

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Proses menua merupakan proses normal yang dimulai sejak pemuahan dan berakhir pada kematian. Sepanjang hidup tubuh berada pada keadaan dinamis, ada pembangunan dan ada perusakan. Pada saat pertumbuhan, proses pembangunan lebih banyak daripada proses perusakan. Setelah tumbuh secara faali mencapai tingkat kedewasaan, proses perusakan secara berangsur akan melebihi proses pembangunan. Inilah saatnya terjadi proses menua atau aging. (Almatsier dkk, 2011)

Menurut UU No.13 tahun 1998 Pasal 1 Ayat 2 tentang Kesejahteraan Lansia menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Notoatmodjo,2007). Lansia termasuk kelompok yang paling rawan biologi, yaitu lebih mudah sakit, lebih kronis serta lama penyembuhannya. Biaya pengobatan lansia merupakan pos pengeluaran terbesar dalam keluarga (Depkes RI, 2001).

Masalah lansia akan dihadapi oleh setiap insan dan akan berkembang menjadi masalah yang lebih kompleks karena usia harapan hidup (life expectancy) kelak akan berada diatas 70 tahun, sehingga populasi lansia di Indonesia tidak saja akan melebihi jumlah balita, tetapi juga dapat

menduduki peringkat keempat di dunia setelah RRC, India, dan Amerika Serikat. (Fatmah, 2010)

Usia harapan hidup orang Indonesia semakin meningkat seiring dengan meningkatnya taraf hidup dan pelayanan kesehatan. Kendali tersebut membawa dampak terhadap peningkatan jumlah populasi lanjut usia (Lansia) di Indonesia menurut World Health Organization (WHO) tahun 1998, angka harapan hidup orang Indonesia mengalami peningkatan dari 65 tahun pada tahun 1997 menjadi 73 tahun pada tahun 2005 (Wirakusumah, 2000).

Pada tahun 2000 penduduk lansia di seluruh dunia diperkirakan sebanyak 426 juta atau sekitar 6,8%. Jumlah ini akan meningkat hampir dua kali lipat pada tahun 2025, yaitu menjadi sekitar 828 juta jiwa atau sekitar 9,7% dari total penduduk dunia. Menurut WHO, bahwa di tahun 2025, Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah warga lansia sebesar 41,4%, yang merupakan sebuah peningkatan tertinggi di dunia (Notoatmodjo, 2007).

Usia Harapan Hidup penduduk Indonesia berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia tahun 2000-2025 antara BPS, BAPENAS dan UNFPA, mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, satu sisi menunjukkan bahwa makin banyak orang Indonesia yang hidup lebih panjang umur, tetapi disisi lain menjadi akan menjadi beban keluarga, masyarakat dan negara apabila kenaikan jumlah Lansia tersebut tidak diimbangi dengan program penanggulangan Lansia baik dari segi fisik, mental maupun financial. Jumlah Penduduk Lansia Indonesia 2006 UHH 66,2 tahun, jumlahnya 19 juta, 2010 diperkirakan UHH 67,4 tahun jumlahnya 23,9 juta dan tahun 2020

diperkirakan UHH 71,1 tahun jumlahnya 28,8 juta. (Deputi I Menkokesra, 2007) Angka UHH Manusia Indonesia : Tahun 1997=65 tahun, (WHO, 1998) dan tahun 2025 = 73 tahun (Wirakusumah, 2000). UHH meningkat selama 20 tahun terjadi di Indonesia, UHH perempuan tahun 1994 : 83 tahun di Jepang 70 tahun, di Singapura 74 tahun, Malaysia 72 tahun, Thailand 69 tahun, dan 65 tahun di Indonesia. Di Indonesia selama dalam 37 tahun meningkat menjadi 6 kalinya. Cepatnya pertumbuhan usia lanjut berdampak pada meningkatkan proporsi penduduk di kelompok tersebut dengan demikian meningkatkan biaya perawatan kesehatan, apabila jumlah usia lanjut tersebut tidak ditangani dengan baik.

Kelompok lansia termasuk yang rentan terhadap berbagai masalah psikososial dan rawan kesehatan, khususnya terhadap kemungkinan jatuh sakit dan ancaman kematian, karena mereka menghadapi berbagai masalah yang berkaitan dengan proses menua yang dialaminya. Jenis penyakit yang diderita lansia pada umumnya merupakan penyakit degeneratif yang bersifat kronis dan kompleks yang membutuhkan biaya yang relatif tinggi untuk perawatannya. Oleh karena itu sangat efisien apabila kondisi sehat dan mandiri dapat dipertahankan selama mungkin. (Almatsier, 2006)

Penelitian yang dilakukan di Amerika menemukan bahwa setelah usia 65 tahun umumnya terjadi penurunan berat badan. Hal ini disebabkan karena penurunan basal metabolisme dan perubahan dalam indra rasa dan bau. Diperkirakan 50% pada usia 65 tahun telah kehilangan gigi (Huffman, 2002). Kelompok usia lanjut termasuk kelompok rentan gizi, meskipun

kelompok ini tidak dalam proses pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini disebabkan karena pada usia lanjut terjadi proses degenerasi yang menyebabkan kelompok usia ini mengalami kelainan gizi (Notoatmodjo, 2003).

Penyebab Masalah Gizi pada Lansia (Wirahkusuma, 2000) yaitu : Perubahan kebiasaan makan, penurunan selera makan, penurunan sensitifitas indera perasa & penciuman, gangguan pencernaan & pengunyahan dan penyakit degenerative. Makanan yang dikonsumsi kurang baik kuantitas dan kualitas (Hurlock, 1999). Dengan demikian adanya perubahan dan penurunan selera makan apalagi yang dikonsumsinya kurang berkualitas maka akan memperburuk keadaan lansia, karena akan menjadi lemah dan mudah sakit.

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan dan perbandingan yang satu terhadap yang lain. Kalau susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kualitas maupun kuantitas, maka tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang sebaik – baiknya (Sediaoetama, 1996).

Bedasarkan hasil data Riskesdas tahun 2010, rata-rata kecukupan konsumsi energi pada kelompok umur 56 tahun ke atas yang mengkonsumsinya di bawah kebutuhan minimal di provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur sebesar 40,4% dan 32,2% dan kecukupan konsumsi protein

sebesar 56,1% dan 50,5%. Sedangkan proporsi status gizi penduduk dewasa (>18 tahun) di provinsi Jawa Tengah, untuk kategori IMT pada responden laki-laki dengan klasifikasi kurus 12,7%, normal 73,3 %, BB-lebih 7,8%, obese 6,2%, dan untuk kategori IMT pada responden perempuan dengan klasifikasi kurus 14,7%, normal 62,0%, BB-lebih 10,7%, obese 12,7%. Dan proporsi status gizi penduduk dewasa (>18 tahun) di provinsi Jawa Timur, untuk kategori IMT pada responden laki-laki dengan klasifikasi kurus 12,2%, normal 72,2%, BB-lebih 8,2%, obese 7,4%, dan untuk kategori IMT pada responden perempuan dengan klasifikasi kurus 12,5%, normal 62,3%, BB-lebih 10,7%, obese 14,5%. Oleh karena itu, penulis tertarik dalam menganalisis hubungan antara asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat terhadap status gizi lansia khususnya di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.

B. Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dapat dilihat dari segi variabel dependent dan variabel independent. Variabel dependent adalah status gizi lansia. Sedangkan variabel independent meliputi asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat. Lansia merupakan salah satu kelompok rentan gizi, sehingga sangat penting untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan status gizi lansia.

Seseorang khususnya para Lansia sangat penting untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan status gizi mereka pada saat memasuki usia Lansia. Masyarakat biasanya menganggap masalah ini masalah sepele untuk dirinya, karena mereka berfikir ia sudah mulai tua hal itu memang hal yang lumrah pada manusia. Tetapi di lain pihak pengetahuan kesehatan mereka belum tentu terjamin. Maka banyak faktor yang mempengaruhi status gizi mereka, seperti kurangnya pengetahuan, tingkat pendidikannya kurang, asupan protein yang kurang serta masalah ekonomi pun menjadi salah faktornya.

C. Pembatasan Masalah

Status gizi pada lansia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab yang tidak bisa diteliti secara keseluruhan karena keterbatasan yang dimiliki peneliti dalam segi waktu, biaya dan tenaga, dan agar penelitian ini lebih terarah dan tidak menyimpang dari tujuannya, maka ruang lingkup permasalahan ini dibatasi pada masalah yang ada terbatas pada perbedaan antara asupan energi, protein, lemak, karbohidrat dan status gizi lansia di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur menggunakan Analisis Data Sekunder (Riskesdas 2010).

D. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut di atas peneliti akan mengambil sebuah perumusan masalah dengan judul “Hubungan antara Asupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat dan Status Gizi Lansia (60-74 tahun) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur”.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan antara Asupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat dan Status Gizi Lansia (60-74 tahun) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.

2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi karakteristik lansia yang meliputi usia, jenis kelamin, asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.
- b) Menganalisa hubungan asupan energi dengan status gizi Lansia di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.
- c) Menganalisa hubungan asupan protein dengan status gizi Lansia di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.
- d) Menganalisa hubungan asupan lemak dengan status gizi Lansia di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.

- e) Menganalisa hubungan asupan karbohidrat dengan status gizi Lansia di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Praktisi

Dapat digunakan sebagai sumber informasi mengenai hubungan antara asupan energi, protein, lemak, karbohidrat dan status gizi lansia (60-74 tahun) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur (Analisis Data Riskesdas 2010).

2. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengambilan kebijakan pada upaya peningkatan konsumsi asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat pada masyarakat dengan perbaikan status gizi khususnya pada lansia.

3. Manfaat Bagi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa gizi mengenai hubungan antara asupan energi, protein, lemak, karbohidrat dan status gizi lansia (60-74 tahun) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur (Analisis Data Riskesdas 2010).

4. Manfaat Bagi Peneliti

Dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan dan wawasan baru bagi mahasiswa gizi mengenai hubungan antara asupan energi, protein, lemak,

Universitas
Esa Unggul

karbohidrat dan status gizi lansia (60-74 tahun) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur (Analisis Data Riskesdas 2010).

Universitas
Esa Unggul