

**HUBUNGAN *CAREGIVERS* TERHADAP STATUS GIZI DAN  
KUALITAS HIDUP LANSIA PADA ETNIS BUGIS**

***CAREGIVERS RELATIONSHIP ON NUTRITIONAL STATUS  
AND QUALITY OF LIVE OF ELDERLY IN BUGINESE ETHNIC***

**NINA ISYWARA KUSUMA**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**HUBUNGAN CAREGIVERS TERHADAP STATUS GIZI  
DAN KUALITAS HIDUP LANSIA  
PADA ETNIS BUGIS**

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

PROGRAM STUDI  
KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun dan diajukan oleh

NINA ISYWARA KUSUMA

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR

2013

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang Bertanda Tangan di Bawah ini :

Nama : Nina Isywara Kusuma

Nomor Pokok : P1803210008

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tesis yang saya tulis ini adalah benar merupakan hasil karya Saya, bukan merupakan hasil pemikiran orang lain atau mengambil tulisan orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka Saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013

Yang Menyatakan,

Nina Isywara Kusuma

## PRAKATA

Alhamdulillahirabbil'aalamin, puji dan syukur kami kepada Allah Yang Maha Penyayang, yang senantiasa melimpahkan nikmat iman, islam serta ilmu pengetahuan kepada kami. Yang menjadi tempat kami meminta dan berharap. Serta Shalawat dan Salam kepada junjungan kami Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga dan pada sahabat.

Tesis yang berjudul “**Hubungan Caregivers terhadap Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia pada Etnis Bugis**” yang merupakan tugas akhir dalam studi kami dan sekaligus sebagai langkah awal kami dalam perjalanan panjang dalam pencarian ilmu pengetahuan dan pengamalan dalam kehidupan bermasyarakat.

Selama proses pembelajaran, perkuliahan, hingga tahap akhir penyusunan tesis, Allah mengirimkan orang-orang yang dengan tulus dan sabar membimbing kami dan senantiasa ikhlas mendukung dan membantu kami. Karena itu, perkenankan kami menghaturkan terima kasih yang tak terhingga kepada mereka yang amat baik.

Kepada yang terkasih kedua orang tua, ayahanda **Burhanuddin Bahar** dan ibunda **Suryani Sunusi**, izinkan ananda menyematkan mawar terimakasih yang tak terhingga dalam lubuk hati yang terdalam atas kasih sayang yang tidak hentinya mengalir, atas genggaman tangan kalian di

langkah pertama kami, atas kesediaannya mengajarkan kami membaca, menulis, berhitung, atas pelukannya yang selalu menenangkan di saat-saat terpuruk dan putus asa, atas obrolannya di suatu pagi tentang warisan yang dapat kalian berikan, sebuah warisan yang mungkin tidak pernah terpikirkan yaitu Ilmu, atas ajarannya bahwa apa yang kami inginkan harus kami perjuangkan, dan juga atas doa yang begitu indah disetiap sujud kalian untuk kebaikan, kesuksesan dan kebahagiaan kami. Terima kasih banyak, semoga ananda bisa menjadi kebanggaan kalian.

Terima kasih yang tulus, rasa hormat serta penghargaan yang tak terhingga kepada berbagai pihak yang terlibat dalam penulisan tesis ini :

1. Ibu **Prof. Dr. dr. Nurpudji A. Taslim, SpGK**, pembimbing I yang amat baik. Terima kasih atas waktu, arahan dan menjadi ibu yang *inspiring* bagi kami. Juga kepada **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS** selaku pembimbing 2 yang tak hanya membimbing, tetapi senantiasa meluangkan waktunya untuk mendengar pertanyaan seputar tesis, menjadi guru dalam berbagai hal yang kami jalani, juga menjadi inspirasi "*what i would like to be..*".
2. Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt.,M.Kes, Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes** dan **Rahayu Indriasari, SKM, MPHCN, PhD**, selaku tim penguji. Terimakasih atas berbagai masukan dan saran yang

diberikan, tanpa itu semua cakrawala pengetahuan kami tidak akan seperti sekarang ini.

3. Bapak **Prof. Dr. Ir. Mursalim**, selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
4. Bapak **Prof. Dr. dr. Alimin Maidin, MPH** selaku dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Wakil Dekan dan Civitas Akademika.
5. Bapak **Dr. dr. Noer Bahry Noor, Msc**, selaku ketua Program Studi Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
6. Bapak **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS** selaku ketua konsentrasi gizi dan Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.kes** selaku ketua program studi ilmu gizi yang senantiasa memudahkan kami selama kami menjadi mahasiswa dalam program studi gizi.
7. Kepada kak Sri yang senantiasa sabar mendengar keluh-kesah kami, membantu membereskan kelengkapan berkas saat awal perkuliahan hingga tugas akhir ini terselesaikan dengan baik. Terimakasih kak sri yang amat baik.
8. Kepada teman angkatan S2 Gizi 2010, kak ida-kakak yang amat baik teman berjuang selama *time limit* tesis semakin dekat, sahabat yang senantiasa memberikan support dan kehangatannya (nhya, nahla, wiwi, ekha, kak ir, melani, ancha, ansar, evi, kak amma, tante vivien, ibu hasna).

9. Teman sekaligus sahabat sejak S1 (bunda, odhee, ayu, nani, melani, erha, yorim, novi, itha).
10. Tim enumerator dalam peneitian kami dan kepada nenek-nenek dan kakek-kakek juga pengasuhnya yang dengan ikhlas bersedia menjadi responden penelitian ini, kalian adalah bagian terpenting dalam tesis ini, dan tak pernah cukup ucapan terimakasih ini untuk waktu yang telah kalian luangkan.
11. Kepada adik-adikku, M. Azhari Airlangga, Hapsari Yuniar Kusuma, dan Fitri Sasmita Kusuma, terima kasih atas bantuan, kesabaran dan keikhlasan menemani, menghadiri dan menyupiri, terutama saat waktu ujian seminar, kalian adalah partner paling tepat untuk berbagi tugas. Semoga Allah senantiasa menyayangi.
12. Kepada bapak dan mama mertua, terima kasih atas dukungan moril selama ananda menyelesaikan tesis ini.
13. *And for Last but not the least*, Suamiku yang tercinta M.Ramadhan, ijinkan terimakasih yang tak berujung ini kupersembahkan atas kesabaran yang kau berikan selama ini, terima kasih atas kemakluman yang selalu kau berikan tanpa henti, atas keluasan hatimu, atas dukungan yang tak ada habisnya, atas pengertian pada sikap yang terkadang sensitif, terima kasih atas doa yang kau panjatkan di setiap sujudmu untuk kebaikanku, dan atas dirimu yang menjadi motivasi dalam penyelesaian tesis ini.

Dan kepada ALLAH SWT atas curahan rahmat dan rejekinya.  
Alhamdulillahirabbil'aalamin.

Makassar, Mei 2013

P e n u l i s



## ABSTRAK

**NINA ISYWARA KUSUMA.** *Hubungan Care giver terhadap Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia pada Etnis Bugis* (dibimbing oleh **Nurpudji A. Taslim** dan **Burhanuddin Bahar**)

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan kelompok care giver pada lansia terhadap status gizi dan kualitas hidup lansia.

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Barru dan Kabupaten Pangkep. Penelitian ini menggunakan desain cross sectional studi. Populasi penelitian adalah lansia berusia  $\pm$  60 tahun sebagai populasi target dan lansia berusia 50 – 59 tahun sebagai sampel control. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive dengan besar sampel ditentukan dengan menggunakan tabel Izaac Michael yang diambil dari dua wilayah administrasi kabupaten yaitu kabupaten Barru dan Kabupaten Pangkep. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Data dianalisis dengan analisis kuantitatif melalui uji statistic.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lansia sudah tidak bekerja dan diasuh oleh pasangan hidup (suami-istri). Rerata IMT lansia berada dalam status normal, namun lansia dataran tinggi yang beraktivitas lebih banyak cenderung lebih kurus ( $x:19.31$ ) dibanding lansia dataran rendah ( $x:20.41$ ), sedangkan asupan zat gizi lansia berada di bawah 80 % AKG. Tidak ada perbedaan yang signifikan ( $p:0.188$ ) pada tiap kelompok care giver terhadap status gizi, namun care giver yang masih memberikan hal positif terhadap memberikan hal positif terhadap status gizi jika lansia diasuh oleh pasangan dan menantu perempuan. Care giver berhubungan positif dengan kualitas hidup lansia (domain fisik) dengan nilai signifikan ( $p:0.032$ ). kelompok care giver tidak memberikan pengaruh positif terhadap status gizi lansia namun care giver memberikan pengaruh positif pada kualitas hidup (domain fisik).

Kata kunci : lansia, care giver, status gizi, kualitas hidup

## ABSTRAK

**NINA ISYWARA KUSUMA.** *Caregiver Relationship on Nutritional Status and Quality of Life of The Elderly in Buginese Ethnic* (Supervised by **Nurpudji A. Taslim** dan **Burhanuddin Bahar**)

This study aims to find out the relationship between care givers and elderly people's nutrition status and life quality.

The research was conducted in Barru and Pangkep districts by using the cross sectional study design. The samples from the two administration areas (Barru and Pangkep) were selected by using the purposive sampling and the sample size was determined by using Izaak Michael table. The target population included elderly people aged  $\geq 60$  years old, while the control population consisted of elderly people aged 50-59 years old.

The results revealed that most of the elderly people did not work anymore. They were cared for by their husband or wife. The average BMI of the elderly people was in normal status, but there was a tendency that elderly people from high land who had more activities to be thinner ( $x:19.31$ ) compared to elderly people from lowland ( $x:20.41$ ). Meanwhile, the nutrition status of the elderly people was lower than 80 % RDA. Although in terms of nutrition status, better level of nutrition status was found among elderly people who had their partner or daughter in law as the care givers. Furthermore, there was a positive relationship between care givers and elderly people's life quality (physical domain) with a significance value of  $p: 0.032$ .

Keyword : elderly people, care givers, nutrition status, life quality

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	x
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Lansia.....	10
2.2 <i>Caregivers</i> .....	29
2.3 Status Gizi .....	38
2.4 Kualitas Hidup Lansia.....	44
2.5 Etnis Bugis.....	55
2.6 Kerangka Teori.....	58
2.7 Kerangka Konsep .....	59

2.8 Definisi Operasional .....	60
2.9 Hipotesis Penelitian .....	63

### **BAB 3. METODE PENELITIAN**

3.1 Desain Penelitian.....	64
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	64
3.3 Populasi dan Sampel.....	64
3.4 Cara Pengambilan Sampel.....	66
3.5 Instrument Penelitian.....	66
3.6 Pengumpulan Data.....	66
3.7 Alur penelitian.....	68
3.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	69

### **BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil .....	70
4.2 Pembahasan .....	96
4.3 Keterbatasan Penelitian .....	128

### **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	129
5.2 Saran .....	130

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
4.1	Distribusi Karakteristik Umum Lansia Dataran Tinggi dan Dataran Rendah .....	74
4.2	Distribusi Sampel Berdasarkan Domain Kualitas Hidup .....	76
4.3	QOL Lansia $\geq$ 60 tahun Berdasarkan klasifikasi Dataran Tinggi dan Dataran Rendah .....	78
4.4	Distribusi Sampel (n:71) Berdasarkan Status Gizi.....	80
4.5	Rerata Indeks Massa Tubuh Lansia berdasarkan Pengelompokan Umur.....	80
4.6	Rerata Indeks Massa Tubuh Lansia $\geq$ 60 tahun di Dataran Tinggi dan Dataran Rendah .....	81
4.7	Perbandingan Indeks Massa Tubuh pada Lansia Laki-laki dan Perempuan.....	82
4.8	Rerata Asupan Zat Gizi Lansia di Dataran Tinggi dan Dataran Rendah .....	83
4.9	Pola Makan Sumber Karbohidrat.....	84
4.10	Pola Makan Sumber Protein Hewani.....	85
4.11	Pola Makan Sumber Protein Nabati .....	86
4.12	Pola Makan Sayuran pada Lansia.....	87
4.13	Pola Makan Buah-Buahan.....	88
4.14	Pola Makan Sumber Lemak .....	89

4.15 Hubungan Asupan Zat Gizi dengan Lokasi Sampel .....	90
4.16 Hubungan Status Gizi dan <i>Care giver</i> .....	91
4.17 Hubungan QOL Domain Fisik dan <i>Care giver</i> (n:71) .....	92
4.18 Hubungan QOL Domain Psikologis dan <i>Care giver</i> (n:71) .....	93
4.19 Hubungan QOL Domain Hubungan Sosial dan <i>Care giver</i> (n:71) .....	93
4.20 Hubungan QOL Domain Lingkungan dan <i>Care giver</i> (n:71) .....	94
4.21 Hubungan antara Status Gizi dan QOL Lansia (n:71).....	95

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Kerangka Teori Penelitian .....	58
2	Kerangka Konsep Penelitian .....	59

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Menjadi tua adalah salah satu fase kehidupan yang mungkin akan dilalui oleh setiap individu. Usia lanjut adalah suatu fenomena alamiah akibat proses penuaan (Mathur, 2010). Oleh karena itu fenomena ini bukanlah suatu penyakit melainkan keadaan yang wajar yang bersifat universal (Waalder, 2007). Proses menua bersifat regresif dan mencakup proses organobiologis, psikologik serta sosiobudaya (Amarantos, 2001).

Pada tingkat dunia proporsi penduduk Lanjut usia (Lansia) berkembang melebihi proporsi usia yang sama pada kurun sebelumnya. Bukan hanya proporsi yang berkembang tetapi seorang manula di Amerika yang berusia 65 tahun memiliki ekspektasi 18 tahun ke depan untuk mencapai usia yang lebih tua. Jumlah yang berumur 85 tahun atau lebih (*oldest old*) diharapkan menjadi tiga kali pada tahun 2030 di Amerika (Drewnowski 2001).

Peningkatan penduduk lansia pada dasarnya merupakan dampak positif dari pembangunan. Pembangunan meningkatkan taraf hidup masyarakat, menurunkan angka kematian dan meningkatkan usia harapan



hidup. Di sisi lain pembangunan secara tidak langsung juga berdampak negatif melalui perubahan nilai-nilai dalam keluarga yang berpengaruh kurang baik terhadap kesejahteraan lansia. Peningkatan ini menurut para ahli terjadi di hampir semua negara termasuk kawasan Asia seperti Jepang, Hongkong, China, Thailand, dan Indonesia (Rusilanti, 2006).

Menurut Saunier & Dore, kemajuan Sains dan teknologi kedokteran dan standar kehidupan menyebabkan peningkatan harapan hidup. Namun penuaan juga berhubungan dengan kerentanan Lansia terhadap penyakit degenerative, malnutrisi dan penyakit infeksi yang dapat memperburuk status kesehatan dan kualitas hidup Lansia (Dugaan *et al*, 2005).

Di Negara maju, jumlah lansia relatif lebih besar dibanding negara berkembang, karena tingkat perekonomian yang lebih baik dan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai (Watanabe *et al*, 2010). Jumlah populasi lansia 60 tahun atau lebih di dunia terus bertambah, pada tahun 1950 sebanyak 130 juta (4% dari total populasi), tahun 2000 sebanyak 16 juta (7,2% dari total populasi) dan terus bertambah setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 menjadi 41.5 juta (13.6%) (Henniwati, 2008). Berdasarkan data dari U.S. Census Bureau, International Data Base, pada tahun 2007, jumlah penduduk lanjut usia sebesar 18,96 juta jiwa dan meningkat menjadi 20.547.541 pada tahun 2009 (Hutahuruk, 2009) dan pada tahun 2050 menjadi sebanyak 79.6 juta (23.7%) (Henniwati, 2008). Angka

pertumbuhan kelompok usia lanjut mencapai 2.5 % pertahun lebih besar dari angka pertumbuhan populasi masyarakat dunia yang hanya 1.7% pertahun (Marhamah, 2007). Sedangkan jumlah penduduk di Asia Tenggara berdasarkan laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa, *The Sex and Age Distribution of Population The 1990 Revision Population Studies, United Nations*, New York, 1991 yang antara lain yaitu pada tahun 1980 jumlahnya mencapai 13.146 juta jiwa dengan persentase 3.7% dari jumlah penduduk, pada tahun 1990 jumlahnya mencapai 17.147 juta jiwa dengan persentase 3.9% dari jumlah penduduk, pada tahun 2000 jumlahnya mencapai 24.893 juta jiwa dengan persentase 4.7% dari jumlah penduduk, kemudian pada tahun 2025 diperkirakan mencapai jumlah 59.316 juta jiwa dengan persentase 7.2% dari jumlah penduduk (Bonney et al, 2003). Karena usia harapan hidup perempuan lebih panjang dibandingkan laki-laki, maka jumlah penduduk lanjut usia perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki (11.29 juta jiwa berbanding 9.26 juta jiwa) (Meiyanti et al, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia meningkat secara konsisten dari waktu ke waktu (Djamin,2010). Dari jumlah tersebut, pada tahun 2010, jumlah penduduk Lansia yang tinggal di perkotaan sebesar 12.380.321 (9,58%) dan yang tinggal di pedesaan sebesar 15.612.232 (9,97%). Pada tahun 2020 walaupun jumlah Lansia tetap mengalami kenaikan yaitu sebesar 28.822.879 (11,34%), ternyata jumlah Lansia yang tinggal di perkotaan lebih besar yaitu sebanyak 15.714.952 (11,20%) dibandingkan dengan yang

tinggal di perdesaan yaitu sebesar 13.107.927 (11,51%) (Almizar, 2007). Dari populasi lansia yang tercatat sebanyak 16.522.311 jiwa, sekitar 3.092.910 (20 persen) diantaranya adalah lansia terlantar. Jumlah lansia terlantar yang mendapat pelayanan kesejahteraan sosial pada tahun 2005 adalah sebanyak 15.920 orang, sedangkan pada tahun 2006 bantuan kesejahteraan sosial kepada lansia meningkat menjadi 15.930 orang (Depsos, 2006 dalam Almizar, 2007).

Di Indonesia serupa dua hal yang merupakan dua sisi mata uang dalam keseharian penduduk saat ini, keberhasilan pembangunan ekonomi memberi perbaikan pada kesehatan penduduk yang salah satu di antaranya adalah perbaikan status gizi individu dan pada sisi lain adalah perbaikan kualitas kehidupan manusia (Hardini, 2005). Bukan hanya perbaikan status gizi semata, tetapi terjadi pula perubahan pada angka harapan hidup manusia. Menurut Departemen Sosial, 2002 bahwa meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia yang diiringi dengan menurunnya tingkat fertilitas, memicu penambahan jumlah lansia Indonesia secara cepat (Nengah, 2008). Kondisi tersebut membawa konsekuensi timbulnya berbagai masalah yang berkaitan dengan kondisi fisiologis, psikologis, social ekonomi dan kualitas hidup Lansia (Johnston, 2008).

Suatu wilayah disebut berstruktur tua jika persentase lanjut usianya lebih dari 7 persen. Dari seluruh provinsi di Indonesia, ada 11 provinsi yang

penduduk lansianya sudah lebih dari 7 persen, yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta (14.04 %), Jawa Timur (11.14 %), Jawa Tengah (11.16 %), Bali (11.02 %), Sulawesi Selatan (9.05 %), Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Barat, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. Sedangkan lima provinsi dengan persentase lansia terendah adalah: Papua (2,15 %); Papua Barat (2,92 %), Kepulauan Riau (3,78 %), Kalimantan Timur (4,53 %), dan Riau (4,86 %) (BPS dalam Agustina, 2007). Peningkatan jumlah penduduk lansia ini antara lain disebabkan karena 1) tingkat sosial ekonomi masyarakat yang meningkat, 2) kemajuan di bidang pelayanan kesehatan, 3) tingkat pengetahuan masyarakat yang meningkat (Menkokesra, 1998 dalam Rusilanti, 2006).

Seiring dengan perubahan demografi, penambahan penduduk lansia secara bermakna akan disertai oleh berbagai masalah dan akan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan lansia, baik terhadap individu maupun bagi keluarga dan masyarakat yang meliputi fisik, biologis, mental maupun sosial ekonomi (Departemen Kesehatan, 2005 dalam Henniwati, 2008). Sehat berkelanjutan di usia yang lanjut menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat. Pertambahan usia pada manula ditandai dengan menurunnya kondisi kesehatan, mobilitas berkurang, depresi, isolasi serta kesepian (Drewnowski 2000).

Dalam perencanaan upaya jangka panjang, pemerintah harus mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup Lansia (Marais, 2007). Arah kebijakan tentang lansia sebenarnya lebih menitikberatkan pada keluarga sebagai penanggungjawab utama terhadap lansia. Dalam hal ini dukungan dari keluarga sebagai *care giver* diharapkan menjadi kunci utama kebahagiaan lansia, namun pada kenyataannya di berbagai negara terjadi penurunan dukungan dari anak terhadap lansia. Hal ini terjadi di Jepang pada tahun 1972 sebanyak 67 % lansia tinggal bersama anaknya, namun pada tahun 1995 proporsi itu menurun menjadi 46 %. Dalam hal penghasilan, pada tahun 1981 sebanyak 30 % lansia di Jepang sumber utama penghasilannya berasal dari anak, pada tahun 1996 menurun menjadi 15 %. Keadaan tersebut menunjukkan bahwa dukungan dari keluarga menurun dari tahun ke tahun. Bagi lansia yang mandiri secara finansial, dukungan yang perlu diberikan adalah perawatan, namun seiring dengan meningkatnya jumlah wanita yang memasuki sektor publik mengakibatkan berkurangnya curahan waktu yang diberikan untuk merawat lansia sehingga diperlukan peran pengganti (Westley, 1998 dalam Rusilanti, 2006).

Banyak hal yang berhubungan dengan kualitas hidup Lansia, aspek interaksi social antar sesama Lansia (Rejeski, 2001). Aktifitas fisik dan aspek psikososial berhubungan pula dengan status gizi Lansia (McAuley *et al*, 2006). Pada sisi yang lebih hulu, asupan gizi ikut menentukan status gizi

Lansia (Randall *et al*, 2001). Pengasuhan gizi mungkin memiliki efek positif pada asupan energi dan zat gizi lain serta memberikan efek positif pada kualitas hidup lansia dan lansia yang menderita malnutrisi (Barton *et al*, 2000).

Salah satu indikator agar kualitas hidup Lansia membaik adalah dengan terpenuhinya semua kebutuhan termasuk kebutuhan akan makanan yang dikonsumsi. Sebaliknya semakin baik kondisi psikososial semakin baik pula konsumsi makanan lansia. Faktor fisiologi dan psikologi dapat mempengaruhi pemilihan terhadap makanan, selain itu pengetahuan tentang makanan juga dapat mempengaruhi asupan. Faktor sosial juga memiliki pengaruh besar terhadap pemilihan makanan. Budaya, geografi, dan ketersediaan makanan menentukan peningkatan atau pembatasan dalam pemilihan makanan. Status sosial ekonomi, perubahan ekonomi dan dukungan sosial memiliki pengaruh penting dalam membentuk pola makan yang sangat erat kaitannya dengan gizi dan penyakit (Drewnowski, 2001).

Dengan semakin meningkatnya jumlah populasi Lansia, diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai kebutuhan gizi dan dampaknya terhadap status kesehatan serta kualitas hidup Lansia juga upaya dalam bidang kesehatan masyarakat untuk meningkatkan aktivitas fisik dan asupan makanan pada Lansia (Wakimoto *et al*, 2001). Beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk menguji pentingnya kualitas hidup pada kehidupan

Lansia. Hasil dari penelitian tersebut menekankan pentingnya aktivitas fisik dan pengasuhan yang berkualitas untuk meningkatkan kondisi fisik dan memperlambat degenerasi yang selanjutnya akan meningkatkan kualitas hidup lansia (Pernambuco, 2012).

Bagaimanakah sebenarnya keberadaan lansia dalam keluarga (rumah tangga); apakah benar bahwa mereka semata-mata merupakan beban rumah tangga atau justru sebaliknya. Selama ini ada anggapan bahwa meningkatnya penduduk lansia selalu berimplikasi pada meningkatnya beban khususnya beban keluarga. Benarkah demikian atau sebaliknya, ada tugas-tugas dan peran positif yang dilakukan lansia di tengah-tengah anggota rumah tangga lainnya.

Status kesehatan pada lansia ditentukan oleh kualitas dan kuantitas asupan zat gizi. Kondisi yang tidak sehat, pengasuhan yang diperoleh dan asupan makanan yang kurang baik adalah faktor utama penyebab gangguan status gizi dan penurunan kualitas hidup. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan pengasuh lansia serta asupan zat gizi terhadap status gizi dan kualitas hidup lansia pada etnis Bugis.

### **1. Rumusan masalah**

Apakah *Care giver* pada kelompok usia lanjut berhubungan positif dengan status gizi dan kualitas kehidupan mereka.

## **1.1 Tujuan penelitian**

Tujuan umum

Diketuainya Hubungan *care giver* pada kelompok usia lanjut terhadap status gizi dan kualitas kehidupan mereka.

Tujuan khusus

1. Diketuainya status gizi kelompok Lansia
2. Diketuainya status kualitas hidup Lansia
3. Diketuainya hubungan kelompok *caregiver* terhadap status gizi dan kualitas hidup Lansia.

## **1.2 Manfaat penelitian**

- a. Aspek praktis, menjadi dasar pertimbangan untuk melakukan perbaikan pada program pelayanan yang dipersiapkan untuk Lansia.
- b. Aspek ilmiah, hubungan positif akan meneguhkan teori penjelasan status kesehatan yang baik akan menghasilkan kualitas hidup yang baik pada tiap stratum usia manula.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 LANSIA**

##### **1. Pengertian Lansia**

Lansia atau usia lanjut adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang, periode seseorang telah “beranjak jauh” dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh manfaat (Hurlock, 1999 dalam Nicholson, 2004). Menurut Constantinides 1994 Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga kurang dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Drewnowski, 2001).

##### **2. Proses Menua**

Lansia adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Umur manusia sebagai makhluk hidup terbatas oleh suatu aturan alam. Proses menjadi tua disebabkan oleh faktor biologik yang terdiri dari 3 fase yaitu fase progresif, stabil dan regresif. Dalam fase regresif mekanisme lebih kearah kemunduran yang dimulai dalam sel, komponen terkecil dari tubuh manusia.

Sel-sel menjadi aus karena telah lama difungsikan sehingga mengakibatkan kemunduran yang dominan dibandingkan terjadinya pemulihan. Dalam struktur anatomik, proses menjadi tua terlihat sebagai kemunduran dalam sel. Proses ini berlangsung secara alamiah, terus-menerus dan berkesinambungan yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokemis pada jaringan tubuh dan akhirnya akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Chen *et al*, 2001).

Proses tua secara umum ditandai dengan adanya kemunduran fungsi organ tubuh. Kemunduran yang kerap kali dihadapi oleh Lansia lebih dikenal dengan istilah "*Geriatric Giants 13 I*" yang meliputi *immobility, instability, intellectual impairment, isolation, incontinence, impotence, immunodeficiency, infection, inanition, impaction, lactrogenic, insomnia and impairment*. Adapun penurunan fungsi kognitif (perhatian, bahasa, ingatan, kemampuan, visual, spasial dan intelegensi umum) dan psikomotor (hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak) pada Lansia terkait dengan penambahan usia (Departemen Kesehatan RI, 2005 dalam Henniwati, 2008).

Proses penuaan merupakan proses fisiologis yang pasti dialami individu dan proses ini akan diikuti oleh penurunan fungsi fisik, psikososial dan spiritual. Selain itu terdapat perubahan yang umum dialami lansia. Misalnya perubahan sistem imun yang cenderung menurun,

perubahan sistem integumen yang menyebabkan kulit mudah rusak (Kagansky *et al*, 2005), perubahan elastisitas arteri pada sistem kardiovaskular yang dapat memperberat kerja jantung, penurunan kemampuan metabolisme oleh hati dan ginjal serta penurunan kemampuan penglihatan dan pendengaran (Aliabadi *et al*, 2008). Penurunan fungsi fisik tersebut ditandai dengan ketidakmampuan lansia untuk beraktivitas atau melakukan kegiatan yang tergolong berat. Perubahan fisik yang cenderung mengalami penurunan tersebut akan menyebabkan berbagai gangguan secara fisik sehingga mempengaruhi kesehatan, serta akan berdampak pada kualitas hidup lansia (Gerber *et al*, 2003). Proses fisiologik penuaan tidak terjadi dengan kecepatan yang sama antara satu orang dengan yang lainnya. Perbedaan itu mungkin disebabkan oleh *deconditioning* oleh karena ketiadaan aktivitas fisik, kekurangan zat gizi, penyakit, atau gabungan berbagai factor (Watanabe *et al*, 2010).

### **3. Batasan Lansia**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Batasan lanjut usia meliputi (Sullivan *et al*, 2003):

- a. Usia pertengahan (middle age), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) usia antara 60 sampai 74 tahun

- c. Lanjut usia tua (old) usia antara 75 sampai 90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) usia di atas 90 tahun

Menurut Jos Masdani (psikolog UI); Mengatakan lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 3 bagian:

- a. Fase juvenus antara 25 dan 40 tahun
- b. Fase verilitia antara 40 dan 50 tahun
- c. Fase praesenium antara 55 dan 65 tahun

Pembagian kelompok lansia berdasarkan usia kalender dikatakan tidak terlalu penting karena pada kenyataannya seringkali usia kalender tidak sesuai penampakan fisik maupun produktifitasnya. Oleh karena itu dibuat penggolongan berdasarkan kualitas hidupnya, yaitu (Siburian, 2004 dalam Thalib, 2007):

- a. Golongan Lansia yang masih mampu mengurus dan memelihara diri serta rumah tangganya dalam kehidupan sehari-hari, disebut juga Lansia mandiri sepenuhnya.
- b. Golongan Lansia yang keadaan fisik dan mentalnya tidak sepenuhnya lagi sehat, akan tetapi masih dapat mengurus dirinya atau masih dapat melakukan sebagian aktivitasnya sendiri.

- c. Golongan Lansia yang sakit dan sama sekali tidak dapat mengurus dirinya sendiri disebut juga jompo.

#### **4. Teori Penuaan**

##### a. Teori Biologi;

1. Teori genetic dan mutasi (Somatik Mutatie Theory); Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang terprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.
2. Teori radikal bebas; Tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksidasi-oksidasi bahan organik yang menyebabkan sel-sel tidak dapat melakukan regenerasi.
3. Teori autoimun; penurunan system limfosit T dan B mengakibatkan gangguan pada keseimbangan regulasi system imun. Sel normal yang telah menua dianggap benda asing, sehingga system bereaksi untuk membentuk antibody yang menghancurkan sel tersebut. Selain itu system imunitas tubuh juga menurun, akibatnya tubuh tidak mampu melawan organisme patogen yang masuk ke dalam tubuh. Teori ini meyakini menua terjadi berhubungan dengan peningkatan auto-antibody.
4. Teori stress; Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat

mempertahankan kestabilan lingkungan internal, dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah dipakai.

5. Teori Telomere; Dalam pembelahan sel, DNA membelah dengan satu arah. Setiap pembelahan akan menyebabkan panjang ujung telomere berkurang panjangnya saat memutuskan duplikat kromosom, makin sering sel membelah, makin cepat telomere itu memendek dan akhirnya tidak mampu membelah lagi.
  6. Teori Apoptosis; Teori ini disebut juga teori bunuh diri (Comit Sultalic) sel jika lingkungannya berubah, secara fisiologis program bunuh diri ini diperlukan pada perkembangan persarapan dan juga diperlukan untuk merusak sistem program prolifirasi sel tumor. Pada teori ini lingkungan yang berubah, termasuk didalamnya oleh karena stres dan hormon tubuh yang berkurang konsentrasinya akan memacu apoptosis diberbagai organ tubuh.
- b. Teori Kejiwaan Sosial
1. Aktifitas atau kegiatan (*Activity theory*); Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak kegiatan social.
  2. Kepribadian lanjut (*Continuity theory*); Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi tipe personality yang dimilikinya.

3. Teori pembebasan (*Disengagement theory*); Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur melepaskan diri dari kehidupan sosial atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi lansia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas.

c. Teori Lingkungan

1. *Exposure theory*; Paparan sinar matahari dapat mengakibatkan percepatan proses penuaan.
2. *Radiasi theory*; Radiasi sinar  $\gamma$ , sinar x dan ultraviolet dari alat-alat medis memudahkan sel mengalami denaturasi protein dan mutasi DNA.
3. *Polution theory*; Udara, air dan tanah yang tercemar polusi mengandung substansi kimia, yang mempengaruhi kondisi epigenetik yang dapat mempercepat proses penuaan.
4. *Stress theory*; Stres fisik maupun psikis meningkatkan kadar kortisol dalam darah. Kondisi stress yang terus menerus dapat mempercepat proses penuaan.

## 5. Perubahan pada Lansia

Banyak perubahan yang terjadi pada Lansia, diantaranya perubahan komposisi tubuh, otot, tulang, sendi, system kardiovaskular, respirasi,

digestive dan kognisi (Volkert *et al*, 2006). Perubahan yang terjadi pada lanjut usia adalah (Hardywinoto, 2007):

a. Perubahan fisik

1. Sel; Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya, berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler, menurunnya proporsi protein di otak, otot ginjal darah, dan hati, jumlah sel otak menurun, terganggunya mekanisme perbaikan sel, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5 – 10%.
2. System persarafan; Berat otak menurun 10 – 20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya), cepatnya menurun hubungan persyarafan, lambat dalam responden waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres, mengecilnya syaraf panca indra (berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin), kurang sensitive terhadap sentuhan.
3. Presbiakusis (gangguan pada pendengaran); Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada–nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata–kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otot seklerosis,



terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin, pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stres.

4. System penglihatan; Sfingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar kornea lebih terbentuk sferis (bola), lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak menyebabkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang (berkurang luas pandang), menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau pada skala.
5. System kardiovaskuler; Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan merunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (mengakibatkan pusing mendadak  $\pm$  170 mmHg, diastolis normal  $\pm$  90 mmHg).
6. System pengaturan temperatur tubuh; Pada pengaturan suhu hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu

menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai faktor yang mempengaruhinya. Sebagai akibat sering ditemui temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologik  $\pm 35^{\circ}\text{C}$  ini akibat metabolisme yang menurun, keterbatasan refleks menggigil dan tidak memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktifitas otot.

7. System respirasi; Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku menurunnya aktifitas dari silia, paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun, alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang,  $\text{O}_2$  pada arteri menurun menjadi 75 mmHg,  $\text{CO}_2$  pada arteri tidak terganti, kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan pertambahan usia.
8. System gastrointestinal; Kehilangan gigi penyebab utama adanya periodontal diase yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk, indera pengecap menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atropi indera pengecap ( $\pm 80\%$ ) hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam dan pahit, esophagus melebar, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung

menurun, waktu mengosongkan menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorpsi melemah (daya absorpsi terganggu), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

9. System reproduksi; Menciutnya ovari dan uterus, atrovi payudara, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur, dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik) yaitu kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia, hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual, tidak perlu cemas karena merupakan perubahan alami, selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan-perubahan warna.
10. Sistem gastourinaria; Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dari ginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus), kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus akibatnya berkurangnya kemampuan mengkonsentrasikan urin, berat jenis urin menurun proteinuria (biasanya +1), BUN (Blood Urea Nitrogen) meningkatkan sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat,

vesika urinaria (kandung kemih) ototnya menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat, vesika urinaria sudah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatkan retensi urin, pembesaran prostat  $\pm 75\%$  dialami oleh pria usia di atas 65 tahun, atrofi vulva dan vagina, orang-orang yang makin menua seksual intercourse cenderung menurun secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua.

11. Sistem endokrin; Produksi dari hampir semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, pertumbuhan hormone ada tetapi tidak rendah dan hanya ada didalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya aktifitas tiroid, menurunnya BMR (basal metabolic rate), dan menurunnya daya pertukaran zat, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormon kelamin, misalnya progesteron, estrogen, dan testosteron.
12. Sistem kulit (*integumentary system*); Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik (karena kehilangan proses katinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis), menurunnya respon terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun yaitu produksi serum menurun, gangguan pigmentasi kulit, kulit kepala dan rambut menipis berwarna

kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, bekurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari menjadi lebih keras dan rapuh, kuku kaki bertumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.

13. System muskuloskeletal (*musculoskeletal system*); Dewasa lansia yang melakukan aktifitas secara teratur tidak kehilangan massa atau tonus otot dan tulang sebanyak lansia yang tidak aktif. Serat otot berkurang ukurannya dan kekuatan otot berkurang sebanding penurunan massa otot. Penurunan massa dan kekuatan otot, demineralisasi tulang, pemendekan fosa akibat penyempitan rongga intravertebral, penurunan mobilitas sendi, tonjolan tulang lebih meninggi (terlihat). Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh, kifosis pinggang, pergerakan lutut dan jari-jari pergelangan terbatas, discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang), persendian membesar dan menjadi rapuh, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, atrofin serabut otot sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram menjadi tremor, otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

b. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik khususnya organ perasa kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), dan lingkungan. Kenangan (memory) terdiri dari kenangan jangka panjang (berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan), dan kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit, kenangan buruk).

Kesehatan mental secara langsung maupun tidak langsung dipengaruhi oleh faktor biologis diantaranya perubahan pada daya ingat, sistem endokrin, genetik, sensorik. Kesehatan mental merupakan suatu komponen mayor dari keberhasilan proses menua bersama dengan kesehatan fisik, pendapatan yang adekuat dan support sistem yang adekuat (keluarga, teman, kegiatan agama dan tetangga).

I.Q. (*Intellegentian Quantion*) tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal, berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor (terjadinya perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu).

Semua organ pada proses menua akan mengalami perubahan struktural dan fisiologis, begitu juga otak. Perubahan ini disebabkan karena fungsi neuron di otak secara progresif. Kehilangan fungsi ini akibat

menurunnya aliran darah ke otak, lapisan otak terlihat berkabut dan metabolisme di otak lambat. Selanjutnya sangat sedikit yang di ketahui tentang pengaruhnya terhadap perubahan fungsi kognitif pada lanjut usia. Perubahan kognitif yang di alami lanjut usia adalah demensia, dan delirium.

c. Perubahan psikologis

Lanjut usia akan mengalami perubahan–perubahan psikososial seperti :

1. Pensiun, nilai seseorang sering diukur produktifitasnya, identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Lansia yang mengalami pensiun akan mengalami rangkaian kehilangan yaitu finansial (income berkurang), status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya), teman/kenalan atau relasi, dan pekerjaan atau kegiatan.
2. Merasakan atau sadar akan kematian (*sence of awareness of mortality*)
3. Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sempit.
4. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic derivation*) meningkatkan biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
5. Penyakit kronis dan ketidak mampuan.

6. Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan social.
7. Gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
8. Gangguan gizi akibat kehilangan penghasilan atau jabatan.
9. Rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman teman dan famili serta pasangan.
10. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri.

Persepsi kesehatan dapat menentukan kualitas hidup. Pemahaman persepsi lansia tentang status kesehatan esensial untuk pengkajian yang akurat dan untuk pengembangan intervensi yang relevan secara klinis. Konsep lansia tentang kesehatan umumnya bergantung pada persepsi pribadi terhadap kemampuan fungsional. Karena itu, lansia yang terlibat dalam aktifitas kehidupan sehari-hari biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan mereka yang aktifitasnya terbatas karena kerusakan fisik, emosional atau sosial mungkin merasa dirinya sakit (Potter, 2005 dalam White, 2009).

Perubahan fisiologis bervariasi pada setiap lansia. Perubahan fisiologis ini bukan proses patologi. Perubahan ini terjadi pada semua orang tetapi pada kecepatan yang berbeda dan bergantung keadaan dalam kehidupan (White, 2009). Terjadinya perubahan adalah normal pada fisik lansia yang dipengaruhi oleh faktor kejiwaan sosial, ekonomi dan medik.



Perubahan tersebut akan terlihat dalam jaringan dan organ tubuh seperti kulit menjadi kering dan keriput, rambut berubah dan rontok, penglihatan menurun sebagian atau menyeluruh, pendengaran berkurang, indra perasa menurun, daya penciuman berkurang, tinggi badan menyusut karena proses osteoporosis yang berakibat badan menjadi bungkuk, tulang keropos, masanya dan kekuatannya berkurang dan mudah patah, elastisitas paru berkurang, nafas menjadi pendek, terjadi pengurangan fungsi organ didalam perut, dinding pembuluh darah menebal dan menjadi tekanan darah tinggi, otot jantung bekerja tidak efisien, adanya penurunan organ reproduksi, terutama pada wanita, otak menyusut dan reaksi menjadi lambat terutama pada pria, namun *sex intercourse* pada pria tidak besar pengaruhnya oleh penuaan (Darmojo, 1999).

Sebagian besar lansia 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 makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Stressor psikososial yang berat, misalnya kematian pasangan hidup, kematian keluarga dekat, dapat menyebabkan perubahan

psikologis yang mendadak, misalnya bingung, panik, depresif, apatis (Rusilanti, 2006).

Lansia berada pada tahap integritas yang merupakan suatu keadaan dimana seseorang telah mencapai penyesuaian diri terhadap berbagai keberhasilan dan kegagalan dalam hidupnya (Kirtana, 2011). Crain (2007) menyatakan bahwa sesuai tugas perkembangan Havighurst, lansia berada pada fase later maturity yang berarti mampu menyesuaikan diri terhadap penurunan kekuatan fisik, pensiun, penurunan income, kematian pasangan, berkumpul dengan orang yang seumur dan mempertahankan kepuasan hidup (Cederholm, 2003).

## **6. Kebutuhan Hidup Lansia**

Lansia memiliki kebutuhan hidup yang sama dengan kebutuhan hidup orang dewasa agar dapat hidup sejahtera. Kebutuhan hidup orang lanjut usia antara lain kebutuhan akan makanan bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, perumahan yang sehat dan kondisi rumah yang tenang dan aman, kebutuhan-kebutuhan sosial seperti bersosialisasi dengan semua orang dalam segala usia, sehingga mereka mempunyai banyak teman yang dapat diajak berkomunikasi, membagi pengalaman, memberikan pengarahan untuk kehidupan yang baik. Kebutuhan tersebut diperlukan oleh lanjut usia agar dapat mandiri.

Kebutuhan manusia meliputi 1) kebutuhan fisik (*physiological needs*) adalah kebutuhan fisik atau biologis seperti pangan, sandang, papan, dan seks. 2) kebutuhan ketentraman (*safety needs*) adalah kebutuhan akan rasa keamanan dan ketentraman, baik lahiriah maupun batiniah seperti kebutuhan akan jaminan hari tua, kebebasan, dan kemandirian. 3) kebutuhan sosial (*social needs*) adalah kebutuhan untuk bermasyarakat atau berkomunikasi dengan manusia lain melalui paguyuban, organisasi profesi, kesenian, olah raga, dan kesamaan hobi. 4) kebutuhan harga diri (*esteem needs*) adalah kebutuhan akan harga diri untuk diakui akan keberadaannya. 5) kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization needs*) adalah kebutuhan untuk mengungkapkan kemampuan fisik rohani maupun daya pikir berdasar pengalaman masing-masing bersemangat untuk hidup, dan berperan dalam kehidupan (Natipulu, 2001).

## **7. Masalah Kesehatan Lansia**

Beberapa masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia berbeda dari orang dewasa, yang menurut Kane & Ouslander sering disebut dengan istilah 14 I, yaitu *Immobility* (kurang bergerak), *Instability* (berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh), *Incontinence* (beser buang air kecil dan atau buang air besar), *Intellectual impairment* (gangguan intelektual/ dementia), *Infection* (infeksi), *Impairment of vision and hearing, taste, smell, communication, convalescence, skin integrity* (gangguan pancaindra,

komunikasi, penyembuhan, dan kulit), *Impaction* (sulit buang air besar), *Isolation* (depresi), *Inanition* (kurang gizi), *Impecunity* (tidak punya uang), *Iatrogenesis* (menderita penyakit akibat obat-obatan), *Insomnia* (gangguan tidur), *Immune deficiency* (daya tahan tubuh yang menurun), dan *Impotence* (impotensi) (Manders, 2006).

## **2.2 CAREGIVERS**

Definisi umum dari *Care giver* adalah seseorang yang bertanggung jawab atas perawatan seseorang yang kondisi kesehatannya terganggu, menderita cacat fisik atau tidak mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari selayaknya manusia normal seperti Lansia (Wikipedia, 2008). Dalam konteks ini, *care giver* yang dimaksud adalah keluarga yang menjadi tumpuan hidup lansia. Perhatian terhadap peran keluarga kepada lansia penting dilakukan karena beberapa alasan, bahwa dukungan keluarga (*family support*) terhadap keberadaan lansia di Indonesia memiliki peran yang amat penting (Risdianto, 2005). Peran keluarga di Indonesia dalam mendukung kehidupan lansia jauh lebih besar dibanding dengan dukungan kelembagaan (*intitutional support*) yang ada. Terbatasnya dukungan institusi (*institutional support*) terhadap keberadaan lansia seperti melalui mekanisme panti jompo, sistem pensiun, sistem asuransi dan sejenisnya membawa implikasi pada pentingnya peranan dukungan keluarga (*familial support*) terhadap keberadaan lansia. Dukungan keluarga ini menjadi makin penting maknanya

jika dikaitkan dengan keterbatasan dana pemerintah Indonesia yang dialokasikan untuk mendukung kehidupan penduduk lansia (Reno, 2010). Beberapa gejala seperti (i) adanya kecenderungan perubahan nilai keluarga dari *extended family* ke *nuclear family*; (ii) meningkatnya tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) wanita; (iii) terjadinya migrasi keluar penduduk muda (*young out-migration*) merupakan hal-hal yang dapat melemahkan dukungan keluarga terhadap penduduk lansia (Mudiharno, 2009).

Di Nepal, kehidupan tradisional masih melekat di masyarakat. Orang-orang tua (Lansia) masih dianggap sebagai kepala keluarga, yang masih digunakan sebagai pembuat keputusan dalam sebuah rumah tangga. Survey terbaru menunjukkan bahwa sekitar 17 % rumah tangga dikepalai oleh Lansia berusia diatas 60 tahun. Proporsi laki-laki yang menjadi kepala keluarga sekitar 17 % dan wanita sekitar 21 % (Geriatric Center Nepal, 2010). Status perkawinan pada Lansia sangat mempengaruhi kehidupan mereka. Lansia yang masih memiliki pasangan cenderung sembuh lebih cepat dibanding lansia yang hidup sendiri, memiliki kesehatan mental yang lebih baik, lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, lebih senang bersosialisasi dan umumnya memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding Lansia yang hidup sendiri (Geriatric Center Nepal, 2010).

Studi yang dilakukan di Kabupaten Bogor dan Kabupaten Cirebon terhadap 300 rumah tangga tersebut menyimpulkan bahwa keberadaan

lansia di keluarga tidak semata-mata sebagai beban, tetapi sebagian besar justru masih berperan penting dalam kehidupan keluarga. Masih pentingnya peran lansia dalam keluarga (rumah tangga) antara lain dapat dilihat dari beberapa hal sebagai berikut (Setyoadi dkk, 2008):

1. Sebagian besar lansia baik laki-laki maupun perempuan masih menentukan jalannya aktifitas rumah tangga dari mulai belanja harian, menentukan jenis makanan yang dibeli, pendidikan anggota rumah tangga yang lebih muda, perkawinan yang lebih muda, investasi, kemana akan berobat dan sebagainya. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan lansia masih dianggap penting dalam menentukan arah kehidupan sebagian besar rumah tangga dimana mereka berada.
2. Masih banyaknya lansia yang berperan sebagai pencari nafkah. Hasil studi menunjukkan sekitar separuh lansia laki-laki menyatakan dirinya masih berperan sebagai pencari nafkah. Sedang persentase perempuan yang berperan sebagai pencari nafkah mencapai 40,6% di perkotaan dan 24,2% di pedesaan.
3. Cukup banyaknya lansia yang masih berkedudukan sebagai kepala rumah tangga. Hasil studi menunjukkan sekitar 78% lansia laki-laki di pedesaan menyatakan sebagai kepala rumah tangga, sementara ada sekitar 53% lansia wanita di pedesaan yang menyatakan sebagai

kepala rumah tangga. Di perkotaan proporsi lansia baik laki-laki maupun wanita yang berkedudukan sebagai kepala rumah tangga lebih besar lagi. Sekitar 85% lansia laki-laki di perkotaan menyatakan dirinya sebagai kepala rumah tangga, sementara lansia perempuan sebesar 71.7%.

4. Hasil studi menunjukkan hampir sepertiga lansia di pedesaan masih bekerja dalam satu minggu terakhir. Untuk lansia dibawah usia 70 tahun persentase lansia yang bekerja lebih besar lagi dibanding lansia yang berusia 70 tahun keatas. Sekitar 14% lansia di pedesaan yang meskipun telah berusia 70 tahun lebih masih tetap bekerja pada seminggu terakhir sebelum survei.

Dukungan keluarga dan masyarakat bagi lansia merupakan sumber kepuasan. Para lansia merasa kehidupan mereka sudah lengkap yaitu sebagai orang tua dan juga sebagai kakek dan nenek (Henniwati, 2008). Dukungan keluarga terdiri dari empat dimensi dukungan menurut Friedman (1998) antara lain (Almizar, 2007):

1. Dukungan emosional; Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi yang meliputi ungkapan empati kepedulian, perhatian terhadap anggota keluarga yang sakit misalnya umpan balik atau penegasan.

2. Dukungan penghargaan; Penilaian positif atau pemberian penghargaan atas usaha yang telah dilakukan, memperkuat dan meninggikan, perasaan, harga diri dan kepercayaan akan kemampuan individu. Seseorang yang diberikan dukungan jenis ini, cenderung mempunyai harga diri dan mempunyai kecemasan yang rendah.
3. Dukungan instrumental; Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit. Mencangkup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu saat mengalami setres.
4. Dukungan informasi; Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan desiminator (penyebar) informasi tentang dunia yang mencakup dengan memberi nasehat, petunjuk, sarana-sarana atau umpan balik. Bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat pemberian nasehat atau mengawasi tentang aktifitas sehari-hari yang dilakukan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat.

Secara umum lanjut usia cenderung tinggal bersama dengan anaknya yang telah menikah (Rudkin, 1993). Tingginya penduduk lanjut usia yang



tinggal dengan anaknya menunjukkan masih kuatnya norma bahwa kehidupan orang tua merupakan tanggung-jawab anak-anaknya.

Anak wanita pada umumnya sangat diharapkan untuk dapat membantu atau merawat mereka ketika orang sudah lanjut usia. Anak wanita sesuai dengan citra dirinya yang memiliki sikap kelembutan ketelatenan dan tidak adanya unsur “sungkan” untuk minta dilayani. Tekanan terjadi apabila lanjut usia tidak memiliki anak atau anak pergi urbanisasi ke kota. Mereka mengharapkan bantuan dari kerabat dekat, kerabat jauh, dan kemudian yang terakhir adalah panti werdha (Napitulu, 2001).

Tiga bentuk pemisahan lansia dari struktur keluarga tersebut adalah (Almizar, 2007) :

- 1) *Spatial Separation*; Peningkatan prevalensi migrasi desa-kota, menyebabkan banyak penduduk lansia yang ditinggal oleh keluarganya. Meningkatnya mobilitas penduduk yang pada umumnya dilakukan oleh penduduk usia muda menyebabkan banyak penduduk lansia tidak dapat lagi menjadi satu dengan keluarga (*spatial separation*). Kondisi semacam ini jelas sangat menyulitkan untuk tetap menyantuni orang tua mereka pada usia lanjut.

2) *Cultural Separation*; Pembangunan juga berdampak pada peningkatan pendidikan wanita. Peningkatan pendidikan akan menyebabkan nilai waktu wanita di luar rumah akan lebih tinggi. Hal tersebut menyebabkan berkurangnya alokasi waktu untuk melakukan pekerjaan rumah tangga, termasuk mengurus orang tua. Selain pendidikan wanita, peningkatan pendidikan generasi muda secara keseluruhan dan juga akibat kemajuan komunikasi menyebabkan terjadi perbedaan nilai budaya yang cukup tajam antara penduduk usia muda dan lanjut usia. Perbedaan tersebut akan mengakibatkan kesulitan untuk menggabungkan keduanya dalam satu kehidupan. Fenomena ini disertai perubahan bentuk keluarga dari keluarga luas menjadi keluarga inti. Dalam suatu keluarga luas, beban sosial dan ekonomi keluarga dapat ditanggung bersama antara orang tua dan anak. Sementara itu, dalam usia lanjut, tugas perawatan orang tua dapat dilakukan oleh anak. Akan tetapi, dalam keluarga inti hal semacam itu telah berubah sama sekali akibat terjadinya pergeseran fungsi sosial dan ekonomi. Peran anak di bidang sosial seperti membantu pekerjaan rumah tangga, akan digantikan oleh orang lain, biasanya pembantu. Demikian juga dalam menemani dan merawat orang tua yang lanjut usia. Peran tersebut tidak lagi dilakukan oleh anak tetapi akan diambil alih oleh institusi atau pemerintah. Apabila hal ini yang

terjadi maka lansia pada akhirnya bukan lagi bagian dari suatu keluarga.

- 3) *Economic Separation*; Bersamaan dengan proses pembangunan, sistem perekonomian akan mengalami perubahan dari perekonomian tradisional ke perekonomian modern. Peranan orang tua yang tinggi dalam ekonomi secara tradisional, akan berkurang dalam masyarakat modern. Hal ini disebabkan angkatan kerja muda dengan pendidikan lebih baik lebih mampu menyesuaikan diri dengan teknologi baru dan akan mempunyai penghasilan yang lebih baik dari orang tuanya. Peningkatan mobilitas vertikal telah menyebabkan perubahan sikap perilaku dan aspirasi mereka terhadap aspek-aspek sosial budaya dan bahkan ekonomi. Hal ini diperkirakan telah menyebabkan berkurangnya rasa tanggung jawab untuk menyantuni keluarga pada usia lanjut. Dilihat dari segi ekonomi, ada kecenderungan bahwa rumah tangga sebagai *a unit of production shared* telah berubah. Terlihat adanya pemilahan produksi antargenerasi, bahkan cenderung ke antar individu. Hal ini jelas akan menyebabkan penduduk lanjut usia akan mengalami kesulitan dalam ekonomi.

Berbagai penelitian membuktikan bahwa lansia yang mandiri memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding Lansia yang membutuhkan bantuan

orang lain untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kualitas hidup orang lanjut usia dapat dinilai dari kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) menurut Setiati (2000) ada 2 yaitu AKS standar dan AKS instrumental. AKS standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan AKS instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang.

Hasil kelompok studi para ahli dari WHO pada tahun 1959 (Hardywinoto :1999) menyatakan bahwa mental yang sehat / mental health pada Lansia yang dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri mempunyai ciri-ciri sebagai berikut : (1) Dapat menyesuaikan diri dengan secara konstruktif dengan kenyataan/realitas, walau realitas tadi buruk (2) Memperoleh kepuasan dari perjuangannya (3) Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima (4) Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas (5) Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan (6) Menerima kekecewaan untuk dipakai sebagai pelajaran untuk hari depan (7) Menjuruskan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif (8) Mempunyai daya kasih sayang yang besar.

## **2.3 STATUS GIZI**

Seseorang yang berhasil mencapai usia lanjut, maka upaya utama yang harus dilakukan adalah memperbaiki status gizi lansia agar tetap bertahan pada kondisi optimum sehingga kualitas kehidupan lansia juga baik. Perubahan gizi lansia disebabkan oleh perubahan lingkungan dan kondisi kesehatan (Darmojo, 1999). Pemenuhan kebutuhan asupan zat gizi Lansia yang diberikan dengan baik dapat membantu dalam proses beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan perubahan yang dialami oleh lansia (Hardini, 2005).

Status gizi dan keadaan gizi yang baik merupakan titik masuk utama untuk mengakhiri kemiskinan dan tonggak utama untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik (WHO, 2008). Status gizi yang buruk adalah perhatian utama pada lansia. Lansia lebih rentan mengalami gangguan gizi karena berkaitan dengan perubahan usia dan peningkatan prevalensi penyakit. Penuaan juga dikaitkan dengan pengeluaran energy dan kurangnya asupan makanan. Lansia juga rentan terhadap masalah psikologis, social, ekonomi yang semuanya dapat mempengaruhi status gizi dan kualitas hidup Lansia (Geriatric centre Nepal, 2010).

Ada hubungan yang kompleks antara gizi, status kesehatan dan kualitas hidup lansia. Kebutuhan gizi dan kemampuannya untuk

memetabolisme nutrient tertentu dipengaruhi oleh tingkat penyakit (Morley, 2001). Keadaan ini dipengaruhi oleh mekanisme seperti adanya penurunan nafsu makan karena penyakit, perubahan mekanisme pengecap-pengunyahan dan penelanan makanan, kelainan maldigesti atau malabsorpsi dan kehilangan kemampuan untuk mencukupi kebutuhan makan sendiri (Morley, 2001). Hubungan erat juga terlihat antara BMI (*body mass index*) dan angka mortalitas yang terstandarisasi. Pada Lansia yang BMI nya rendah mempunyai angka mortalitas tertinggi (Delacorte *et al*, 2004).

Perubahan yang terjadi pada Lansia yang mempengaruhi status gizi Lansia sbb (Sullivan, 2003):

- a. Perubahan komposisi tubuh; bertambahnya usia akan menyebabkan perubahan komposisi tubuh yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi seorang Lansia. Setelah berusia 60 tahun atau lebih, berat badan Lansia cenderung menurun dan secara progresif akan kehilangan *lean body mass*, peningkatan relative massa lemak dan redistribusi lemak dari perifer ke lokasi sentral tubuh. Kehilangan massa otot yang terkait dengan usia merupakan hasil dari factor yang berhubungan dengan perubahan metabolisme, fungsi struktur jaringan organ serta kebiasaan hidup Lansia sehari-hari.
- b. Perubahan nafsu makan dan regulasi ambilan energy; mempertahankan berat badan agar tetap stabil pada Lansia

membutuhkan keadaan yang konsisten antara pemasukan nutrient dan kebutuhan energy. Dengan bertambahnya usia, alur metabolic, neural dan humoral yang secara normal dapat mempertahankan keseimbangan regulasi selera makan dan rasa lapar, kehilangan keseimbangan responsibilitasnya untuk mengubah energy yang dibutuhkan oleh tubuh. Keterkaitan psikologis, social ekonomi dan cultural dan bermacam-macam penyakit memperberat disregulasi keseimbangan masukan energy.

- c. Perubahan patofisiologi yang menyebabkan kehilangan pengecapan lidah, penciuman dan nafsu makan dengan bertambahnya usia; perubahan besar yang terjadi pada fungsi fisiologik dan patologik lansia menyebabkan lansia kesulitan untuk mempertahankan keseimbangan kebutuhan metabolic dan nutrient. Penglihatan, penciuman, pengecapan dan tekstur makanan mempengaruhi keinginan makan lansia serta menstimulasi atau menghambat konsumsi makanan berikutnya. System sensor normal penting untuk menikmati makanan. Kemampuan mencium dan mengecap makanan merupakan unsur terpenting. Kemampuan untuk mencium dengan baik akan membangkitkan stimulasi selera makan (Sullivan, 2003). Semakin berkurangnya indera penciuman dan perasa sehingga umumnya lansia kurang dapat menikmati makanan dengan baik. Hal itu sering menyebabkan kurangnya asupan atau penggunaan bumbu,

seperti kecap atau garam yang berlebihan berdampak kurang baik bagi kesehatan lansia (Wakimoto, 2001). Berkurangnya sekresi saliva yang dapat menimbulkan kesulitan dalam menelan dan dapat mempercepat terjadinya proses kerusakan pada gigi (Thalib, 2007).

- d. Keterkaitan saluran cerna dan efek setelah absorbs berpengaruh pada selera makan; perubahan kondisi usus dan hormon-hormonnya (misalnya koleistokinin) berpengaruh terhadap ketidakmampuan lansia untuk mengkonsumsi makan yang adekuat (Rainey *et al*, 2001). Separuh lansia banyak kehilangan gigi, hal ini mengakibatkan terganggunya kemampuan dalam mengkonsumsi makanan dengan tekstur keras, sedangkan makanan yang lunak kurang mengandung vit A, vit C, dan serat sehingga menyebabkan mudah mengalami konstipasi (Rusilanti, 2006).
- e. Menurunnya Sekresi HCL. HCL merupakan faktor ekstrinsik yang membantu penyerapan vit B 12 dan kalsium, serta utilisasi protein. Kekurangan HCL dapat menyebabkan lansia mudah terkena osteoporosis, defisiensi zat besi yang menyebabkan anemia, sehingga oksigen tidak dapat diangkut dengan baik.
- f. Menurunnya sekresi pepsin dan enzim proteolitik yang mengakibatkan pencernaan protein tidak efisien.
- g. Menurunnya sekresi garam empedu, sehingga mengganggu proses penyakit terapan lemak dan vitamin A,D,E,K.



- h. Menurunnya motilitas usus, sehingga memperpanjang “*transit time*” dalam saluran gastrointestinal mengakibatkan pembesaran perut dan konstipasi (Rusilanti , 2006).
- i. Lansia disebut malnutrisi jika dalam jangka waktu 6 bulan mengalami penurunan berat badan sebanyak > 10% atau penurunan berat badan > 5% dari berat badan awal dalam jangka waktu 3 bulan. Penurunan berat badan > 40% dari berat badan awal dapat menyebabkan kerusakan organ bahkan kematian (Wilson *et al.* 2003). Oleh karenanya dukungan nutrisi yang adekuat pada lansia merupakan hal yang sangat penting untuk tetap mempertahankan kualitas hidup dan kesehatan yang optimal.

Berbagai masalah gizi yang terjadi pada Lansia sbb (Napitupulu, 2001):

- a. Gizi berlebih: Gizi berlebih pada lansia banyak terjadi di negara-negara barat dan kota besar. Kebiasaan makan banyak pada waktu muda menyebabkan berat badan berlebih, apalagi pada lansia penggunaan kalori berkurang karena berkurangnya aktivitas fisik. Kebiasaan makan itu sulit untuk diubah walaupun disadari untuk mengurangi makan. Kegemukan merupakan salah satu pencetus berbagai penyakit, misalnya: penyakit jantung, kencing manis, dan darah tinggi.

- b. Gizi kurang: Gizi kurang sering disebabkan oleh masalah-masalah social ekonomi dan juga karena gangguan penyakit. Bila konsumsi kalori terlalu rendah dari yang dibutuhkan menyebabkan berat badan kurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein menyebabkan kerusakan sel yang tidak dapat diperbaiki, akibatnya rambut rontok, daya tahan terhadap penyakit menurun, kemungkinan akan mudah terkena infeksi.
- c. Kekurangan vitamin: Bila konsumsi buah dan sayuran dalam makanan kurang dan ditambah dengan kekurangan protein dalam makanan akibatnya nafsu makan berkurang, penglihatan menurun, kulit kering, penampilan menjadi lesu dan tidak bersemangat.

Keterkaitan psikologis, social ekonomi dan cultural dalam selera makan; seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, kebutuhan akan factor psikologis, sosioekonomik dan cultural penting untuk mempertahankan diet yang adekuat agar semakin meningkat (Wouters, 2002). Namun pada Lansia sering terjadi depresi, dan tidak disadari menjadi factor penyebab menurunnya nafsu makan kualitas hidup. Keadaan ini sulit diprediksi bila Lansia menderita sakit atau demensia, demikian juga kesedihan berhubungan dengan nafsu makan. Kemiskinan, pendidikan yang rendah, mobilitas terbatas, ketergantungan pada orang yang menyuapi dan isolasi social merupakan factor risiko yang penting (Rizky, 2011). Untuk Lansia yang

sehat, makan sendiri akan berhubungan dengan asupan yang kurang dibanding bila Lansia yang makan bersama-sama keluarga mereka.

Penelitian di Iran menunjukkan bahwa status gizi Lansia berpengaruh terhadap kualitas hidup. Dilaporkan bahwa Lansia yang menderita malnutrisi mengalami peningkatan morbiditas, mortalitas dan menurunkan kualitas hidup (Aliabadi, 2008). Studi di Pakistan dengan 526 sampel manula menunjukkan adanya hubungan terbalik antara usia dengan status gizi, makin tinggi usia makin rendah BMI ( $p=0.002$ ;  $r=-0.1304$ ) juga penurunan intake seiring bertambahnya usia. Ditemukan obese, gizi lebih, serta gizi kurang pada riset di sana sebesar 13.1, 3.1 dan 10.9% (Paracha,2011).

Buruknya status gizi pada Lansia akan meningkatkan risiko morbiditas, mortalitas dan penurunan kualitas hidup. Penyebab gizi buruk pada lansia diantaranya Lansia mengalami berbagai masalah diantaranya keterjangkauan makanan yang semakin sulit, keterampilan memasak menurun, kehilangan selera dan nafsu makan serta anoreksia sebagai syndrome penuaan (Volkert *et al*, 2006).

## **2.4 KUALITAS HIDUP LANSIA**

Kualitas hidup adalah sebuah persepsi individual mengenai posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks kultur dan sistem nilai dimana mereka hidup, serta berkaitan dengan pencapaian tujuan, nilai yang

diharapkan dan perhatian dan juga saling berkaitan dalam bentuk yang kompleks pada kesehatan fisik, kondisi psikologis, derajat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan personal dan hubungan seseorang terhadap lingkungan (WHOQOL Group dalam Drewnowski, 2001). Pengertian ini mencerminkan bahwa kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjek yang tertanam dalam konteks budaya, social dan lingkungan (Krageloh *et al*, 2011).

Kualitas hidup juga dapat diartikan sebagai derajat dimana seseorang menikmati kemungkinan dalam hidupnya, kenikmatan tersebut memiliki dua komponen yaitu pengalaman, kepuasan dan kepemilikan atau pencapaian beberapa karakteristik dan kemungkinan-kemungkinan tersebut merupakan hasil dari kesempatan dan keterbatasan setiap orang dalam hidupnya dan merefleksikan interaksi faktor personal lingkungan (Krageloh *et al*, 2011). Menurut Unit Penelitian Kualitas Hidup Universitas Toronto, kualitas hidup adalah tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya. Masing-masing orang memiliki kesempatan dan keterbatasan dalam hidupnya yang merefleksikan interaksinya dan lingkungan. Sedangkan kenikmatan itu sendiri terdiri dari dua komponen yaitu pengalaman dari kepuasan dan kepemilikan atau prestasi (Universitas Toronto, 2004).

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari lansia terhadap aktivitas sosial,

emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Silitonga, 2007).

Setiap orang memiliki kebutuhan hidup. Lansia juga memiliki kebutuhan hidup yang sama agar dapat hidup sejahtera. Kebutuhan hidup antara lain makanan bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, perumahan yang sehat dan kondisi rumah yang tenang dan aman, kebutuhan social seperti bersosialisasi dengan semua orang dalam segala usia, sehingga mereka dapat berkomunikasi, berbagi pengalaman. Kebutuhan tersebut diperlukan agar lansia mempunyai kualitas hidup yang lebih baik (Henniwati, 2008). Kebutuhan tersebut diantaranya lansia membutuhkan rasa nyaman bagi dirinya sendiri, serta rasa nyaman bagi dirinya sendiri, serta rasa nyaman terhadap lingkungan yang ada. Tingkat pemenuhan kebutuhan tergantung pada diri lansia, keluarga dan lingkungannya. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi akan timbul masalah dalam kehidupan lansia yang akan menurunkan kualitas hidupnya (Elizabeth, 2007).

Dragomirecka & Selepova (2002) dalam studinya mengungkapkan bahwa kualitas hidup pria lansia lebih tinggi dari pada wanita lansia. Pada pria lansia dilaporkan secara signifikan bahwa pria lansia memiliki kepuasan yang lebih tinggi dalam beberapa aspek yaitu hubungan personal, dukungan

keluarga, keadaan ekonomi, pelayanan sosial, kondisi kehidupan dan kesehatan (Amarantos, 2001). Wanita lansia memiliki nilai yang lebih tinggi dalam hal kesepian, ekonomi yang rendah dan kekhawatiran terhadap masa depan. Perbedaan gender tersebut ternyata memberikan andil yang nyata dalam kualitas hidup lansia. Perlu adanya suatu upaya peningkatan kualitas hidup terhadap lansia, terutama wanita lansia mengingat usia harapan hidup yang lebih tinggi serta jumlah wanita lansia yang lebih banyak. Meningkatnya jumlah lansia tentu tidak lepas dari proses penuaan beserta masalahnya (Gerber, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Chandra (2006) menunjukkan adanya perbedaan tingkat kecemasan antara lansia pria dan wanita terhadap aspek kehidupannya. Lansia wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi terhadap seluruh aspek kehidupannya daripada lansia pria.

Kualitas hidup digunakan untuk mengukur kesejahteraan lansia secara menyeluruh. Kualitas hidup yang baik diperlukan lansia untuk melewati sisa hidupnya dengan sejahtera, sehat dan bermartabat. Perbedaan jenis pelayanan yang diterima lansia cenderung akan memberikan pengaruh yang berbeda terhadap kesehatan lansia, yang juga akan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Rusilanti, 2006).

Ariawan dkk 2000 mengatakan bahwa factor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada lansia adalah stress psikososial, keparahan penyakit, keterbatasan melaksanakan *Activities of Daily Living (ADL)* dan Aktivitas Instrumen Kehidupan sehari-hari (AIKS). Terganggunya

melaksanakan aktivitas sehari-hari yang dialami lansia disebabkan karena penurunan kondisi fisik sehingga mengakibatkan mereka menjadi ketergantungan pada orang lain (Nengah, 2008).

Menurut Ventego, Merriek, Anderson (2003), kualitas hidup dapat dikelompokkan dalam tiga bagian yang berpusat pada suatu aspek hidup yang baik, yaitu:

- 1) Kualitas hidup subjektif, yaitu bagaimana suatu hidup yang baik dirasakan oleh masing-masing individu yang memilikinya. Masing-masing individu secara personal mengevaluasi bagaimana mereka menggambarkan sesuatu dan perasaan mereka.
- 2) Kualitas hidup eksistensial, yaitu seberapa baik hidup seseorang merupakan level yang dalam. Ini mengasumsikan bahwa individu memiliki suatu sifat yang lebih dalam yang berhak untuk dihormati dan dimana individu dapat hidup dalam keharmonisan.
- 3) Kualitas hidup objektif, yaitu bagaimana hidup seseorang dirasakan oleh dunia luar. Kualitas hidup objektif dinyatakan dalam kemampuan seseorang untuk beradaptasi pada nilai-nilai budaya dan menyatakan tentang kehidupannya

Ketiga aspek kualitas hidup ini keseluruhan dikelompokkan dengan pernyataan yang relevan pada kualitas hidup yang dapat ditempatkan dalam suatu spektrum dari subjektif ke objektif, elemen eksistensial berada

diantaranya yang merupakan komponen kualitas hidup meliputi kesejahteraan, kepuasan hidup, kebahagiaan, makna dalam hidup, gambaran biologis kualitas hidup, mencapai potensi hidup, pemenuhan kebutuhan dan faktor-faktor objektif :

- a. Kesejahteraan; Kesejahteraan berhubungan dekat dengan bagaimana sesuatu berfungsi dalam suatu dunia objektif dan dengan faktor eksternal hidup. Ketika kita membicarakan tentang perasaan baik maka kesejahteraan merupakan pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri.
- b. Kepuasan hidup; Menjadi puas berarti merasakan bahwa hidup yang seharusnya, ketika pengharapan-pengharapan, kebutuhan dan gairah hidup diperoleh disekitarnya maka seseorang puas, kepuasan adalah pernyataan mental yaitu keadaan kognitif.
- c. Kebahagiaan; Menjadi bahagia bukan hanya menjadi menyenangkan dan hati puas, ini merupakan perasaan yang spesial yang berharga dan sangat diinginkan tetapi sulit di peroleh. Tidak banyak orang percaya bahwa kebahagiaan diperoleh dari adaptasi terhadap budaya seseorang, kebahagiaan diasosiasikan dengan dimensi-dimensi non rasional seperti cinta, ikatan erat dengan sifat dasar tetapi bukan dengan uang, status kesehatan atau faktor-faktor objektif lain.



- d. Makna dalam hidup; Makna dalam hidup merupakan suatu konsep yang sangat penting dan jarang digunakan. Pencarian makna hidup melibatkan suatu penerimaan dari ketidak berartian dan kesangat berartian dari hidup dan suatu kewajiban untuk mengarahkan diri seseorang membuat perbaikan yang tidak berarti.
- e. Gambaran biologis kualitas hidup; Gambaran biologis kualitas hidup yaitu sistem informasi biologis dan tingkat keseimbangan eksistensial dilihat dari segi ini kesehatan fisik mencerminkan tingkat sistem informasi biologi seperti sel-sel dalam tubuh membutuhkan informasi yang tepat untuk berfungsi secara benar dan untuk menjaga kesehatan dan kebaikan tubuh. Kesadaran kita dan pengalaman hidup juga terkondisi secara biologis. Pengalaman dimana hidup bermakna atau tidak dapat dilihat sebagai kondisi dari suatu sistem informasi biologis. Hubungan antara kualitas hidup dan penyakit diilustrasikan dengan baik dan menggunakan suatu teori individual sebagai suatu sistem informasi biologis.
- f. Mencapai potensi hidup; Teori pencapaian potensi hidup merupakan suatu teori dari hubungan antara sifat dasarnya. Titik permulaan biologis ini tidak mengurangi kekhususan dari makhluk hidup tetapi hanya tingkat dimana ini merupakan teori umum dari pertukaran informasi yang bermakna dalam sistem hidup dari sel ke organisme sosial.

g. Pemenuhan kebutuhan; Kebutuhan dihubungkan dengan kualitas hidup dimana ketika kebutuhan seseorang terpenuhi kualitas hidup tinggi. Kebutuhan merupakan suatu ekspresi sifat dasar kita yang pada umumnya di miliki oleh makhluk hidup. Pemenuhan kebutuhan dihubungkan pada aspek sifat dasar manusia. Kebutuhan yang kita rasakan baik ketika kebutuhan kita sudah terpenuhi. Informasi ini berada dalam suatu bentuk kompleks yang dapat dibuat menjadi lebih sederhana yakni kebutuhan aktual.

h. Faktor-faktor objektif; Aspek objektif dari kualitas hidup dihubungkan dengan faktor-faktor eksternal hidup dan secara baik mudah di wujudkan. Hal tersebut mencakup pendapatan, status perkawinan, status kesehatan dan jumlah hubungan dengan orang lain. Kualitas hidup objektif sangat mencerminkan kemampuan untuk beradaptasi pada budaya dimana kita tinggal.

Secara umum pengkajian kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan yang menggambarkan suatu usaha untuk menentukan bagian variabel-variabel dalam dimensi kesehatan, berhubungan dengan dimensi khusus dari hidup yang telah ditentukan untuk menjadi penting secara umum atau untuk orang yang memiliki penyakit spesifik. Konseptualisasi kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan menegaskan efek penyakit pada fisik, peran sosial, psikologi/emosional dan fungsi kognitif. Gejala-gejala persepsi

kesehatan dan keseluruhan kualitas hidup sering tercakup dalam konsep kualitas hidup berhubungan dengan *kesehatan* (*American Thoracic Society, 2004*).

Secara umum terdapat 5 bidang (*domains*) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (*World Health Organization*), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sbb :

1. Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, kecukupan energy dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan beristirahat, aktivitas seksual.
2. Kesehatan psikologis (*psychological health*): citra tubuh dan penampilan, perasaan negative dan positive, penghargaan diri, cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, spiritual dan keyakinan pribadi.
3. Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja.
4. Hubungan sosial (*sosial relationship*): hubungan sosial, hubungan pribadi, dukungan sosial.

5. Lingkungan (*environment*): keamanan, lingkungan rumah, sumber daya keuangan, perawatan sosial, kepuasan, peluang untuk memperoleh informasi baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi, lingkungan fisik termasuk polusi, bising, lalu lintas, transportasi.

Aktivitas yang cukup, intake zat gizi yang cukup, tidak merokok, minum alcohol dan pengobatan serta pemeliharaan kesehatan pada Lansia dapat mencegah penyakit, penurunan fungsi tubuh, memperpanjang umur dan meningkatkan kualitas hidup (WHO, 2002).

Riset yang dilakukan pada manula di Tanzania menunjukkan pada usia kurang dari 70 tahun ditemukan gangguan inkontinensia urin dan gangguan buang air besar, tetapi pada usia lebih dari 70 tahun ditemukan gangguan berupa inkontinensia urin, BAB, mandi, berpakaian, makan serta bergerak pada mayoritas sampel. Hal ini menunjukkan adanya hubungan kuat antara bertambahnya umur dengan gangguan atas kualitas kehidupan mereka (Dugaan, 2005).

**WHOQOL-BREF questions (facets) by the four domains and order in which the questions appear in the instrument**

<b>Domain</b>	<b>Facet</b>	<b>Question number in the WHOQOL-BREF</b>
Global items	Overall quality of life	1
Physical health	General health	2
	Pain and discomfort	3
	Dependence on medicinal substances and medical aids	4
	Energy and fatigue	10
	Mobility	15
	Sleep and rest	16
	Activities of daily living	17
	Work Capacity	18
Psychological health	Positive feelings	5
	Spirituality, religion and personal beliefs	6
	Thinking, learning, memory and concentration	7
	Bodily image and appearance	11
	Self-esteem	19
	Negative feelings	26
Social relationships	Personal relationships	20
	Sexual activity	21
	Social support	22
Environmental Quality of life	Freedom, physical safety and security	8
	Physical environment (pollution/noise/traffic/climate)	9
	Financial resources	12
	Opportunities for acquiring new information and skills	13
	Participation in and opportunities for recreation/leisure activities	14
	Home environment	23
	Health and social care: Accessibility and quality	24
	Transport	25

## 2.5 ETNIS BUGIS

Etnis Bugis adalah salah satu etnis yang berdomisili di Sulawesi Selatan. Etnis ini merupakan etnis terbesar di Sulawesi selatan. Etnis ini mendiami 11 kabupaten yaitu kabupaten Bulukumba, Sinjai, Bone, Soppeng, Sidenreng-Rappang, Polewali-Mamasa, Luwu, Pare-pare, Barru, Pangkajene dan Kepulauan dan Maros. Dipilihnya wilayah administrasi Kabupaten Barru dan Pangkep karena dua wilayah tersebut merupakan centrum tempat bermukimnya etnis bugis.

Asal orang Bugis adalah dari pulau-pulau arah barat atau arah utara negeri ini (Pelras, 1996 dalam Bahar, 2002). Kemampuan utama migran ini adalah bertani. Kebudayaan masyarakat Bugis secara mayoritas berakar dari kebudayaan pertanian. Ketaatan pada norma dan nilai yang ada akan memberi imbalan berupa hasil pertanian yang melimpah. Bila norma dan nilai dilanggar, akan berdampak pada panen yang gagal. Budaya dan aturan-aturan interaktif lainnya terbentuk dari latar besar ini – Pertanian.

Pribadi kebudayaan orang Bugis disebut *ade'* (adat). Keyakinan orang Bugis terhadap *ade'*nya menjadi dasar dari sebagian besar gagasan mengenai hubungan-hubungannya, baik dengan sesama manusia, dengan pranata-pranata sosialnya, maupun dengan alam sekitarnya, bahkan dengan makrokosmosnya (Rahim, A.R, 1985 dalam Bahar, 2002). *Ade'* atau adat

adalah kebiasaan atau tradisi-tradisi yang dilakukan secara terus menerus dan sukar dirubah, meliputi aturan bertingkah-laku dalam masyarakat.

Pada adat orang Bugis diajukan empat perilaku dalam diri manusia: yang pertama adalah akal-fikiran dan kecendekiaan, ke-dua adalah peradilan yang bersih, yang ke-tiga adalah *siri'* dan yang ke-empat adalah kebajikan. Yang menghilangkan akal pikiran adalah amarah, yang menghilangkan pengadilan yang bersih adalah kesewenang-wenangan, yang meniadakan malu adalah ketamakan, yang melenyapkan kebaikan adalah dengan menghujat sesama manusia.

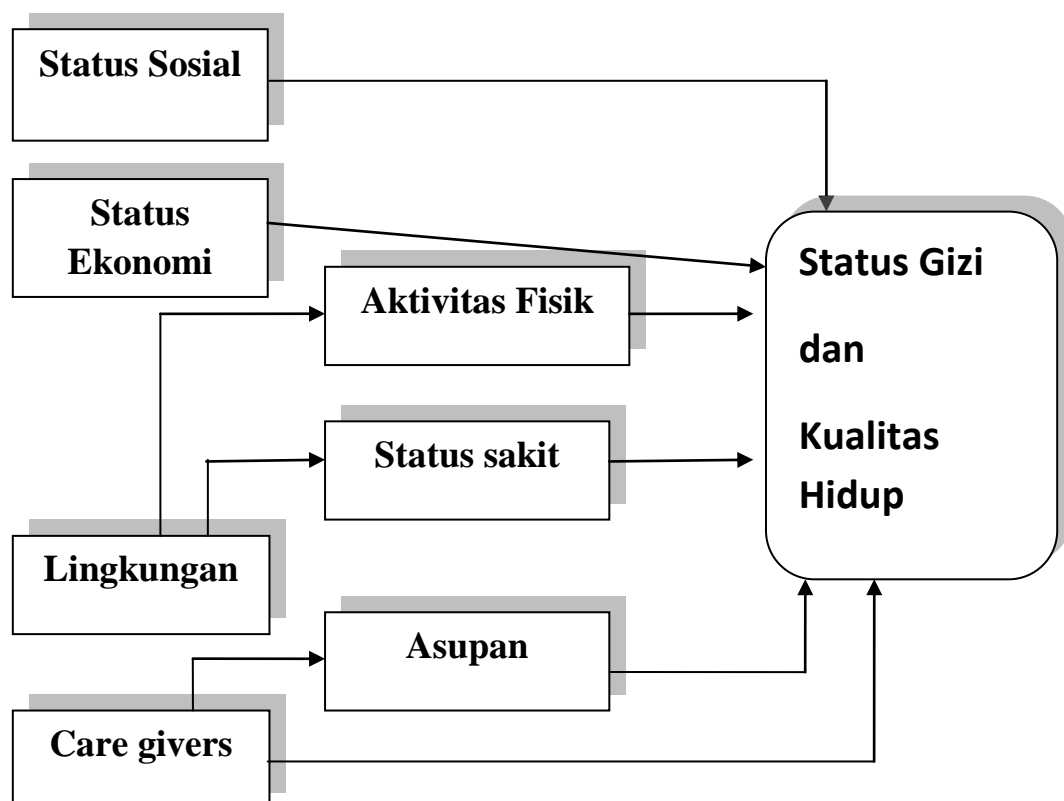
*Ade'* pada manusia Bugis dengan nilai *assitinajang* dan *siri'* sebagai bagian nilai utama dalam budaya Bugis, digunakan sebagai sandaran untuk mengerti perilaku pengasuhan yang kemudian menjadi pola pengasuhan pada etnik ini. Merawat orangtua (lansia) adalah *gau sitinaja ripogau* (perilaku yang seharusnya dilaksanakan) oleh seorang anak terhadap orangtuanya. Pada orang Bugis, pemberian makanan pada anak mengikuti pola makan orang dewasa, 3 kali per hari. Pemberian makanan yang bersifat merangsang pada anak dianggap sebagai sesuatu yang tidak patut. Dengan demikian pemberian makanan yang teksturnya keras, cabe, lada, minuman bersoda, atau pemberian makanan yang merusak secara fisis (makanan yang amat panas atau amat dingin) adalah sesuatu yang tidak patut untuk

diberikan pada anak, pengasuhan serupa juga dilakukan untuk mengasuh lansia pada budaya etnis bugis.



## 2.6 KERANGKA TEORI

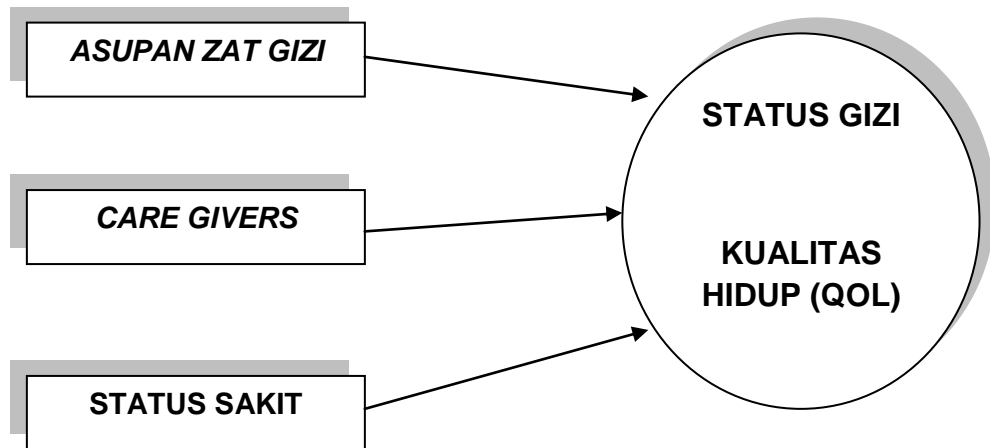
Berdasarkan logika berpikir bahwa semua aspek berujung pada status gizi dan atau kualitas hidup yang juga adalah status kesehatan (yang melingkupi QOL aspek fisik, QOL aspek interaksi, QOL aspek psikososial, QOL aspek lingkungan) maka posisi QOL ditempatkan sejajar dengan posisi status gizi dan dihipotesiskan factor yang berpengaruh terhadap status gizi juga berpengaruh terhadap kualitas hidup. Dengan demikian hubungan antara status gizi dan kualitas hidup dianggap resiprokal.



Sumber: Kerangka Unicef dan modifikasi peneliti

## 2.7 KERANGKA KONSEP

Dari kajian pustaka yang diajukan pada paragraph terdahulu, dapat dibuat simpulan sementara makin tua usia manula, makin tinggi gangguan pada status gizi dan *disabilitas*, dan makin terganggu status gizi mereka serta makin rendah kualitas hidup mereka.



Keterangan :

□ : Variabel Independent

○ : Variabel Dependent

## 2.8 DEFINISI OPERASIONAL

### 1. Lansia

Lansia berusia  $\geq 60$  tahun.

### 2. *Care givers*

Pelaku pengasuh:

- a. Lansia yang diasuh oleh keluarga batih (istri/anak/suami) → tidak berisiko
- b. Lansia yang diasuh diluar keluarga batih (panti/keluarga jauh) → berisiko

### 3. Asupan Zat Gizi

Konsumsi makanan yang mengandung zat gizi makro dan mikro yang dimakan seseorang setiap hari. Untuk mengukur kecukupan gizi seseorang digunakan formulir *food recall 24 hours* dan untuk mengetahui pola konsumsi diukur dengan formulir *food frequency*.

#### a. Asupan Makronutrien :

1. Cukup : jika % AKG  $\geq 80$  %
2. Kurang : jika % AKG  $< 80$  %

#### b. Asupan Mikronutrien :

1. Cukup : jika % AKG  $\geq 80$  %
2. Kurang : jika % AKG  $< 80$  %

c. Pola Konsumsi per Individu

1. Pola : bila dikonsumsi tiap minggu, min. 1x/minggu, skor  $\geq 10$
2. Bukan pola : bila konsumsi kurang dari 1x/minggu, skor  $< 10$

4. Status Gizi

Dalam hal mengukur status gizi pada lansia, maka indikator yang digunakan adalah tinggi lutut. Pengukuran antropometri yang digunakan usia lanjut dengan tulang punggung osteoporosis, sehingga terjadi penurunan tinggi badan, dari tinggi lutut dapat dihitung tinggi badan. (Pedoman Tatalaksana Gizi Usia Lanjut Dit. Gizi Masyarakat 2003).

- a. TB pria :  $64,19 - (0,04 \times \text{usia dalam tahun}) + (2,02 \times \text{tinggi lutut dlm cm})$
- b. TB wanita:  $84,88 - (0,24 \times \text{usia dalam tahun}) + (1,83 \times \text{tinggi lutut dlm cm})$

Selanjutnya ditentukan melalui perhitungan BMI

$$\mathbf{BMI : BB / TB^2}$$

5. Kualitas Hidup

Kualitas hidup lansia adalah tingkat dimana seseorang menikmati hal-hal penting yang mungkin terjadi dalam hidupnya ditinjau dari empat domain yang meliputi :

1. Domain fisik yang terdiri dari nyeri dan ketidaknyamanan, tenaga dan lelah, tidur dan istirahat.

2. Domain psikologis yang terdiri dari perasaan positif, berfikir, belajar, ingatan dan konsentrasi, harga diri, gambaran diri dan penampilan, perasaan negatif.
3. Domain hubungan sosial yang terdiri dari hubungan perorangan, dukungan sosial, aktivitas seksual.
4. Domain lingkungan yang terdiri dari keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber penghasilan, kesehatan dan perhatian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru, partisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang, lingkungan fisik, dan transportasi.

Maka dalam hasil penelitian yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner menurut WHOQOL BREF 26 yaitu dengan melihat empat domain (fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan).

Semua pertanyaan berdasarkan pada skala likert lima poin (1-5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi.

Hasil ukur dari tiap variabel kualitas hidup apabila hasil total score dari kuesioner tinggi maka kualitas hidupnya tinggi sedangkan apabila hasil total score dari kuesioner rendah maka kualitas hidupnya rendah.

## **2.9 HIPOTESIS PENELITIAN**

1. Ada hubungan antara *care giver* (pengasuh keluarga batih) terhadap status gizi dan kualitas hidup Lansia.
2. Ada hubungan antara status gizi dan kualitas hidup lansia.