebutkan bahwa usia lansia > 65 tahun 2x lebih beresiko memiliki status kesehatan yang buruk yang di akibatkan oleh Penyakit Tidak Menular. Hasil penelitian Yuliyanti dan Zakiyah dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat penyakit degenerative, sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada usia lanjut: hipertensi, stroke, diabetes melitus, radang sendi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Amaral usia 60-70 tahun pada lansia memberikan penurunan pada fungsi tubuh terutama pada otot, sehingga

lansia kan merasa mudah lelah dan kurang berminat untuk datang dan mengikuti kegiatan posyandu dan menyebabkan lambatnya deteksi dini penyakit pada lansia yang mengakibatkan lansia memiliki banyak keluhan kesehatan. Memilih variabel faktor risiko dan peran nutrisi *wasting* (penurunan berat badan) pada kesehatan lansia adalah penting untuk mengidentifikasi dan menangani risiko tersebut secara efektif. Beberapa faktor yang sebagai penyebab atau mendorong risiko *wasting* dalam populasi lansia seperti kurangnya asupan nutrisi yang sesuai, termasuk protein, vitamin, mineral, dan karbohidrat, penurunan aktivitas fisik, dan riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, demensia, kanker, dan osteoporosis(12).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ardiani yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dan kualitas hidup lansia. Kualitas hidup wanita turun karena beberapa faktor antara lain karena pekerjaan rumah tangga: perawatan yang bersifat informal, merawat rumah dan keluarga, dan kontak lebih sering dengan anak-anak serta keluarga. Untuk pria tidak ada faktor-faktor tersebut yang signifikan. Beberapa perbedaan ini mungkin karena harapan hidup wanita yang lebih panjang, akibatnya ketika tinggal bersama pasangannya, wanita akan menjadi sosok yang merawat pria. Pada penelitian yang dilakukan oleh Budi mendapatkan hasil tidak ada hubungan antara status kesehatan dengan jenis kelamin yang ditunjukkan dengan nilai P Value = 0.167 dan menyebutkan peluang resiko jenis kelamin perempuan memiliki 26 kali lebih beresiko memiliki status kesehatan yang kurang.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Safanta & Bachtiar pekerjaan memiliki hubungan yang signifikan dengan status kesehatan masyarakat dengan faktor risiko sebesar 8,73 sampai 19,275 kali terserang penyakit karena memiliki beban kerja yang berat dan perilaku merokok sehingga. Bekerja sering dikaitkan dengan penghasilan dan penghasilan sering dikaitkan dengan kebutuhan manusia. Menurut Indrayani dan Ronoatmojo dengan bekerja, seseorang dapat memenuhi kebutuhannya dan keluarganya. Lansia yang bekerja dapat diartikan sebagai seseorang yang usianya ≥ 60 tahun ke atas dan masih mampu melakukan aktifitas atau kegiatan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Gaya hidup sehat dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang, melakukan aktivitas fisik/olahraga secara benar dan teratur serta tidak merokok. Diperlukan kerjasama banyak pihak, antara lain lansia itu sendiri, keluarga, masyarakat, pemerintah, organisasi

dan pemerhati kesejahteraan serta profesi dibidang kesehatan yang lebih penting adalah peran serta aktif dari lansia sendiri dan keluarga dalam melaksanakan gaya hidup sehat. Pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat adalah Posyandu lansia, pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas, dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah Rumah Sakit (13). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 24 Januari 2024 diperoleh data dari Puskesmas Lumpue Kota Parepare bahwasanya jumlah lansia sebanyak 1.463 orang, dengan status gizi yang terdiri dari berat badan normal, *underweight* (berat badan kurang) dan *overweight* (berat badan lebih). Berdasarkan jumlah dari lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare peneliti tertarik untuk meneliti apa saja riwayat penyakit, faktor risiko *wasting* dan bagaimana pola makan bagi lansia.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana riwayat penyakit pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare?
2. Bagaimana kejadian *wasting* pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare?
3. Bagaimana pola makan pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui riwayat penyakit pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare.
2. Untuk mengetahui kejadian *wasting* pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare.
3. Untuk mengetahui pola makan pada lansia di Puskesmas Lumpue Kota Parepare.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah wawasan ilmiah tentang faktor risiko yang dapat menyebabkan *wasting* pada lansia dan menyumbangkan pengetahuan baru tentang peran nutrisi dalam kesehatan lansia, terutama terkait dengan masalah *wasting* pada lansia.

Hasil dari penelitian dapat berguna bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang memerlukan penelitian yang sejenis dengan penelitian sebagai bahan referensi atau sebagai contoh kajian pustaka.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis penulis berharap agar penelitian ini dapat membantu untuk mengetahui apa saja faktor risiko dan peran nutrisi pada kejadian *wasting* pada lansia.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam perkembangan kehidupan manusia. Pada masa ini, terjadi penurunan kemampuan hidup dan kepekaan individu. Masa lansia seringkali disebut sebagai penuaan, sebuah proses alami yang tidak dapat dihindari oleh siapa pun (14). Lansia adalah tahap yang paling akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Lansia selalu dikaitkan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup dan kepekaan secara individual(1).

Menurut Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 definisi Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Lanjut usia potensial adalah lanjut usia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa. Lanjut usia tidak potensial adalah lanjut usia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain(15). Klasifikasi lansia menurut WHO sebagai berikut(16) :

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45-54 tahun.
2. Lansia (*elderly*), yaitu kelompok usia 55-65 tahun.
3. Lansia muda (*young old*), yaitu kelompok usia 66-74 tahun.
4. Lansia tua (*old*), yaitu kelompok usia 75-90 tahun.
5. Lansia sangat tua (*very old*), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

Penurunan fungsi organ

Permasalahan yang sering dihadapi lansia seiring dengan berjalannya waktu, yaitu terjadi penurunan berbagai fungsi organ tubuh. Pada umumnya setelah orang memasuki lansia, maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat. Penurunan fungsi otak dapat menyebabkan beberapa penyakit seperti gangguan neurologis, psikologis, delirium, dan demensia. Sementara fungsi psikomotorik meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan(17).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lilik Pranata, Sri Indaryati dan Aniska Indah Fari dengan judul “Pendampingan Lansia Dalam Meningkatkan Fungsi Kognitif Dengan Metode Senam Otak” hasil

kegiatan ini perlunya seseorang keluarga yang memiliki lansia atau pengurus panti sosial lansia untuk memberikan senam otak, mulai dari pelatihan dan pendampingan secara mandiri lansia yang dilakukan secara konsisten dan teratur (17).

Gambaran penurunan fungsi tubuh lansia mengenai kekuatan/tenaga turun sebesar 88%, fungsi penglihatan turun sebesar 72%, kelenturan tubuh turun 64%, daya ingat turun sebesar 61 %, pendengaran turun 67% dan fungsi seksual turun sebesar 86% (18). Kualitas fisik yang kurang baik akan menjadi penghambat dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari serta massa otot dan kekuatan otot akan menjadi lemah.

Masalah kesehatan lansia

1. Katarak

Katarak penyebab utama kebutaan di Indonesia maupun di dunia.. Katarak merupakan perubahan kondisi penglihatan disebabkan oleh lensa yang mengeruh (19). Faktor yang berpengaruh seperti usia yang lebih tua, pola hidup, genetik, trauma pada mata. Katarak senilis pada lansia beresiko menyebabkan gangguan penglihatan dan yang paling parah adalah kebutaan. Penurunan penglihatan pada lansia akan berdampak pada kemandirian yang dilakukan. Katarak senilis biasanya terjadi pada usia di atas 60 tahun dengan presentase 96% terjadi kekeruhan lensa dengan gejala gangguan persepsi sensoris. WHO memperkirakan terdapat 38 juta orang buta di dunia dan setengahnya disebabkan oleh katarak. Diagnosis katarak dibuat berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan keluhan utama penderita seperti penglihatan kabur disertai dengan silau jika melihat cahaya(20).

Survei dilakukan oleh *Rapid Assessment of Preventable Blindness of Indonesian Association of Ophthalmology* (RAAB) dan Balitbangkes di 15 provinsi yaitu Sumatera Barat, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan , Bali, NTT, NTB, Papua dan Maluku dengan target penduduk diatas 50 tahun. Menurut Aldiana Halim, perwakilan perdami, terdapat 8 juta orang tunanetra di Indonesia, di mana 1,6 juta di antaranya buta dan 6,4 juta mengalami kebutaan sedang hingga berat akibat katarak.

Diperkirakan 1,3 juta orang di Indonesia mengalami kebutaan akibat katarak; katarak tidak dapat lagi dianggap sebagai kejadian normal, mengingat jumlah kasus dan jumlah orang yang tidak memiliki akses ke fasilitas perawatan kesehatan(21).

2. Gangguan pendengaran

Gangguan pendengaran individu meliputi tuli, kehilangan pendengaran berat ataupun kehilangan pendengaran parsial yang semuanya dapat menyebabkan sulitnya berkomunikasi, walaupun beberapa fungsi pendengaran masih baik. Beberapa orang dengan gangguan pendengaran dapat mengalami keterbatasan dalam kebebasannya dan menderita penurunan interaksi sosial. Berdasarkan hasil Riskesdas 2020, prevalensi gangguan pendengaran di Indonesia secara nasional adalah 2,6%. Gangguan pendengaran dengan angka tertinggi ditemukan pada 2 kelompok usia ≥ 75 tahun sebesar 36,6%, disusul dengan kelompok usia 65-74 tahun sebesar 17,1%, kelompok usia 55-64 tahun sebesar 5,7%, serta kelompok usia < 55 tahun sebesar 6,1% (22).

3. *Sarkopenia*

Sarkopenia adalah gangguan pada otot akibat penuaan di tandai dengan penurunan massa otot. Obesitas *sarkopenia* lebih banyak kita jumpai pada lanjut usia dan merupakan faktor risiko yang bermakna untuk meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada lanjut usia. Pada lanjut usia sering terjadi penurunan massa otot dikompensasi oleh peningkatan massa lemak sehingga relatif perubahan penurunan berat badan tidak terdeteksi atau tidak dirasakan para lanjut usia(23). Pada umumnya, kehilangan masa otot yang progresif terjadi pada usia diatas 40 tahun yaitu 8% per dekade dan meningkat 15% per dekade setelah 70 tahun. Kekuatan otot menurun 10-15% per dekade dan lebih cepat setelah 70 tahun. Penelitian longitudinal masa otot, kekuatan genggam dan kecepatan berjalan menurun setelah 4 tahun dalam komunitas lanjut usia di Cina(24).

Tatalaksana nutrisi pada penderita *sarkopenia* dengan asupan makanan pada usia 70 tahun menurun 25% jika dibandingkan umur 40 tahun. Hal ini dapat disebabkan oleh karena lanjut usia makan lebih lambat, rasa lapar dan haus menurun, makan dengan porsi sedikit, dan sedikit mengkonsumsi makan ringan. Penyebab penurunan nafsu makan pada lanjut usia dapat dikarenakan gangguan sistem rasa di

lidah dan penciuman di hidung, kepuasan terhadap makan menurun, kesulitan mengunyah dan menelan, depresi, demensia dan gangguan fungsi pencernaan. Penelitian di Inggris mendapatkan prevalensi risiko sedang dan tinggi undernutrisi di masyarakat 14%, di institusi 21% sedangkan di rumah sakit meningkat sampai 72%. Pola makan dan jenis makanan akan menentukan kecukupan asupan kalori dan protein (makro nutrient) dan mikronutrien (vitamin dan mineral) (23).

4. *Osteoporosis*

Osteoporosis adalah penyakit tidak menular yang ditandai dengan penurunan massa dan kepadatan tulang, menyebabkan pengeroposan tulang. Penurunan kekuatan tulang meningkatkan risiko patah tulang. Risiko osteoporosis meningkat seiring bertambahnya usia, berkurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak seimbang, dan gaya hidup yang tidak sehat. Wanita memiliki risiko lebih tinggi mengalami osteoporosis, terutama setelah menopause ketika produksi hormon estrogen menurun, mengakibatkan perubahan dalam siklus pembentukan tulang dan penurunan jaringan tulang. Selain itu, kepadatan tulang wanita umumnya lebih rendah dibandingkan pria. Osteoporosis berbahaya karena kehilangan massa tulang sering terjadi tanpa gejala yang terasa. Tulang yang paling rentan mengalami patah adalah tulang belakang dan pergelangan tangan (pada pria) serta paha (pada wanita), di mana bahkan trauma ringan dapat menyebabkan patah tulang.

5. *Demensia*

Demensia adalah sekelompok penyakit dengan ciri-ciri hilangnya ingatan jangka pendek, kemampuan berpikir (kognitif) lain, dan melakukan hal sehari-hari. Demensia ini disebabkan oleh berbagai penyakit dan kondisi yang mengakibatkan sel-sel otak yang rusak atau koneksi antara sel otak. Pola makan pada penderita demensia semakin menurun seiring dengan bertambahnya usia. Pada usia 40-49 tahun menurun sekitar 5%, dan pada usia 50-69 tahun menurun hingga 10%, sehingga jumlah makanan yang dikonsumsi akan berkurang dan pola makan tidak teratur, contohnya seperti berat badan akan menurun, dan kekurangan vitamin dan mineral. Asupan makanan yang kurang bergizi bagi para lansia mengakibatkan penurunan sistem dalam tubuh. Zat gizi makro diketahui berkaitan dengan kejadian demensia pada lansia, terutama vitamin B kompleks. Kekurangan vitamin B kompleks pada lansia dapat meningkatkan resiko terjadinya demensia. Ini menunjukkan bahwa buruknya status gizi secara tidak langsung dapat mengakibatkan munculnya resiko demensia pada lansia(25)

6. Hipertensi

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi. Terjadinya obesitas dapat memicu terjadinya hipertensi. Kontrol yang baik terhadap tekanan darah merupakan cara yang baik untuk menurunkan kejadian penyakit jantung. Tekanan darah sistolik cenderung meningkat sejalan dengan meningkatnya usia seseorang. Oleh karena itu, kejadian hipertensi meningkat pada usia lanjut. Tekanan darah sistolik meningkat hingga usia 70 – 80 tahun sedangkan tekanan darah diastolik meningkat hingga usia 50 – 60 tahun.

Faktor sosiodemografi lansia

1. Umur

Penelitian Wikananda (2017), Datta et al. (2015) dan Hajian-tilaki et al., (2017). Hasil penelitian yang didapatkan dari ketiga jurnal tersebut menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan penurunan kualitas hidup lansia relatif seiring dengan peningkatan usia. Hal ini berhubungan dengan penurunan kemampuan fisik, sosial dan mental lansia sehingga semakin tua mereka, semakin cenderung tidak dapat melakukan berbagai macam hal yang berperan dalam pemenuhan maupun yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Apabila hal ini tidak ditangani dengan baik, maka bukan tidak mungkin akan semakin menurunkan kualitas hidup lansia sehingga akan semakin meningkat angka morbiditas lansia.

2. Jenis kelamin

Penelitian Datta et al. (2015) dan Hajian- tilaki et al. (2017) menunjukan kualitas hidup yang lebih baik cenderung dimiliki oleh laki-laki dari pada perempuan (D. Datta, P. P. Datta, and K. K. Majumdar, 2015). Hal ini sesuai teori yang menjelaskan bahwa perempuan cenderung mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dengan perempuan dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik dari pada perempuan. Dilihat dari segi kesejahteraan antara laki-laki dengan perempuan tidak terpaut jauh dimana perempuan lebih terkait dengan aspek hubungan yang positif sedangkan laki-laki terkait aspek pendidikan dan pekerjaan.

3. Pendidikan

Penelitian Wikananda (2017), Hajian-tilaki et al. (2017) dan Rajasi et al. (2016) memaparkan bahwa kualitas hidup yang lebih baik signifikan pada kelompok lansia yang berpendidikan tinggi dibandingkan dengan yang lebih rendah (R. S. Rajasi, T, 2016). Pendidikan yang tinggi dapat memberikan kemampuan dan pemahaman mengenai bagaimana menjaga, memelihara dan meningkatkan kualitas hidup baik dari aspek kesehatan, ekonomi, maupun dari aspek sosial-psikologis. Dengan pendidikan yang tinggi pula seseorang dapat menemukan solusi dari permasalahan yang dihadapi terutama dari aspek finansial untuk menopang kehidupan di hari tua.

4. Status perkawinan

Status perkawinan merupakan salah satu faktor yang menentukan outcome kualitas hidup kedepannya. Teori yang diungkapkan oleh Indrayani & Ronoatmojo (2018) menjelaskan bahwa pasangan hidup memiliki fungsi sebagai supporting dalam berbagai hal seperti emosi, pemecahan masalah, keuangan, maupun pengasuhan. Kehilangan pasangan hidup yang terjadi pada lansia umumnya disebabkan oleh kematian. Kehilangan pasangan hidup karena kematian merupakan peristiwa yang dapat menimbulkan stres atau gangguan psikologis pada lansia.

B. Tinjauan Status Gizi

Definisi status gizi

Status gizi merupakan keadaan kesehatan tubuh dari adanya konsumsi makanan dan penggunaan zat – zat gizi (Almatsier, 2009). Status gizi dapat diartikan suatu keadaan dimana tubuh mengkonsumsi asupan berupa makanan dan minuman terkait dengan kebutuhannya. Status gizi juga merupakan hasil akhir dari sebuah proses keseimbangan antara makanan yang masuk ke dalam tubuh (*nutrientinput*) dengan kebutuhan tubuh (*nutrientoutput*) akan suatu zat gizi. Kebutuhan tubuh terhadap suatu zat gizi pada setiap orang pasti berbeda dan ditentukan dengan faktor pembeda yang diantaranya perbedaan daya serap (*absorption*), tingkat penggunaan (*utilization*), gangguan pencernaan (*ingestion*), tingkat metabolisme basal serta perbedaan pengeluaran dan penghancuran (*excretion and destruction*) zat gizi didalam tubuh (Supariasa, 2012).

Permasalahan gizi lanjut usia merupakan serangkaian proses masalah gizi yang berkesinambungan sejak fase muda yang kemudian terjadi pada fase lanjut usia. Dengan bertambahnya usia, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses penuaan sehingga penyakit degeneratif banyak muncul pada lanjut usia (Kemenkes, 2016). Menurut Sediaoetama (2010) menyampaikan bahwa kondisi rentan terhadap gizi yang dialami seseorang disebabkan dari segi kondisi fisik baik anatomis maupun fungsional. Kondisi lain yang dapat mengganggu kesehatan gizi lansia adalah kondisi psikis labil yang sangat sensitif. Lansia dengan kondisi tersebut akan cenderung menghasilkan respon rewel terhadap segala hal termasuk mengenai makanan yang disediakan untuknya, tidak menutup kemungkinan juga respon penolakan akan terjadi jika makanan yang dihidangkan tidak sesuai dengan seleranya (26).

Klasifikasi status gizi

Dalam menentukan status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran yang sering digunakan sebagai alat ukur yang disebut alat antropometri yaitu WHONHCS. Berdasarkan Baku Harvard Status gizi dibagi menjadi empat yaitu : (Supriasa, 2010)

1. Gizi Lebih atau *overweight* dan obesitas

Status gizi dapat dikatakan lebih apabila nilai indeks massa tubuh (IMT) seseorang mencapai 25,1 – 27 kg/m² untuk kategori gemuk, sedangkan nilai indeks massa tubuh (IMT) seseorang mencapai >27 kg/m² untuk kategori obesitas. Status gizi lebih merupakan suatu keadaan tidak sehat (patologis) yang timbul akibat adanya ketidakseimbangan antara kalori yang terasup dengan energi yang dikeluarkan, atau dengan kata lain makanan yang dikonsumsi berlebih yang tidak diimbangi dengan aktivitas fisik. Kegemukan (obesitas) merupakan tanda pertama yang dapat dilihat secara visual dari keadaan gizi lebih. Obesitas yang berkelanjutan akan mengakibatkan berbagai penyakit diantaranya diabetes mellitus, tekanan darah tinggi, serta penyakit degeneratif yang lainnya.

2. Gizi Baik atau Normal

Status gizi dapat dikatakan baik apabila nilai indeks massa tubuh (IMT) seseorang mencapai $18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$. Status gizi baik didapatkan apabila asupan zat gizinya seimbang dengan kebutuhan gizi seseorang tersebut. Adapun kebutuhan gizi seseorang ditentukan oleh kebutuhan gizi basal, aktivitas fisik, serta keadaan fisiologis tertentu (misal dalam keadaan sakit).

3. Gizi kurang untuk kurus

Status gizi dapat dikatakan kurang (kurus) apabila nilai indeks massa tubuh (IMT) seseorang mencapai $<18,5 \text{ kg/m}^2$. Status gizi kurang merupakan suatu keadaan tidak sehat (patologis) yang timbul karena tidak tercukupinya kebutuhan makan atau konsumsi energi dan protein dalam jangka waktu tertentu.

Status gizi kurang maupun lebih merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan adanya gangguan gizi. Menurut Nelms dkk (2016) status gizi tidak hanya dinilai dari asupan makanan yang dikonsumsi saja, melainkan berbagai faktor yang terdiri dari faktor internal dan eksternal. Status gizi yang baik menggambarkan adanya dukungan dari faktor internal dan eksternal yang baik, begitu pula sebaliknya. Berikut penjelasan dari kedua faktor tersebut:

Faktor Internal

Faktor primer adalah faktor yang berasal dari dalam diri manusia. Faktor – faktor internal yang mempengaruhi status gizi seseorang diantaranya yaitu faktor biologis, patologis, psikologis, fisiologis tubuh serta nutrisi yang dikonsumsi. Faktor biologis manusia seperti usia dan jenis kelamin. Faktor patologis meliputi penyakit yang pernah atau sedang diderita. Faktor fisiologis tubuh dan psikologis seseorang dapat menentukan perbedaan kebutuhan nutrisi setiap individu. Kemudian faktor nutrisi yang berhubungan dengan kebutuhan makanan yang tersedia bagi tubuh juga menjadi salah satu faktor penting dalam pemenuhan status gizi (Nelms dkk, 2016).

Faktor Eksternal

Faktor sekunder adalah faktor yang berasal dari luar diri manusia. Faktor – faktor eksternal yang mempengaruhi status gizi seseorang diantaranya yaitu faktor lingkungan dan sistem. Pemilihan makanan dengan pertimbangan adat dan sosial dapat mempengaruhi pola konsumsi dan gaya hidup seseorang. Selain itu, faktor sistem diantaranya sistem kesehatan dan pendidikan akan berdampak pada pemenuhan nutrisi serta pelayanan kesehatan yang didapat sehingga berpengaruh terhadap status gizi seseorang (Nelms dkk, 2016).

C. Tinjauan *Wasting* Lansia

Definisi *wasting*

Wasting merupakan penurunan berat badan yang tidak disengaja termasuk kondisi ketika lansia kehilangan berat badan secara signifikan dalam waktu singkat. *Wasting* sebagian disebabkan oleh asupan makanan yang tidak memadai(27). Salah satu masalah khusus yang dihadapi oleh lansia adalah kekurangan gizi. Jika asupan makanan tidak mencukupi kebutuhan tubuh, dapat menyebabkan penurunan berat badan dan meningkatkan risiko penyakit. Lansia yang mengalami kekurangan gizi mungkin menghadapi berbagai risiko, seperti penurunan berat badan, berkurangnya kemampuan fisik, masalah dalam pemenuhan kebutuhan pangan, kesepian, depresi, dan kebingungan mental yang dapat memengaruhi kebiasaan makan mereka (5).

Gizi pada lansia berdampak pada kemunduran kesehatan yang semakin cepat. Status gizi kurang akan menyebabkan penurunan kekebalan tubuh sehingga rentan terkena penyakit. Pemilihan makanan yang kurang baik serta daya serap saluran cerna dapat memicu terjadinya kekurangan gizi (1). Masalah gizi yang terjadi pada lansia dapat berupa gizi kurang atau gizi lebih.

Hasil penelitian di Amerika menunjukkan bahwa, diperkirakan lebih dari 50% usia 65 tahun ke atas mengalami gizi buruk (Meirina, 2013). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hia (2016) pada lansia yang berada di desa suka makmur kecamatan sungai bahar kabupaten muaro jambi mendapatkan hasil bahwa bahwa 11 lansia (21,6%) mengalami nutrisi baik, 19 lansia (37,3%) mengalami risiko malnutrisi, dan 21 lansia (41,2%) mengalami malnutrisi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Oktariyani (2012) pada lansia yang berada di Panti Sosial Tresna Werdha di Jakarta Timur mendapatkan hasil bahwa sebanyak 1 lansia (1,3%) mengalami nutrisi baik, 53 lansia (70,7%) mengalami risiko malnutrisi, dan 21 lansia (28%) mengalami malnutrisi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Akbar, Hamsah, Muspiati (2020) pada lansia yang berada di Desa Banua Baru, mendapatkan hasil bahwa Status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) didapatkan data bahwa lansia dengan $IMT < 19$; 19 Orang, $IMT 19-21$; 9 orang, $IMT 21-23$; 6 orang, $IMT > 23$; 4 orang.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2016) pada lansia yang berada di posyandu bina keluarga karang wreda kusuma kecamatan Mojojoto kota Kediri, mendapatkan hasil bahwa Status gizi kurus sebanyak 35 responden (63%), status gizi normal sebanyak 18 responden (33%), dan responden 2(4%) gemuk. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Phillips et al (2010) menyatakan bahwa kekurangan gizi pada lansia dapat menyebabkan risiko terganggunya kesehatan, hilangnya kemandirian, memperpanjang perawatan di rumah sakit, penurunan kualitas hidup, peningkatan risiko fraktur dan kematian.

Prevalensi kasus gizi kurang pada lansia di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 3.3%. (Infodatin Kemenkes RI, 2016). Pada tahun 2017 kasus lansia yang mengalami gizi kurang menjadi 4,7%. (Kemenkes RI, 2017). Pada tahun 2018 prevalensi gizi buruk di Indonesia pada lansia dengan BB kurang sebanyak 5,8%, lansia dengan BB normal sebanyak 5%, dan lansia dengan BB lebih sebanyak 4% (28).

Penelitian yang dilakukan dalam (Wong et al., 2019) menggunakan Mini Nutritional Assessment (MNA), ditemukan sekitar 44% dari komunitas orang dewasa Tionghoa yang lebih tua berisiko, atau sudah menderita malnutrisi, sedangkan diidentifikasi terdapat 76% dari mereka yang berusia 90 tahun ke atas berisiko kekurangan gizi, tentang risiko malnutrisi dan kaitannya dengan karakteristik demografi, gaya hidup, status kesehatan, diet menunjukkan bahwa didapatkannya 30% berisiko kekurangan gizi, risiko kekurangan gizi mendekati rata-rata global(29).

Penentu *wasting*

1. Penurunan berat badan

Penurunan berat badan yang tidak disengaja (yaitu penurunan berat badan dalam waktu 6 bulan) terjadi pada lanjut usia dan dikaitkan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Penurunan berat badan yang tidak disengaja dapat menyebabkan penurunan fungsional dalam aktivitas sehari-hari, Suplemen nutrisi dan penambah rasa, serta modifikasi pola makan yang mempertimbangkan preferensi pasien dan ketidakmampuan mengunyah atau menelan dapat dipertimbangkan. Stimulan nafsu makan dapat meningkatkan berat badan tetapi memiliki efek samping yang serius dan tidak ada bukti penurunan angka kematian. Berbagai penelitian telah mengamati sitokin inflamasi seperti faktor nekrosis tumor dan hormon usus seperti kolesistokinin, peptida mirip glukagon, dan ghrelin. Peningkatan konsentrasi faktor nekrosis tumor telah dikaitkan dengan penurunan berat badan. Komposisi tubuh berubah seiring bertambahnya usia. Massa tubuh tanpa lemak mulai menurun hingga 0,7 lb (0,3 kg) per tahun pada dekade ketiga. Kehilangan ini diimbangi dengan peningkatan massa lemak yang berlanjut hingga usia 65 hingga 70 tahun. Berat badan total umumnya mencapai puncaknya pada usia 60 tahun, kemudian mengalami penurunan kecil sekitar 0,2 hingga 0,4 lb (0,1 hingga 0,2 kg) per tahun setelah usia 70 tahun.

Pada lansia yang tinggal di komunitas, penyebab penurunan berat badan yang tidak disengaja dapat diklasifikasikan sebagai organik atau psikososial. Berbagai penelitian, prospektif dan retrospektif serta rawat inap dan rawat jalan, telah menunjukkan bahwa etiologi yang paling umum adalah keganasan (19% hingga 36%), penyakit gastrointestinal non-ganas (9% hingga 19%), dan kondisi kejiwaan seperti depresi dan demensia (9% hingga 24%). Secara keseluruhan, penyakit non-ganas lebih umum terjadi dibandingkan penyakit keganasan (30).

2. Indeks Massa Tubuh (IMT) kurang dari 18,5 kg/m²

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu alat untuk memantau status gizi orang dewasa, khusus yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. IMT dapat dilakukan dengan membagi berat badan individu (kg) dengan tinggi badan

individu (m²). Perhitungan IMT dapat diperoleh jika pengukuran berat badan dan tinggi lutut dilakukan terlebih dahulu sebelum dilakukan wawancara.

Hal ini dilakukan untuk mempermudah proses pengambilan data. Meningkatnya berat badan tubuh dapat menunjukkan bertambahnya lemak tubuh atau adanya edema, dan penurunan berat badan dapat menunjukkan adanya perkembangan penyakit asupan nutrisi yang kurang pada lansia ataupun terjadinya kehilangan massa otot dan jaringan lemak. Pengukuran antropometri lain yang dapat dilakukan untuk menentukan status gizi lansia berdasarkan IMT yaitu pengukuran tinggi badan(7).

Tabel 1 Klasifikasi Kriteria Imt Asia Pasifik Menurut Sugondo(31)

Klasifikasi	Indeks Massa Tubuh
<i>Underweight</i> (berat badan kurang)	<18,5
Normal	18,5–22,9
<i>Overweight</i> (berat badan lebih)	≥23
Beresiko	23-24,9
Obes I	25-29,9
Obes II	≥30

Rumus IMT (Indeks Massa Tubuh):

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (m}^2\text{)}}$$

D. Tinjauan Riwayat Penyakit

Lansia lebih cenderung memiliki lebih dari satu penyakit kronis karena pada lansia akan terjadi penurunan fungsi dari organ dalam tubuh(31). Berikut penyakit kronis pada lansia antara lain :

1. Diabetes mellitus

Diabetes melitus disampaikan sebagai suatu penyakit kronis yang menahun akibat dari adanya gangguan metabolik yang memiliki tanda peningkatan kadar glukosa dalam darah (Kementerian Kesehatan RI., 2020). Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemik akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Dimana kadar gula (glukosa) dalam darah melebihi 110 mg/dl dalam keadaan puasa dan melebihi 200 mg/dl dalam keadaan tidak puasa. Diabetes tipe 2 adalah jenis yang paling sering ditemukan, biasanya timbul pada

usia di atas 40 tahun. Banyak negara tidak menyadari dampak bahaya diabetes terhadap sosial ekonomi.

Kurang waspada dan tidak paham akan membuat penyakit diabetes merajalela menghancurkan kehidupan manusia. Komplikasi diabetes timbul akibat kontrol gula tidak teratur, gaya hidup yang keliru, tidak disiplin berdiet, enggan minum obat, atau berolahraga. Gejala umum pasien penderita diabetes adalah sering buang air kecil, cepat lelah dan mengantuk, berat badan menurun drastis, selalu lapar dan haus, gatal-gatal di sekitar kemaluan(32). Diabetes melitus ialah penyakit kronik yang tidak langsung menyebabkan kematian, namun dapat berakibat serius jika tidak ditangani dengan baik. penatalaksanaan diabetes melitus memerlukan penanganan multidisiplin, meliputi pengobatan terapi non-obat dan terapi obat.

International Diabetes Federation(IDF) menyatakan bahwa terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita diabetes melitus pada tahun 2019 dengan prevalensi sebesar 9,3% pada total penduduk pada usia yang sama. IDF memperkirakan prevalensi diabetes, berdasarkan jenis kelamin pada tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring bertambahnya umur penduduk menjadi 19.9% atau 111.2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka ini diprediksikan akan terus meningkat mencapai hingga 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045. IDF menyatakan penderita DM pada umur 20-79 tahun, terdapat 10 negara dengan jumlah penderita tertinggi dunia yaitu : Cina 116,4 juta jiwa, India 77 juta jiwa, Amerika Serikat 31 juta jiwa, ketiga negara ini menempati urutan 3 teratas pada tahun 2019. Indonesia berada di peringkat ke 7 diantara 10 negara dengan jumlah penderita 10,7 juta jiwa (33).

2. Penyakit kardiovaskuler

Penyakit kardiovaskuler sendiri merupakan penyakit yang disebabkan adanya gangguan fungsi pada jantung serta pembuluh darah di dalam tubuh. Salah satu penyakit yang termasuk penyakit kardiovaskuler sendiri adalah Penyakit Jantung Koroner (PJK). Penyakit Jantung Koroner adalah gangguan pada fungsi jantung karena penyempitan pada pembuluh darah koroner atau arteri koroner yang dapat dicegah dengan pola hidup sehat (Dwi Erawati Ambar, 2021).

Berdasarkan penelitian dari Shabbir (2004), tentang PJK pada lanjut usia (lansia), menunjukkan kecenderungan wanita dengan PJK meningkat dari 50% (60-65 tahun) menjadi 55% (70-79 tahun), dan 76% (>80 tahun). Pada wanita usia 70 tahun, memiliki risiko PJK yang lebih tinggi (35%) dibandingkan dengan lakilaki (24%). Penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian utama pada klien usia >65 tahun di beberapa negara berkembang, termasuk Indonesia. PJK pada usia lanjut mempunyai risiko tinggi terhadap kematian dan adverse event. Perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskular bertanggung jawab terhadap peningkatan insidensi PJK dan komorbiditasnya pada kelompok usia lanjut (34)

3. Kanker

Penurunan berat badan adalah salah satu tanda awal kanker seperti paru-paru, pankreas, lambung, atau kerongkongan. Penurunan berat badan Menurut American Cancer Society (ACS), banyak orang secara tak terduga turun sebelum didiagnosis, meskipun penurunan berat badan dapat disebabkan oleh kondisi kesehatan tertentu seperti hipertiroidisme dan diabetes. Kehilangan darah seperti kanker usus besar dapat menyebabkan pendarahan dubur yang tidak biasa (atau darah dalam tinja). Demikian pula, darah dalam urin mungkin merupakan gejala kanker prostat atau kandung kemih, kehilangan nafsu makan tanda-tanda lain bisa menjadi tanda kanker, gangguan pencernaan yang terus-menerus atau kesulitan menelan, atau rasa sakit setelah makan dapat menjadi gejala kanker tertentu. Demam merupakan tanda awal kanker, ini bisa menjadi indikasi kanker darah, termasuk leukemia atau limfoma., Benjolan dalam kasus yang jarang, dapat berarti kanker, tetapi benjolan, atau pembengkakan yang tidak dapat dijelaskan bisa menjadi tanda masalah yang lebih serius di bawah kulit. Sesuai dengan Cleveland Clinic, benjolan kanker yang dapat dirasakan dari luar tubuh dapat muncul di payudara, testis, atau leher, tetapi juga di lengan dan kaki, kelelahan yang tidak dapat dijelaskan sebenarnya adalah salah satu gejala kanker yang paling umum. Kelelahan yang tampaknya tidak hilang meskipun tidur yang cukup bisa menjadi tanda kondisi kesehatan yang mendasarinya. Juga, kanker yang menyebar, atau bermetastasis, dapat menyebabkan rasa sakit, kata sebuah artikel di Healthline. Sebagai contoh, nyeri punggung dapat terjadi pada kanker seperti kanker usus besar, kanker ovarium, kanker prostat(35).

Penderita kanker seringkali mengalami gangguan nutrisi akibat dari efek samping terapi yang digunakan seperti anoreksia, perubahan ambang rasa kecap, penurunan berat badan, anemia, gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Keadaan ini merupakan akibat dari kanker baik lokal maupun sistemik dan juga merupakan komplikasi pengobatan kanker. Salah satu penanganan medis pada kanker adalah dengan pengobatan kemoterapi. Lebih dari separuh penderita mendapatkan tindakan pengobatan dengan kemoterapi dan efeknya bagi banyak penderita sangat sensitive. Kemoterapi adalah tindakan terapi pemberian senyawa kimia (obat) untuk mengurangi, menghilangkan atau menghambat pertumbuhan parasit atau mikroba ditubuh pasien. Efek samping yang sering timbul pada pasien kemoterapi adalah mual muntah. Gangguan ini bervariasi tingkatnya dari yang ringan sampai pada kematian akibat dehidrasi dan kurangnya asupan makanan oleh pasien. Efek samping lainnya dari kemoterapi adalah anoreksia. Anoreksia adalah hilangnya atau berkurangnya nafsu makan yang merupakan faktor utama dalam terjadinya malnutrisi pada kanker. Penurunan nafsu makan oleh berbagai penyebab ini tampaknya merupakan faktor utama dalam terjadinya penurunan berat badan. Tidak jarang pada penderita yang mendapat asupan makanan yang adekuat juga mengalami penurunan berat badan karena terjadinya hipermetabolisme pada penderita kanker (36).

4. Penyakit *tuberkulosis*

Penyakit TB dapat menyebabkan gizi buruk, dan keadaan gizi buruk dapat meningkatkan risiko kejadian infeksi termasuk TB. Ironisnya, di Indonesia banyak sekali penderita TB yang kurang memperhatikan gizi karena berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi serta menganggap gizi itu mahal. Selain itu, pada pasien TB terjadi kehilangan nafsu makan, mual, muntah, sakit perut, diare, serta perubahan metabolisme yang disebabkan oleh penyakit. Hal inilah yang menjadi penyebab terjadinya percepatan gizi buruk akibat asupan yang tidak mencukupi, sehingga berdampak pada sistem kekebalan tubuh menjadi melemah dan lebih mudah sakit.

Berdasarkan penelitian Rahmi dkk pada tahun 2017 di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Lubuk Alung Sumatera Barat, terdapat hubungan antara status gizi dengan kejadian TB paru, dimana dari 20 responden yang terkena TB Paru terdapat 14 responden yang memiliki status gizi kurus, sedangkan dari 30 responden yang tidak

menderita TB paru terdapat 3 responden yang memiliki status gizi kurus. Sedangkan penelitian Elsa dkk pada tahun 2016 di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, menunjukkan dari 71 responden penelitian yang menderita TB Paru, status gizi berdasarkan indeks massa tubuh (IMT) didapatkan hasil 33 orang memiliki IMT yang tergolong normal, 31 orang *underweight*, 4 orang *overweight*, dan 3 orang obesitas. Hasil penelitian Berhanu dkk pada tahun 2019 di negara bagian Amhara Ethiopia, dimana dari 1806 pasien TB dan 3612 pasien yang belum pernah terinfeksi TB kemungkinan terjadinya malnutrisi dimana pasien TB ekstra paru memiliki risiko 47% lebih tinggi dibandingkan pasien TB paru. Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Jonathan dkk pada tahun 2014 di Manado menunjukkan sebagian besar penderita TB paru memiliki status gizi kurang yaitu sebesar 45,5%(37).

E. Tinjauan Pola Makan Lansia

Pola makan adalah perilaku dapat mempengaruhi keadaan gizi seseorang. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga akan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat(38). Pengertian pola makan menurut Handajani adalah tingkah laku manusia atau sekelompok manusia dalam memenuhi makanan yang meliputi sikap, kepercayaan, dan pilihan makanan, sedangkan menurut Suhardjo pola makan di artikan sebagai cara seseorang atau sekelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsi makanan terhadap pengaruh fisiologis, psikologis, budaya dan sosial(39). Secara umum pola makan memiliki 3 (tiga) komponen yang terdiri dari:

1. Jenis makan adalah sejenis makanan pokok yang dimakan setiap hari terdiri dari makanan pokok, Lauk hewani, Lauk nabati, Sayuran ,dan Buah yang dikonsumsi setiap hari Makanan pokok adalah sumber makanan utama di negara indonesia yang dikonsumsi setiap orang atau sekelompok masyarakat yang terdiri dari beras, jagung, sagu, umbi-umbian, dan tepung. (Sulistyoningsih, 2011).
2. Frekuensi makan adalah beberapa kali makan dalam sehari meliputi makan pagi, makan siang, makan malam dan makan selingan (Depkes, 2013). sedangkan menurut Suhardjo (2009) frekuensi makan merupakan berulang kali makan sehari dengan jumlah tiga kali makan pagi, makan siang, dan makan malam.
3. Jumlah makan adalah banyaknya makanan yang dimakan dalam setiap orang atau setiap individu dalam kelompok.Willy (2011)

Kebutuhan gizi pada lansia sangat spesifik karena terjadi perubahan proses fisiologi dan psikososial sebagai akibat proses menua. Berikut adalah kebutuhan gizi yang harus dipenuhi oleh lansia(1)

1. Karbohidrat

Sebagai salah satu jenis zat gizi, fungsi utama karbohidrat adalah sebagai penghasil energi di dalam tubuh. Setiap 1 gram karbohidrat menghasilkan energi sebesar 4 kkal. Konsumsi karbohidrat yang dianjurkan adalah 55–60 % kebutuhan energi sehari. Karbohidrat dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Karbohidrat sederhana

Contoh: gula pada buah, madu, dan gula pasir.

b. Karbohidrat kompleks

Karbohidrat kompleks merupakan jenis karbohidrat yang lebih diutamakan untuk dikonsumsi, yaitu sekitar 3-4 porsi sehari. Contoh : nasi, kentang, jagung, singkong, ubi, pasta, roti, gandum, sagu, dll.

c. Protein

Protein akan diubah menjadi asam amino di dalam tubuh yang berfungsi untuk membangun dan memelihara sel-sel tubuh. Selain itu, protein juga dapat berfungsi sebagai sumber energi dengan menyediakan 4 kkal per gram. Protein banyak terdapat pada bahan makanan hewani seperti ikan, unggas, daging sapi, telur ayam, susu rendah lemak, dan bahan makanan nabati seperti tahu dan tempe.

d. Lemak

Lemak merupakan zat gizi yang dibutuhkan tubuh. Lemak merupakan salah satu sumber energi, dimana satu gram lemak menghasilkan 9 kkal energi. Lemak juga berfungsi sebagai pelarut vitamin A, D, E dan K. Lemak yang terdapat di dalam makanan terdiri dari lemak jenuh dan lemak tidak jenuh. Lemak tidak jenuh dibagi menjadi dua, yaitu lemak tak jenuh tunggal dan lemak tak jenuh ganda. Konsumsi lemak jenuh yang berlebihan dikaitkan dengan peningkatan kadar kolesterol dalam darah. Lemak jenuh cenderung meningkatkan kadar kolesterol dan trigliserida yang berbahaya bagi kesehatan. Bahan makanan yang banyak mengandung lemak jenuh adalah lemak hewan, lemak susu,

mentega, keju, santan, margarin, minyak kelapa, kue-kue yang terbuat dari bahan tersebut.

e. Serat

Konsumsi serat sangat penting bagi lansia. Kurangnya serat dapat menyebabkan masalah seperti sembelit, hemoroid, kanker usus besar, diabetes, penyakit jantung, dan obesitas. National Cancer Institute merekomendasikan agar lansia mengonsumsi serat sebanyak 20-30 gr/ hari. Sumber serat yang baik meliputi sayuran, buah-buahan, sereal (seperti beras, jagung, gandum, dan lain-lain), serta kacang-kacangan.

Menurut peneliti dari hasil observasi skor pola makan lansia yang memiliki pola makan kurang terjadi karena penyusunan menu makanan atau kebiasaan makan yang buruk, hal ini membuat kurangnya intake nutrisi sehingga dapat menyebabkan beberapa penyakit pada lansia, seperti obesitas, rematik, konstipasi (susah buang air besar), hipertensi, penyakit kardiovaskuler, KEK atau kurang energi kronik (40).

Pemberian makanan untuk lansia

- 1) Porsi makan kecil tapi sering, dianjurkan makan besar 3 kali dan selingan 2 kali sehari.
- 2) Sayuran dipotong lebih kecil, bila perlu dimasak sampai empuk, daging dicincang dan buah dijus/blender.
- 3) Makan bersama teman akan lebih meningkatkan nafsu makan.
- 4) Penggunaan bumbu-bumbu seperti bawang merah, bawang putih, jahe, kunyit, lada, gula, dan sebagainya dapat meningkatkan citarasa makanan.

Metode pengukuran konsumsi makanan

Pengukuran konsumsi pangan dapat dilakukan dalam tiga area: mengukur asupan gizi pada tingkat individu, mengukur asupan gizi pada tingkat rumah tangga, dan mengukur konsumsi pangan pada suatu wilayah. Metode yang sering digunakan untuk mengukur asupan gizi pada individu meliputi *recall* 24 jam, catatan makanan estimasi, penimbangan makanan, riwayat diet, dan frekuensi makanan (41).

1) Metode *recall* 24 hour

Metode *recall* 24-jam, sering disebut juga metode *recall*, digunakan untuk mengukur asupan gizi individu dalam sehari. Metode ini dilakukan dengan meminta individu untuk melaporkan makanan

yang dikonsumsi dalam 24 jam terakhir, mulai dari bangun tidur pagi hari hingga tidur malam hari. Tujuan dari metode ini adalah untuk mengetahui asupan zat gizi individu dalam sehari, sehingga termasuk dalam kategori metode kuantitatif. Pada dasarnya, metode ini melibatkan pencatatan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi sehari sebelumnya (misalnya, jika *recall* dilakukan pada hari Selasa, maka makanan yang ditanyakan adalah dari 24 jam pada hari Senin).

Dalam pengumpulan data, ada dua cara wawancara *recall*: pertama, dengan menanyakan asupan makanan mulai dari pagi kemarin hingga malam hari kemarin; kedua, dengan menanyakan asupan makanan dalam 24 jam sebelum wawancara. Prinsip pengukuran metode *recall* 24-jam adalah mencatat semua makanan yang dikonsumsi, baik di rumah maupun di luar rumah, termasuk nama makanan, komposisi, serta beratnya dalam gram atau ukuran rumah tangga (URT). Penting untuk menanyakan jumlah konsumsi makanan secara rinci menggunakan URT seperti sendok, gelas, atau piring. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih akurat tentang kebiasaan makan sehari-hari, wawancara *recall* sebaiknya dilakukan minimal dua kali dalam periode 24 jam dengan hari yang tidak berurutan.

2) Metode *estimated food record*

Metode *estimated food record*, yang juga dikenal sebagai food record atau diary record, adalah teknik untuk mengukur asupan gizi individu dengan memperkirakan jumlah makanan yang dikonsumsi berdasarkan catatan makanan. Prinsip pengukuran metode ini mirip dengan metode *recall* 24 jam, yaitu mencatat semua makanan yang dikonsumsi selama 24 jam, dari pagi hingga malam hari. Namun, perbedaannya adalah responden diminta untuk mencatat sendiri semua jenis makanan serta berat atau ukuran rumah tangga (URT) selama 24 jam. Formulir yang digunakan serupa dengan format pada metode *recall* 24 jam.

Metode penimbangan makanan (*food weighing*) adalah metode pengukuran asupan gizi individu yang dilakukan dengan menimbang makanan yang dikonsumsi. Dalam metode ini, responden atau petugas harus menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi selama 24 jam. Jika ada makanan yang tersisa, sisa makanan tersebut juga ditimbang untuk menentukan konsumsi makanan yang sebenarnya. Formulir yang digunakan untuk pengumpulan data

memiliki kesamaan dengan formulir pada metode *recall* 24 jam. Pengumpulan data biasanya dilakukan selama beberapa hari, tergantung pada tujuan, dana, dan sumber daya yang tersedia.

3) Metode Frekuensi Makanan (*food frequency*)

Metode frekuensi makanan, atau FFQ (*Food Frequency Questionnaire*), digunakan untuk mengumpulkan data tentang pola dan kebiasaan makan individu selama periode tertentu, biasanya satu bulan, namun bisa juga mencakup enam bulan atau satu tahun terakhir. Ada dua bentuk metode frekuensi makanan: FFQ kualitatif dan FFQ semi-kuantitatif.

Metode FFQ kualitatif, sering disebut sebagai FFQ, tergolong metode kualitatif karena fokusnya pada frekuensi konsumsi makanan. Informasi yang diperoleh dari metode ini mencakup pola dan kebiasaan makan individu (*habitual intakes*), dengan menanyakan konsumsi makanan spesifik terkait zat gizi tertentu, jenis makanan, atau kelompok makanan tertentu.

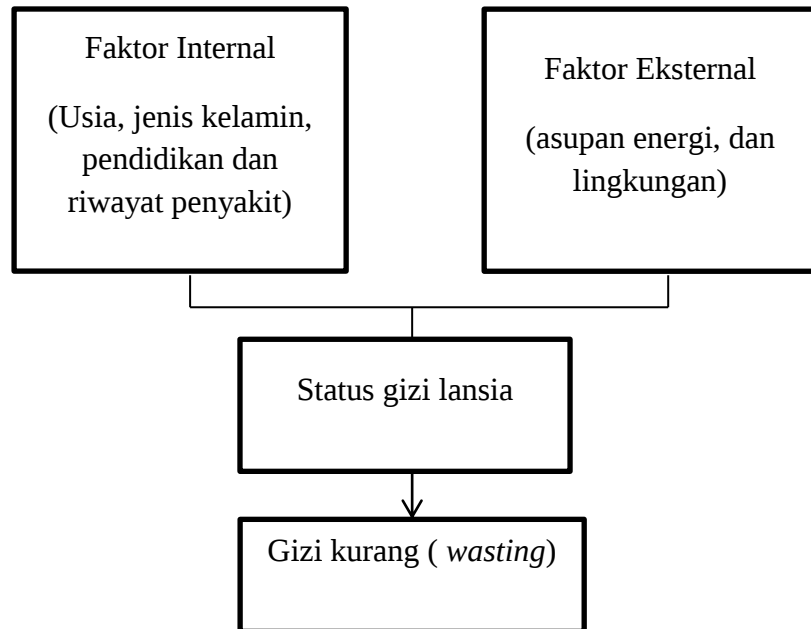
Sementara itu, metode FFQ semi-kuantitatif (*Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire*) atau SFFQ digunakan untuk memperoleh gambaran tentang kebiasaan asupan gizi individu dalam periode waktu tertentu. Tujuan metode ini adalah untuk mengetahui rata-rata asupan zat gizi harian individu. Berbeda dengan FFQ, metode SFFQ juga menanyakan rata-rata ukuran atau jumlah makanan yang dikonsumsi setiap kali makan, baik dalam bentuk berat atau ukuran rumah tangga (URT). Dengan data ini, rata-rata berat makanan per hari dapat dihitung, dan selanjutnya, asupan zat gizi harian dapat diperkirakan dengan menggunakan daftar komposisi bahan makanan (DKBM), daftar penukar, atau perangkat lunak komputer..

Hubungan pola makan dengan *wasting* lansia

Hubungan antara pola makan dan kesehatan gizi termasuk aspek yang mempengaruhi kondisi gizi kurang adalah salah satu tema penting dalam studi pendidikan mengenai kehidupan sehat. Pola makan yang tidak seimbang atau tidak sesuai dengan rekomendasi nutrisi umum dapat menyebabkan defisit (kekurangan hara) atau disekualisasi (lebih banyak daripada yang diperlukan). Beberapa faktor yang berhubungan dengan pola makan yang mempengaruhi risiko terkena gizi kurang seperti konsumsi makanan ringan yang

rendah dalam konten gizi, pemilihan makanan yang tinggi dalam karbohidrat sederhana dan lemak trans, kurangnya konsumsi sayuran, buah, dan biji-bijian, kurangnya aktivitas fisik yang mencampurkan dengan pola makan. menu makanan yang kurang baik sehingga menyebabkan pola makan yang kurang untuk lansia seperti sarapan pagi setelah jam 09.00, makan malam pukul 23.00 atau tengah malam, makan snack (jajan) pukul 13.00 (Ayu. 2013). Menurut peneliti dari hasil observasi skor pola makan lansia yang memiliki pola makan kurang terjadi karena penyusunan menu makanan atau kebiasaan makan yang buruk, hal ini membuat kurangnya intake nutrisi sehingga dapat menyebabkan beberapa penyakit pada lansia, seperti obesitas, rematik, konstipasi (susah buang air besar), hipertensi, penyakit kardiovaskuler, KEK atau kurang energi kronik Menurut penelitian pola makan yang baik tetapi status gizi kurang itu terjadi karena perubahan lingkungan sosial seperti perubahan kondisi ekonomi karena pensiun dan kehilangan pasangan hidup dapat membuat lansia merasa terisolasi dari kehidupan sosial dan mengalami depresi karena stress tersebut, meskipun lansia memiliki pola makan yang baik tapi gizinya kurang. Hal ini terjadi karena lansia mengalami stress. Depresi lansia karena tidak adanya kegiatan saat dirumah sehingga menyebabkan frekuensi dan jumlah makanan yang dimakan tidak maksimal walaupun pola makannya sudah baik tetapi makan hanya sedikit sehingga menyebabkan status gizinya jadi kurang(40).

F. Kerangka Teori

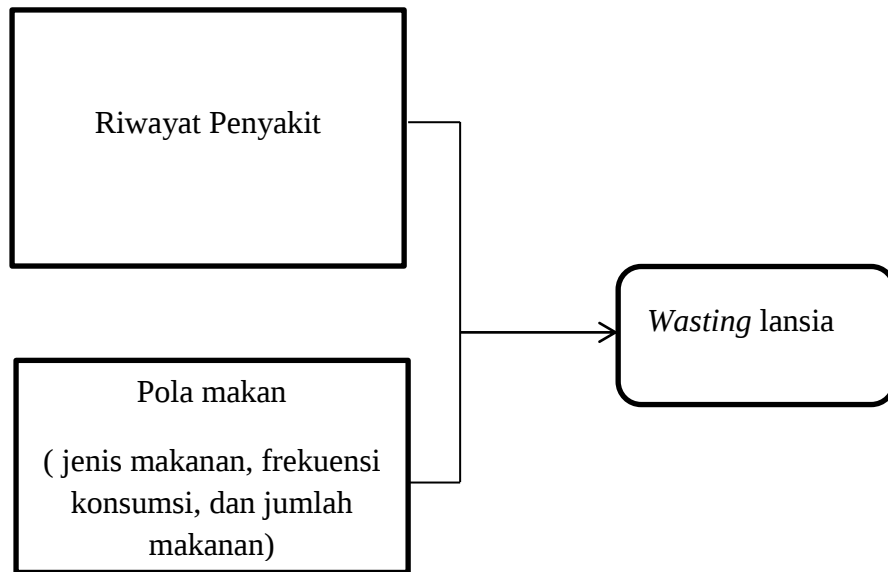


Gambar 1 Kerangka Teori

Sumber: model konseptual determinan gizi Unicef 2013 dan Nelms dkk

G. Kerangka Pikir

Kerangka pikir merupakan kumpulan suatu hubungan yang berkaitan antara variabel yang diamati melalui sebuah penelitian. Dibawah ini dijabarkan kerangka pikir yang akan dijadikan dasar peneliti di Puskesmas Lumpue Kota Parepare :



Gambar 2 Kerangka Pikir

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif deskriptif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian ilmiah yang sistematis yang dapat digunakan mengumpulkan dan menganalisis data numerik untuk menjawab pertanyaan penelitian dan menguji hipotesis. Penelitian deskriptif kuantitatif adalah penelitian yang menggambarkan variabel secara apa adanya didukung dengan data-data berupa angka yang dihasilkan dari keadaan sebenarnya. Penelitian ini dapat menggunakan kuesioner, wawancara, atau observasi untuk mengumpulkan data dari kelompok kasus (lansia yang mengalami *wasting*).

B. Tempat Dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Lumpue Kota Parepare. Waktu penelitian pada tanggal 24 Januari sampai 9 Mei 2024.

C. Populasi Dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia di wilayah kerja Puskesmas Lumpue. Sampel adalah sebagian dari lansia di wilayah Puskesmas Lumpue Kota Parepare. Pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi.

Jumlah sampel yang diteliti menggunakan rumus Slovin, yaitu sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = Ukuran populasi

E = persentase toleransi kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat diterima (0.1).

Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 1.463 orang, sehingga:

$$n = \frac{1.463}{1 + 1.463 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{1.463}{1 + 1.463 (0,01)}$$

$$n = \frac{1.463}{1 + 14,63}$$

$$n = \frac{1.463}{15,63}$$

$$n = 94 \text{ orang}$$

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 94 orang.

Kriteria inklusi adalah kriteria yang memenuhi kriteria penelitian yaitu:

1. Lansia yang berumur 60-90 tahun.
2. Lansia yang tidak pikun dan mampu berkomunikasi dengan baik.

Kriteria eksklusi adalah pemilihan subjek penelitian yang tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat:

1. Lansia yang berumur < 90 tahun
2. Lansia yang pikun, dan tidak mampu berkomunikasi dengan baik.

D. Definisi Operasional

Wasting

Wasting adalah suatu keadaan status gizi pada lansia yang ditandai dengan IMT (Indeks Massa Tubuh) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ yang mengalami penurunan berat badan dalam waktu 6 bulan.

Kriteria objektif:

Wasting : Jika $\text{IMT} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ dan penurunan berat badan dalam waktu 6 bulan

Tidak wasting : Jika $\text{IMT} > 18,5 \text{ kg/m}^2$ dan tidak terjadi penurunan berat badan dalam waktu 6 bulan

Riwayat penyakit

Riwayat penyakit merujuk pada jenis penyakit yang pernah diderita oleh lansia berdasarkan diagnosis dokter dalam 1 tahun terakhir.

Pola makan

Pola makan merujuk pada jumlah asupan karbohidrat, lemak dan protein dengan metode *recall* 24 jam, dengan kriteria objektif :

Lebih : Jumlah konsumsi $> 110 \%$ AKG

Cukup : Jumlah konsumsi $80\text{-}110 \%$ AKG

Kurang: Jumlah konsumsi $< 80 \%$ AKG

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner. Pada tahap pengumpulan data penelitian menggunakan instrumen yang dapat diklasifikasi yaitu riwayat penyakit dan pola makan pada lansia.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Data primer adalah data yang dikumpulkan peneliti secara langsung dari sumber informasi melalui kuesioner yang berupa kejadian wasting diperoleh melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan lansia, pola makan dengan menggunakan metode *recall* 24 jam dan data riwayat penyakit di peroleh melalui wawancara menggunakan kuesioner.

2. Data sekunder adalah berupa data yang di peroleh di Puskesmas Lumpue Kota Parepare dengan mengumpulkan jumlah lansia dan status gizi lansia.

G. Pengelolaan data

1. Pemeriksaan Data (*Editing*) Peneliti melakukan pengecekan kuesioner dengan memastikan kejelasan dan relevansi jawaban responden. Pengecekan kuesioner dilakukan setiap kali kusioner telah selesai dijawab oleh responden dengan memberi tanda silang pada kuesioner tersebut.
2. Pengkodean Data (*Coding*) Setelah diperiksa kelengkapan data, peneliti memberikan kode pada variabel sesuai dengan angka penilaian. Untuk kuesioner *wasting coding* yang digunakan adalah sebagai berikut: jika responden menjawab selalu diberi kode 4, sering diberi kode 3, jarang diberi kode 2 dan tidak pernah diberi kode 1.
3. Memasukkan Data (*Entry Data*) Setelah dilakukan pengkodean, kemudian jawaban masing-masing responden dijumlahkan dan kode jawaban dimasukkan ke dalam master tabel dengan menghitung frekuensi data, kemudian dilakukan pengolahan data dengan menggunakan sistim komputerisasi, dengan sofwer SPSS versi 25
4. Membersihkan Data (*Cleaning Data*) Setelah data setiap responden selesai dilakukan pengecekan kembali untuk melihat kembali kemungkinan salah kode dan memasukkan data ke master tabel kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.
5. Penyusunan Data (*Tabulating*) Tahap ini peneliti melakukan pemindahan dari data kuesioner kedalam tabel yang telah dipersiapkan yaitu data yang telah didapatkan nilainya dan dimasukkan ke dalam tabel kemudian di analisa.

H. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis univariat.

Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi tiap variabel yang diteliti, baik variabel dependen meliputi riwayat penyakit (seperti diabetes mellitus, penyakit kardiovaskuler, tuberkulosis, dan kanker) serta pola makan (termasuk jenis makanan, frekuensi konsumsi, dan jumlah makanan) maupun variabel independen meliputi *wasting* lansia. Data yang dihasilkan dapat berupa kategorik sesuai dengan hasil ukur yang terdapat dalam definisi operasional.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Lumpue adalah salah satu Puskesmas di Kelurahan Lumpue Kecamatan Bacukiki Barat Kota Parepare. Wilayah kerja Puskesmas Lumpue terbagi dalam 6 wilayah kerja yaitu Kelurahan Lumpue, Sumpang Minangae, Cappagalung, Bumi Harapan Tirosompoe dan Kampung Baru. Terdapat 7 pustu dan 3 poskeskel. Batas wilayah puskesmas ini yaitu :

1. Sebelah Timur : Kecamatan Bacukiki
2. Sebelah Selatan : Perbatasan Kota Parepare-Kabupaten Barru
3. Sebelah Utara : Kelurahan Sumpang Minangae
4. Sebelah Barat : Pantai Lumpue

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas lumpue kota parepare. Pengumpulan data dilaksanakan dari tanggal 02 mei sampai dengan 02 juni 2024.

B. Hasil penelitian

Hasil uji analisis univariat

Hasil uji Analisis univariat ini digunakan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi tiap variabel yang diteliti, baik variabel dependen meliputi riwayat penyakit (diabetes mellitus, penyakit kardiovaskuler, TB dan kanker) dan pola makan (jenis makanan, frekuensi makanan, dan jumlah makanan) maupun variabel independen meliputi *wasting* lansia. Data hasil penelitian ini diolah berdasarkan langkah-langkah pengelolaan data menggunakan computer program spss 25, kemudian disajikan dalam bentuk table dan narasi seperti berikut ini:

1. Karakteristik responden

Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan dan pekerjaan dari hasil wawancara menggunakan kuesioner, dapat dilihat pada tabel berikut:

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak yaitu perempuan sebanyak 54 orang (57,4%) dan paling sedikit yaitu laki-laki sebanyak 40 orang (42,6%). Berdasarkan usia terbanyak yaitu usia 60-70 tahun sebanyak 50 orang (53,2%) dan paling sedikit yaitu usia 71-80 tahun sebanyak 17 orang (18,1) . Berdasarkan pendidikan terbanyak responden yaitu SD sebanyak 49 orang (52,1%) dan paling sedikit yaitu SMA sebanyak 5 orang (5,3%). Berdasarkan pekerjaan responden yang paling banyak

yaitu IRT sebanyak 54 orang (58%) dan paling sedikit yaitu PNS sebanyak 1 orang (1,1%).

Tabel 2 Distribusi Karakteristik Responnden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan Dan Pekerjaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki – laki	40	42,6
Perempuan	54	57,4
Usia		
60-70	50	53,2
71-80	17	18,1
81-90	27	28,7
Pendidikan		
SD	49	52,1
SMP	40	42,6
SMA	5	5,3
Pekerjaan		
IRT	54	57,4
PNS	1	1,1
Buruh swasta	39	41,5
Total	94	100

Sumber: data primer 2024

Tabel 3 Distribusi Kejadian Wasting Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Variabel	N	%
Wasting	45	47,9
Tidak wasting	49	52,1
Total	94	100

Sumber : data primer 2024

Tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi responden yang mengalami kejadian wasting yaitu sebanyak 45 orang (47,9%) dan tidak wasting sebanyak 49 orang (52,1%).

Tabel 4 menunjukkan distribusi riwayat penyakit pada lansia yang mengalami penyakit Diabetes mellitus yaitu sebanyak 2,1% dan yang tidak mengalami penyakit diabetes mellitus yaitu sebanyak 97,9%, penyakit hipertensi yang mengalami sebanyak 83% dan tidak mengalami hipertensi yaitu sebanyak 17%, penyakit katarak sebanyak 70,2%, penyakit caphalgia, LBP dan neuropati sebanyak 1,1%.

Tabel 4 Distribusi Riwayat Penyakit Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Riwayat Penyakit	n	%
Diabetes melitus		
Ya	2	2,1
Tidak	92	97,9
Hipertensi		
Ya	78	83,0
Tidak	16	17,0
Penyakit lainnya		
Caphalgia	1	1,1
Dispepsia	4	4,3
Ispa	3	3,2
Katarak	66	70,2
LBP	1	1,1
Malaria	12	12,8
Neuropati	1	1,1
Vertigo	6	6,4
Total	94	100

Sumber: data primer 2024

Tabel 5 menunjukkan bahwa jumlah konsumsi responden pada asupan karbohidrat dengan kategori kurang sebanyak 96,8%. Berdasarkan asupan lemak dengan kategori kurang sebanyak 54,3%. Berdasarkan asupan protein dengan kategori kurang sebanyak 81,9%.

Tabel 5 Distribusi Pola Makan Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Pola Makan	n	%
Karbohidrat		
Lebih	1	1,1
Cukup	2	2,1
Kurang	91	96,8
Lemak		
Lebih	22	23,4
Cukup	21	22,3
Kurang	51	54,3
Protein		
Lebih	2	2,1
Cukup	15	16
Kurang	77	81,9
Total	94	100

Sumber : data primer 2024

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan Sumber Karbohidrat Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Nama bahan makanan	Skor	Frekuensi konsumsi						Total	Rata-rata
		>1 x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x / minggu	1-3x/bulan	Tidak pernah		
		50	25	15	10	1	0		
Nasi putih	s	4700					0	4700	50
	n	94						94	
Roti	s			45	380	53	0	478	5,08
	n			3	38	53		94	
Jagung	s	50	150	90	260	55	0	470	5
	n	1	6	6	26	55	0		
Ubi	s		50	75	440	43	0	608	6,46
	n		2	5	44	43		94	
Kentang	s			30	80	62	0	172	1,82
	n	0		2	8	62		94	

Sumber : data primer 2024

Tabel 6 menunjukkan bahwa frekuensi konsumsi jenis bahan makanan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi oleh responden yaitu nasi putih (skor 50) dikonsumsi >1x /hari, jagung (skor 5), ubi (skor 6,46), roti (skor 5,08) dan kentang (skor 1,82) dikonsumsi sebanyak 1-3x /bulan.

Tabel 7 Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan Sumber Protein Hewani Dan Nabati Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Nama bahan makanan	Skor	Frekuensi konsumsi						Total	Rata-rata
		>1 x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x / minggu	1-3x/bulan	Tidak pernah		
		50	25	15	10	1	0		
Daging ayam	s	100		120	620	22		862	9,17
	n	2		8	62	22		94	
Daging sapi	s	50		75	30	60	0	215	2,28
	n	1		30	3	60	0	94	
Daging kambing	s				170	77	0	247	2,62
	n				17	77	0	94	
Ikan	s	100		270	410	33	0	813	8,64
	n	2		18	41	33	0	94	
Udang	s	50		315	300	33	0	698	7,42
	n	1		30	30	33	0	94	

Nama bahan makanan	Skor	Frekuensi konsumsi						Total	Rata-rata
		>1 x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x / minggu	1-3x/bulan	Tidak pernah		
		50	25	15	10	1	0		
Telur	s	100	50	735	380	3	0	1268	13,48
	n	2	2	49	38	3	0	94	
Tahu	s	250	125	375	580	1	0	1331	14,15
	n	5	5	25	58	1	0	94	
Tempe	s	200	225	315	60	54	0	854	9,08
	n	4	9	21	6	54	0	94	
Kacang kedelai	s	50	25	15	210	70	0	862	9,17
	n	1	1	1	21	70	0	94	

Sumber : data primer 2024

Tabel 7 menunjukkan bahwa frekuensi konsumsi jenis bahan makanan sumber protein hewani yaitu daging ayam (skor 9,17), daging kambing (skor 2,62) dan ikan (skor 8,64) dikonsumsi sebanyak 1-3x /bulan, telur (skor 13,48), udang (skor 7,42) dan daging sapi (skor 2,28) dikonsumsi sebanyak 3-6x /minggu. Berdasarkan sumber protein nabati yaitu tahu (skor 14,15), dan kacang kedelai (skor 3,93) dikonsumsi sebanyak 3-6x /minggu, tempe (skor 9,08) dikonsumsi sebanyak 1-2x / minggu.

Tabel 8 menunjukkan bahwa frekuensi jenis bahan makanan sumber sayuran yaitu kacang panjang (skor 20,9), bayam (skor 19,77), terong (skor 15,53) dikonsumsi sebanyak 1-2x /minggu, kangkung (skor 28,67) dikonsumsi sebanyak 1x /hari, buncis (skor 13,15) dan kol (skor 10,15) dikonsumsi sebanyak 3-6x /minggu dan wortel (skor 4,46) dikonsumsi sebanyak 1x /bulan. Berdasarkan buahan yaitu tomat (skor 38,72) dikonsumsi sebanyak 1x / hari, mangga (skor 10), semangka (skor 10,07), dan pepaya (skor 14,34) dikonsumsi 3-6x /minggu, serta pisang (skor 8,52), alpukat (skor 4,59), nanas (skor 3,79) dan jeruk manis (skor 3,14) dikonsumsi sebanyak 3-6x / minggu dan apel (skor 1.09) dikonsumsi sebanyak 1-3x / bulan.

Tabel 8 Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Makanan Sumber Sayuran Dan Buahhan Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Nama bahan		Frekuensi konsumsi						Total	Rata-rata
Makanan		>1 x/hari	1x/hari	3-6x/ minggu	1-2x / minggu	1-3x/ bulan	Tidak pernah		
Skor		50	25	15	10	1	0		
Bayam	s	300	1300	210	30	19	0	1859	19,77
	n	6	52	14	3	19	0	94	
Kacang panjang	s	150	1450	270	90	6	0	1966	20,91
	n	3	58	18	9	6	0	94	
Buncis	s	100	25	795	310	7	0	1237	13,15
	n	2	1	53	31	7	0	94	
Terong	s	100	375	915	60	10	0	1460	15,53
	n	2	15	61	6	10	0	94	
Kangkung	s	2100	75	225	290	5	0	2695	28,67
	n	42	3	15	29	5	0	94	
Wortel	s			60	300	60	0	420	4,46
	n			4	30	60	0	94	
Kol	s	400	75	300	130	50	0	955	10,15
	n	8	3	20	13	50	0	94	
Tomat	s	2600	1025	15				3640	38,72
	n	52	41	1				94	
Semangka	s	50		90	800	7	0	947	10,07
	n	1		6	80	7	0	94	
Pepaya	s	50	50	1095	150	3	0	1348	14,34
	n	1	2	73	15	3	0	94	
Pisang	s	50	100	390	620	1	0	801	8,52
	n	1	4	26	62	1	0	94	
Jeruk manis	s		25	75	120	76	0	296	3,14
	n		1	5	12	76	0	94	
Apel	s				10	93	0	103	1,09
	n				1	93	0	94	
Alpukat	s	150		60	150	72	0	432	4,59
	n	3		4	15	72	0	94	
Mangga	s	150	25	135	610	20	0	940	10
	n	3	1	9	61	20	0	94	
Nanas	s	50	25	135	280	55	0	545	5,79
	n	1	1	9	28	55	0	94	

Sumber : data primer 2024

Tabel 9 Distribusi Frekuensi Konsumsi Jenis Minuman Dan Sumber Lemak Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare

Nama bahan makanan	Skor	Frekuensi konsumsi						Total	Rata-rata
		>1 x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x / minggu	1-3x/bulan	Tidak pernah		
		50	25	15	10	1	0		
Teh	s	150		30	90	80	0	350	3,72
	n	3		2	9	80	0	94	
Kopi	s	100	25		90	82	0	297	3,15
	n	2	1		9	82	0	94	
Air minum	s	4650	25				0	4675	49,73
	n	93	1				0	94	
Keju	s	50		15	70	85	0	220	2,34
	n	1		1	7	85	0	94	
Santan	s	100		375	570	10	0	1005	11,2
	n	2		25	57	10	0	94	
Margarin	s	50	25	15	270	64	0	424	4,51
	n	1	1	1	27	64	0	94	
Minyak goreng	s	4550	75				0	4625	49,2
	n	91	3				0	50	
Susu sapi cair	s	100		75	320	55	0	550	5,85
	n	2		5	32	55	0	94	
Susu bubuk	s	100	25	45	70	81	0	321	3,41
	n	2	1	3	7	81	0	94	

Sumber : data primer 2024

Tabel 9 menunjukkan bahwa frekuensi konsumsi minuman oleh responden yaitu air minum (skor 49,73) dikonsumsi >1x /hari, kopi (skor 3,15) dikonsumsi sebanyak 1-3x /bulan. Berdasarkan sumber lemak yaitu minyak goreng (skor 49,2) dikonsumsi sebanyak >1x / hari, santan (skor 11,2) dan susu sapi cair (skor 5,85) dikonsumsi sebanyak 3-6x / minggu, serta susu bubuk (skor 3,41) dan keju (skor 2,34) dikonsumsi sebanyak 1-3x / bulan.

C. Pembahasan

Hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data distribusi berdasarkan jenis kelamin dari 94 responden yang paling banyak yaitu perempuan sebanyak (57,4%) orang dan laki-laki sebanyak (42,6%). Berdasarkan tingkat usia responden dengan usia terbanyak yaitu dari 60-69 tahun sebanyak (64,9%).

Hasil analisis yang peneliti dapatkan bahwa lansia perempuan lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki, hal ini dikarenakan usia harapan hidup yang paling tinggi adalah pada perempuan. Kemudian berhubungan juga dengan pengaruh hormonal pada perempuan usia lanjut produktif dimana hormon estrogen mempunyai peran sebagai pelindung, sehingga menyebabkan angka harapan hidup perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. Sedangkan pada laki-laki peran estrogen sangat sedikit, dan juga mempunyai beban kerja fisik yang lebih berat ditambah dengan perilaku merokok dan kebiasaan makan yang kurang seimbang. Pada penelitian ini responden perempuan lebih banyak dijumpai dari pada laki-laki, sehingga kesempatan responden perempuan untuk dilakukan penelitian lebih besar. Lansia perempuan yang memiliki keluhan sakit baik akut maupun kronis lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki(42)..

Menurut tingkat pendidikan dari 94 responden, pendidikan responden yang paling banyak yaitu SD sebanyak (52,1%) dan paling sedikit yaitu tamat SMA sebanyak (5,3%). Bahri, Putra dan Suryanto (2017) dalam penelitiannya Tingkat pendidikan yang dimiliki oleh lansia menjadi bekal lansia dalam menerima dan memahami informasi tentang asupan gizi, baik melalui media informal misalnya penyuluhan oleh petugas kesehatan maupun dari sumber non formal misalnya melalui teman, buku-buku, dan media lainnya. Tingkat pendidikan turut menentukan mudah atau tidaknya seseorang dalam memahami pengetahuan yang diperoleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin baik pula pengetahuannya. Rendahnya tingkat pendidikan lansia dapat mempengaruhi aksesibilitas ke fasilitas kesehatan. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia, karena dengan tingginya jenjang pendidikan maka pengetahuan seseorang akan sadar gizi berpengaruh terhadap kualitas hidup.

Kejadian *wasting* pada lansia

Berdasarkan hasil penelitian pada wilayah kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare bahwa kejadian *wasting* pada lansia sebanyak 45 orang (47,9%). Gangguan penyakit bila konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan maka berat badan kurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein maka akan terjadi kerusakan-kerusakan sel yang tidak dapat diperbaiki, akibatnya rambut rontok, dan daya tahan menurun (11).

Wasting atau gizi kurang disebabkan oleh riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, dan ISPA serta pola makan pada lansia menunjukkan kurangnya konsumsi karbohidrat seperti nasi putih dengan frekuensi lebih dari sekali sehari, lemak seperti minyak goreng dikonsumsi secara berlebihan dengan frekuensi lebih dari sekali sehari, serta kurangnya konsumsi dari sumber protein. Hal ini dapat menyebabkan penurunan berat badan pada lansia.

Penurunan berat badan yang tidak disengaja dapat menyebabkan penurunan fungsional dalam aktivitas sehari-hari, Suplemen nutrisi dan penambah rasa, serta modifikasi pola makan yang mempertimbangkan preferensi pasien dan ketidakmampuan mengunyah atau menelan dapat dipertimbangkan. *Wasting*, berada di ujung spektrum kekurangan gizi yang parah yang mempengaruhi lansia. Pada saat *wasting* terjadi, biasanya sebagai akibat dari proses penyakit yang mengurangi asupan makanan (27). Lansia yang mengalami penurunan berat badan disebabkan karena perubahan selera makan dengan pola makan yang tidak diperhatikan.

Tingginya Hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku, sebagai akibat adalah meningkatnya tekanan darah sistolik. Dengan meningkatnya umur didapatkan kenaikan tekanan darah diastol rata-rata walaupun tidak begitu nyata juga terjadi kenaikan angka prevalensi Hipertensi tiap kenaikan kelompok dekade umur. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dari Ningsih & Indriani pada responden pekerja pasar Beringharjo Kota Yogyakarta, yang mendapatkan hasil bahwa usia berhubungan dengan kejadian Hipertensi ($p= 0,000$), Odds Ratio (OR= 15,706, CI 95% 3,615-68,230), artinya semakin tua seseorang akan berpeluang 15,7 kali mengalami Hipertensi yang makin berat (43). Banyak penelitian menunjukkan bahwa pentingnya terapi

hipertensi pada lanjut usia, dimana terjadi penurunan morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler dan serebrovaskuler (44).

Pola makan lansia

Pada lansia jumlah nutrisi yang masuk perlu diperhitungkan dengan baik, karena jumlah yang dibutuhkan oleh lansia berbeda dengan jumlah yang dibutuhkan oleh tahap usia lainnya. Lansia tidak dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang diawetkan atau makanan cepat saji. Masakan yang diawetkan dan cepat saji memiliki kandungan yang tidak baik untuk kesehatan lansia. Berdasarkan hasil penelitian bahwa pola makan responden lebih banyak mengonsumsi makanan karbohidrat yaitu nasi putih >1x/hari, protein hewani yaitu telur 1-2x/minggu, protein nabati yaitu tahu 3-6x/minggu, sayuran yaitu kangkung >1x/hari, serta buahan yaitu tomat >1x/hari, susu yaitu susu cair 3-6x/minggu, minuman yaitu air minum >1x/hari, dan lemak yaitu minyak goreng >1x/hari.

Menurut peneliti dari hasil observasi skor pola makan, bahwa frekuensi, komposisi, jenis makanan yang baik akan mempengaruhi pola makan yang baik pada lansia. Pola makan yang baik dan seimbang akan membuat lansia menjadi sehat dan tidak mudah terserang penyakit. Pada lansia, penting untuk memperhitungkan jumlah nutrisi yang dikonsumsi dengan cermat, karena kebutuhan nutrisinya berbeda dibandingkan dengan tahap usia lainnya. Lansia sangat dianjurkan untuk mengonsumsi makanan sehat yang tidak diawetkan, sayuran yang berwarna hijau atau oranye, serta buah-buahan segar. Penyusunan menu makanan atau kebiasaan makan yang buruk, hal ini membuat kurangnya intake nutrisi sehingga dapat menyebabkan beberapa penyakit pada lansia, seperti obesitas, rematik, konstipasi (susah buang air besar), hipertensi, penyakit kardiovaskuler, KEK atau kurang energi kronik. Hasil penelitian oleh Asriyati yang berdasarkan uji statistik yang dilakukan terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan kejadian hipertensi lansia ($p = \text{value} = 0,031$). Nilai $p \text{ value} < 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang artinya ada hubungan antara status gizi dengan kejadian hipertensi lansia. Hasil penelitian sejalan dengan yang dilakukan oleh Stefy (2003) di lembah Baliem pegunungan jaya wijaya, dimana terdapat hubungan antara status gizi dengan hipertensi pada lanjut usia (45).

Pola makan tidak sehat menjadi salah satu pemicu timbulnya penyakit diabetes melitus. Pola makan yang tidak sehat menyebabkan tidak adanya keseimbangan antara karbohidrat dan kandungan lain yang dibutuhkan oleh tubuh. Akibatnya kandungan gula di dalam tubuh menjadi

tinggi melebihi kapasitas kerja pankreas dan mengakibatkan terjadinya Diabetes Melitus. Pola makan sehat didefinisikan sebagai pola makan dengan perencanaan 3J yaitu jumlah, jenis, dan jadwal makan yang teratur (46).

Seiring bertambahnya usia terjadi penurunan fungsi fisiologis dan fungsi patologis, hal ini salah satunya berpengaruh terhadap tidur lansia, pada malam hari lansia cenderung tidak bisa tidur atau insomnia sehingga pada tengah malam lansia akan merasa lapar dan mereka cenderung akan makan pada malam hari (40). Pada pencernaan lansia terjadi perubahan kemampuan digesti dan absorpsi yang terjadi akibat hilangnya opioid endogen dan efek berlebihan dari kolesistokin. Akibat yang muncul adalah anoreksia secara gradual, pada lansia, terjadi juga penurunan sekresi asam dan enzim. Perubahan atrofik juga terjadi pada mukosa, kelenjar, dan otot-otot pencernaan. Berbagai perubahan morfologikakan menyebabkan perubahan fungsional sampai perubahan patologik, diantaranya gangguan mengunyah dan menelan, perubahan nafsu makan, sampai pada berbagai penyakit. Pola makan mencakup berbagai informasi yang memberikan gambaran tentang jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi setiap hari oleh seseorang, serta merupakan ciri khas dari kelompok masyarakat tertentu. Dengan demikian, pola makan dapat diartikan sebagai pengaturan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi, serta frekuensi konsumsi makanan sehat. Menurut peneliti dari hasil observasi skor pola makan, bahwa frekuensi, komposisi, jenis makanan yang baik akan mempengaruhi pola makan yang baik pada lansia. Pola makan yang baik dan seimbang akan membuat lansia menjadi sehat dan tidak mudah terserang penyakit pada usia tua. (40).

Asupan energi yang masuk harus seimbang dengan energi yang dikeluarkan. Lansia harus mengkonsumsi karbohidrat, protein dan lemak yang seimbang guna mempertahankan status gizinya. Pendapat ini juga didukung oleh penelitian Napitupulu, bahwa semakin tinggi asupan energi, karbohidrat, protein dan lemak maka semakin tinggi pula IMT lansia ($p = 0,001$). Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang seimbang tentunya tidak lepas dari peranan keluarga. Menurut Pranarka, peranan keluarga yang aktif dalam memenuhi kebutuhan nutrisi lansia akan berpengaruh terhadap peningkatan status gizi pada lansia (11).

BAB V TUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kejadian *wasting* dan peran nutrisi dalam kesehatan lansia di Wilayah kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Kejadian *wasting* lansia di Wilayah kerja Puskesmas Lumpue Kota Parepare Sebanyak 47,9%
2. Riwayat penyakit yang di derita oleh lansia yaitu hipertensi sebanyak 83% dan diabetes melitus sebanyak 2,1 %.
3. Pola makan pada lansia menunjukkan kurangnya konsumsi karbohidrat, lemak dan protein yang kurang.

B. Saran

1. Petugas kesehatan dapat mengedukasi lansia dan keluarga tentang pentingnya pola makan seimbang dengan mengonsumsi karbohidrat dalam jumlah cukup, membatasi lemak, dan memastikan asupan protein yang memadai.
2. Bagi masyarakat diharapkan menjaga kesehatan untuk menghindari terjadinya *wasting*
3. Bagi peneliti selanjutnya dapat melanjutkan penelitian ini dengan menambah variabel seperti aktivitas fisik dan penyebab hipertensi pada lansia yang dapat menyebabkan *wasting*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dieny Ff, Gz S, Si M, Rahadiyanti A, Setiarso O. Modul Gizi Dan Kesehatan Lansia. 2019.
2. Kusumo Mp, Yogyakarta Um. Buku Lansia. 2021;(June).
3. Andry Poltak L.Girsang, S.St. Med. Statistik Lansia 2020.
4. Andry Poltak L. Girsang, S.St. D. Statistik Penduduk Lanjut Usia. 2022;348.
5. Ramadhan R. Analisis Status Gizi Pada Lanjut Usia. 2023;1(1):23–30.
6. Umar F, Studi P, Masyarakat K, Ilmu F, Universitas K, Parepare M, Et Al. Hubungan Peran Keluarga Dengan Konsep Diri Dan Life Style Lansia Yang Mengalami Penyakit Kronis Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangkoso Kabupaten Barru. :1–11.
7. Institusi K, Keperawatan A, Wonomulyo Y. Artikel Penelitian Gambaran Nutrisi Lansia Di Desa Banua Baru Pendahuluan. 2020;9(1):1–7.
8. Puji A. Malnutrisi Pada Lansia. 07/09/2023. 2023.
9. Ernyati Pakpahan S.Gz. Faktor Yang Mempengaruhi Gizi Lanjut Usia. Rabu, 06 Juli 2022. 2022.
10. Index Bm, Pressure B, Older A. Hubungan Karakteristik , Indeks Massa Tubuh (Imt) Dengan Tekanan Darah Pada Lanjut Usia Di Posbindu. 2020;233–40.
11. Hanum R. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Dua Kota Lhokseumawe Factors Affecting The Nutritional Status Of The Elderly In The Muara Dua Health Center Working Area Lhokseumawe City. 2022;8(2):1377–89.
12. Mulyono Dp, Indriani2. Hubungan Karakteristik Lansia Dengan Status Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Godean 2 Yogyakarta. 2022;2(2).
13. Pardosi S, Buston E. Gaya Hidup Memengaruhi Status Kesehatan Lanjut Usia Lifestyle Affects Elderly Health Status. 2022;13:538–45.
14. Destriande Im, Faridah I, Oktania K, Rahman S, Psikologi Ps, Indonesia Up. Pendahuluan Metode Penelitian Hasil Penelitian Pembahasan. 2021;(1):1–9.
15. Akbar M. Kajian Terhadap Revisi Uud No.13 Tahun 1998 Tentang Lanjut Usia. 2019;2(13):30–9.
16. Nindy Elliana Benly, Rosminah Mansyarif Wosa. Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan Gratis Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas.

2022;1(12):3495–502.

17. Pranata L, Indaryati S, Fari Ai. Pendampingan Lansia Dalam Meningkatkan Fungsi Kognitif Dengan Metode Senam Otak. 2020;1(4):172–6.
18. Setiorini, Anggi Departemen Anatomi, Histologi Dan Patologi Anatomi, Fakultas Kedokteran UI. Kekuatan Otot Pada Lansia. 2021;5(3):69–74.
19. Ibrahim, Mohammad Fachri Rsud Cilincing, Jakarta I. Antioksidan Dan Katarak. 2019;2(4):154–61.
20. Hubungan Katarak Dengan Tingkat Kemandirian Lansia. 2020;8(1):17–24.
21. Husna Hn, Purwanto T, Paturohman R, Arief Rr, Bakti U, Husada T. Faktor Risiko Kejadian Katarak Di Puskesmas Sukaresik Tasikmalaya Tahun 2022 Risk Factors For Cataracts At The Sukaresik Tasikmalaya Health Center In 2022. 2022;1:11–20.
22. Suharti S, Wulan Ss. Hubungan Gangguan Pendengaran Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia. 2023;2(2).
23. Putu Ig, Aryana S. Sarkopenia Pada Lansia : Problem Diagnosis Dan Tatalaksana Penulis :
24. Songan S, Agung Ig, Putra W, Putu Ig, Aryana S, Astika In, Et Al. Prevalensi Sarkopenia Dan. 2020;11(2):546–50.
25. Pratiwi Cu. Pola Konsumsi Pangan, Aktivitas Fisik, Riwayat Penyakit, Riwayat Demensia Keluarga, Dan Kejadian Demensia Pada Lansia Di Panti Werdha Tresna Bogor (. 2013;8(2):129–36.
26. Karin Vk. Analisis Faktor Determinan Status Gizi Lansia Pucang Gading Semarang Skripsi Diajukan Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Memperoleh Gelar Sarjana Gizi Dalam Ilmu Gizi Program Studi Gizi Universitas Islam Negeri Walisongo 2021. 2021;
27. Roubenoff R. Uji Klinis Untuk Pengobatan Wasting Sekunder Dan Cachexia. 2019;
28. Indri Maryani. Gambaran Status Gizi Lansia. 2021;(13):1–8.
29. Ahmad A, Adamy A. Faktor Risiko Malnutrisi Pada Lansia Di Kota Banda Aceh Malnutrition Risk Factors In Elderly In Banda Aceh City. 2020;6(2):893–903.
30. Heidi L. Gaddey, Md, Dan Kathryn Holder M. Unintentional Weight Loss In Older Adults.
31. Sanjana We. Deteksi Dini Penyakit Kronis Pada Lansia Melalui

- Pemeriksaan Kesehatan Sederhana. 2022;1:119–25.
32. Rizki Aqsyari. Edukasi Pencegahan Diabetes Pada Lansia Di Rw 13 Jebres. 2023;02(01):97–103.
 33. Fatria I, Arifin Vn, Aceh Um. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Diabetes Melituspada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Sukakaryakota Sabang Tahun 2022. 2022;1:29–40.
 34. Golantang Bkkbn. “Jantung Sehat, Di Usia Lansia.” 2021;(13).
 35. Dinkes Kabupaten Deliserdang. Penurunan Berat Badan Tanda Kanker. 2019.
 36. Hardiano¹ R, Huda² N, Jumaini³. Gambaran Indeks Massa Tubuh Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi. 2015;2(2).
 37. Kusdiyah E. Hubungan Status Gizi Dengan Tb Di Puskesmas Kota Jambi. 2023;4(2).
 38. Akbar H, Royke A, Langingi C, Kesehatan Fi, Kesehatan Fi, Kesehatan Fi. Analysis Of The Relationship Of Dining Patterns With. 2025;5.
 39. Noviani Re. Pola Makan. 2022;
 40. Auliya T, Sholikhah M, Muftiana E, Andarmoyo S, Ponorogo Um. Hubungan Pola Makan Dengan Status Gizi Pada. 2019;121–7.
 41. Dr. Aryu Candra Mkes. Pemeriksaan Status Gizi. 2020.
 42. Masyarakat K, Di L, Jogonalan P. Status Gizi Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Puskesmas Jogonalan I 1,2,3. 2021;180–90.
 43. Adam L. Determinan Hipertensi Pada Lanjut Usia. 2019;1(2):82–9.
 44. Kuswardhani Rt, Geriatri D. Tinjauan Pustaka Penatalaksanaan Hipertensi Pada Lanjut Usia Ra Tuty Kuswardhani Divisi Geriatri Bagian Penyakit Dalam Fk . Unud , Rsup Sanglah Denpasar. (Jnc Vi):135–40.
 45. Asrinawaty, Norfai. Hubungan Status Gizi Dengan Kejadian Hipertensi Lansia Di Posyandu Lansia Kakaktua Wilayah Kerja Puskesmas Pelambuan. 2019;1(1).
 46. Hariawan H, Fathoni A, Purnamawati D. Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal). 2019;1(1):1–7.