

MODEL HUBUNGAN ASPEK PSIKOSOSIAL DAN AKTIFITAS FISIK DENGAN STATUS GIZI LANSIA

*(The Correlation Model of Psychosocial and Physical Activity Aspect
with Nutritional Status of the Elderly)*

Rusilanti¹ dan Clara M Kusharto²

ABSTRACT

The aims of this research was to analyze the correlation of psychosocial and physical aspect with nutritional status of the elderly reside in community dwelling. The site of study was purposively selected at three "kelurahan" : Budi agung, Baranangsiang, and Situ Gede in Bogor City. A total of 100 elderly (age range 60 - 85 years; mean 68.4 year) were actively participated. A Structural Equation Modelling (SEM) Lisrel program was used to analyse the data. The study showed positive correlation of psychosocial ($r=0.07$) and physical aspect ($r=0.04$) with nutritional status of the elderly in community.

Keywords : *psychosocial aspect, physical activity aspect, nutritional status.*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah penduduk mencapai 201 241 999 jiwa dengan jumlah penduduk lanjut usia sebesar 4 703 694 (BPS, 2000). Berdasarkan laporan World Health Organization (WHO) dalam Wirakusumah (2000), angka usia harapan hidup (UHH) orang Indonesia diharapkan mengalami peningkatan dari 65 tahun pada tahun 1997 menjadi 75 tahun pada tahun 2025. Hal ini dapat terjadi dengan semakin meningkatnya pelayanan kesehatan, peningkatan taraf hidup, serta berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi.

Pada dasawarsa ini jumlah penduduk lanjut usia mengalami peningkatan yang cukup mencolok. Peningkatan ini menurut para ahli terjadi di hampir semua negara termasuk kawasan Asia seperti Jepang, Hongkong, Singapore, Korea, China, Thailand, dan Indonesia.

Arah kebijakan tentang lansia sebenarnya lebih menitik beratkan pada keluarga sebagai penanggungjawab utama terhadap lansia. Dalam hal ini dukungan dari keluarga sebagai *care giver* diharapkan menjadi kunci utama untuk kesejahteraan lansia, namun pada kenyataannya di berbagai negara terjadi penurunan dukungan dari anak terhadap lansia. Hal ini terjadi di negara Jepang. Pada tahun 1972 sebanyak 67% lansia tinggal bersa-

ma 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% (Westley, 1998).

Keadaan tersebut di atas 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. Dalam hal ini masyarakat dapat turut membantu dalam melaksanakan perawatan terhadap lansia melalui program-program pemerintah yang ada seperti program posbindu.

Selain peran keluarga dan masyarakat dalam upaya merawat lansia, diperlukan juga peran pemerintah dalam memberikan fasilitas pada lansia seperti menyediakan tempat perawatan bagi lansia yang terlantar atau bermasalah dengan keluarga karena semakin banyaknya keluarga yang tidak mampu merawat lansia. Dalam hal ini panti wredha merupakan salah satu alternatif bentuk bantuan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lansia.

Berdasarkan hasil sensus penduduk yang dilakukan BPS tahun 2000, jumlah lansia di propinsi Jawa Barat sudah mencapai 3.4 juta orang, atau setengah jumlah balita. Nantinya pada tahun 2010 lansia dan balita akan tetap bertambah namun dalam jumlah yang seimbang, sedang pada tahun 2020 jumlah lansia (11.4%) akan lebih banyak dibandingkan balita

¹ Staf Pengajar Jurusan IKK, FT, Universitas Negeri Jakarta.

² Staf Pengajar Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia (FEMA) IPB.

(6.9%) dan jumlah nominalnya juga semakin tinggi.

Kota Bogor, Propinsi Jawa Barat memiliki jumlah lansia sebesar 45 417 orang terdiri dari 23 340 laki-laki dan 22 077 perempuan (sensus penduduk tahun 2000) Usia harapan hidup (UHH) penduduk Kota Bogor lebih tinggi dari rata-rata UHH penduduk Indonesia yaitu 66.3 tahun di tahun 1996, dan 67.7 tahun di tahun 1999 sementara UHH rata-rata penduduk Indonesia adalah 65 tahun di tahun 1997.

Intake energi lansia laki-laki di kota Bogor hanya 70% dari angka kecukupan gizi (AKG) dan 30% dari mereka mempunyai indeks masa tubuh (IMT) < 18,5. Berdasarkan ambang batas yang ditetapkan Ditjen Gizi Masyarakat, prevalensi gizi kurang $\geq 20\%$ merupakan kriteria masalah gizi berat.

Bila dilihat dari beberapa data-data tersebut di atas, maka perlu kiranya dilakukan pengembangan model hubungan aspek-aspek yang berperan terhadap kesehatan/status gizi lansia.

Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan model hubungan aspek psikososial dan aktifitas fisik dengan status gizi lansia.

METODE PENELITIAN

Desain, Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survai untuk menganalisis kondisi penduduk usia lanjut dan rumah tangga muda yang merawat lansia sehingga dapat diketahui kondisi aktual dari lansia. Desain yang digunakan adalah *cross-sectional*. Dalam hal ini peneliti melakukan observasi terhadap lansia tanpa melakukan intervensi. Penelitian survai dapat dilakukan pada satu saat (*point time approach*). Lansia serta keluarga yang merawat lansia hanya diamati sekali saja (Singarimbun & Efendi, 1995). Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan observasi partisipatif, peneliti melakukan pengamatan langsung terhadap sampel dan turut serta dalam kegiatan lansia yang ada. Metode survai dipilih untuk melihat kondisi lansia, baik fisik maupun psikososial, juga untuk mempelajari bagaimana dukungan keluarga dan masyarakat yang dapat mempengaruhi kesejahteraan lansia.

Penelitian ini dilakukan di Kota Bogor. Kota Bogor dipilih karena memiliki usia harapan hidup (UHH) yang cukup tinggi yaitu 67.7 tahun (pada tahun 1999) serta memiliki jumlah

lansia yang cukup banyak yaitu 45 417 orang. Penelitian survai dilakukan di 3 wilayah puskesmas yang memiliki posbindu yang aktif. Penelitian dilakukan pada tahun 2005.

Prosedur Penarikan Contoh

Pemilihan posbindu dan panti wredha dilakukan berdasarkan rekomendasi yang diberikan pihak Dinas Kesehatan. Pemilihan sampel di posbindu dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*) berdasarkan kriteria pemilihan sampel yaitu: tidak pikun, tidak bermasalah dengan pendengaran, dan bersedia diwawancara. Di samping lansia, responden juga diambil dari keluarga yang mengurus lansia (yang berada satu rumah dengan lansia) serta keluarga yang turut merawat namun tidak serumah dengan lansia.

Pendekatan awal dalam pemilihan contoh dilakukan pertama dengan pihak Dinas Kesehatan, kemudian dengan Dokter Puskesmas dan terakhir dengan pengurus (kader posbindu) serta pengurus RW setempat untuk mendapatkan informasi dari lansia yang berada di masyarakat. Pertemuan pertama dengan contoh dilakukan di posbindu kemudian dilanjutkan dengan wawancara dari rumah ke rumah untuk mendapatkan informasi dari keluarga yang mengurus lansia.

Total jumlah sampel sebanyak 100 orang lansia yang berasal dari tiga kelurahan yaitu Kelurahan Baranangsiang, Situ Gede, dan Budi Agung.

Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Data yang diperoleh terdiri dari data primer dan sekunder. Data sekunder meliputi: data lokasi, jumlah lansia, program pemerintah yang menyangkut lansia, dan jumlah panti wredha. Data primer meliputi latar belakang lansia (jenis kelamin, umur, status perkawinan, tempat tinggal), dukungan keluarga/masyarakat/pemerintah (ada tidaknya dukungan, bentuk perhatian/penghargaan). Data konsumsi pangan, kemampuan fisik, dan perilaku hidup sehat diperoleh melalui wawancara dengan lansia serta petugas panti yang merawat lansia. Data kondisi psikososial seperti kepuasan hidup dan depresi diperoleh melalui wawancara dengan lansia. Data status gizi diperoleh dengan pengukuran antropometri yang meliputi berat badan, tinggi badan yang dilakukan dengan mengukur tinggi badan langsung dan panjang tungkai.

Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang berisi tentang dukungan keluarga, status kesehatan, kepuasan hidup, dan tingkat depresi. Pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban yang sudah disediakan. Pengisian instrumen dilakukan dengan cara wawancara.

Pengukuran tentang tingkat kepuasan hidup dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berisi tentang tingkat kepuasan lansia terhadap kondisi keuangan, kesehatan, tempat tinggal, makanan, pakaian, serta fasilitas kesehatan.

Data kemampuan fisik dihitung dengan menjumlahkan skor total. Skor total yang semakin tinggi pada kemampuan fisik menunjukkan kemampuan fisik yang baik. Skor yang rendah menunjukkan kemampuan fisik yang buruk.

Data kondisi psikososial yang meliputi kepuasan diri dikategorikan semakin tinggi tingkat kepuasan maka kondisi psikososial semakin baik dan depresi dikategorikan semakin tinggi skor maka keadaan psikososial responden semakin buruk. Tingkat kepuasan diukur dengan memberikan skor terhadap jawaban responden atas 10 pertanyaan. Setiap jawaban dikategori menjadi: 1 untuk jawaban puas, 2 untuk jawaban cukup/netral, 3 untuk jawaban tidak puas.

Pertanyaan yang berkaitan dengan depresi terdiri dari 20 pertanyaan. Jawaban dari pertanyaan diberi skor 1-4, sehingga skor maksimum mencapai 80 dan skor minimum 20 (Zung dalam Thuber, Snow, Honts, 2002)

Pengolahan dan Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif, yang meliputi data : hal yang membuat lansia bahagia, pekerjaan rumah tangga yang masih dapat dilakukan lansia, upaya menghibur lansia saat sedih, hubungan lansia dengan anak dan keluarga lain, pandangan terhadap lansia, program yang diharapkan untuk meningkatkan kesejahteraan lansia, kepada siapa minta tolong bila ada masalah, yang paling memperhatikan lansia. Bagi lansia yang berada di panti (keluhan dalam pelayanan, perasaan sesudah tinggal di panti, perhatian keluarga/ada tidaknya perasaan dibuang, hubungan antar sesama lansia penghuni panti, yang paling memperhatikan saat sakit, serta alasan tinggal di panti).

Data konsumsi dianalisis dengan menggunakan Paket Program Boga dan Gizi (PPBG), dan status gizi lansia ditentukan berdasarkan

indeks massa tubuh (IMT). Untuk melihat pengaruh aspek psikososial dan fisik terhadap status gizi digunakan *Structural Equation Modelling* (SEM) dengan menggunakan program Lisrel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan, maka ditemukan faktor-faktor yang memiliki hubungan dengan status gizi lansia dijelaskan oleh persamaan-persamaan berikut ini:

1. Latar belakang = $c + X_{11} + X_{12} + X_{13} + X_{14}$
 X_{11} = Jenis Kelamin
 X_{12} = Usia
 X_{13} = Status Perkawinan
 X_{14} = Tempat Tinggal
 2. Dukungan = $X_{21} + X_{22} + X_{23}$
 X_{21} = Dukungan Keluarga
 X_{22} = Dukungan Masyarakat
 X_{23} = Dukungan Pemerintah
 3. Konsumsi = $X_{31} + X_{32} + X_{33} + X_{34} + X_{35} + X_{36}$
 X_{31} = Energi (Kkal)
 X_{32} = Protein (g)
 X_{33} = Vitamin A (μ gRE)
 X_{34} = Vitamin B (μ g)
 X_{35} = Vitamin C (mg)
 X_{36} = Kalsium (mg)
 4. Psikososial = $Y_{11} + Y_{13}$
 Y_{11} = Kepuasan
 Y_{13} = Depresi
 5. Psikososial = Latar belakang + dukungan + konsumsi
 6. Fisik = $Y_{21} + Y_{22}$
 Y_{21} = Kemampuan Fisik
 Y_{22} = Perilaku Kesehatan/Hidup Sehat
 7. Fisik = konsumsi
 8. Status Gizi = Psikososial + Fisik
- Secara garis besar dapat digambarkan dengan skema berikut:

Keterangan:

X_{11} = Jenis Kelamin	X_{34} = Vitamin B (μ g)
X_{12} = Usia	X_{35} = Vitamin C (mg)
X_{13} = Status Perkawinan	X_{36} = Kalsium (mg)
X_{14} = Tempat Tinggal	X_{37} = Phospor (mg)
X_{21} = Dukungan Keluarga	X_{38} = Besi (mg)
X_{22} = Dukungan Masyarakat	Y_{11} = Kepuasan
X_{23} = Dukungan Pemerintah	Y_{12} = Depresi
X_{31} = Energi (Kkal)	Y_{21} = Kemampuan Fisik
X_{32} = Protein (g)	Y_{22} = Perilaku Kesehatan
X_{33} = Vitamin A (μ gRE)	/Hidup Sehat
	Y_{31} = IMT

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Jenis kelamin memiliki hubungan positif dengan latar belakang ($r=0.03$), hasil penelitian Wahyuni (2003) menunjukkan bahwa lansia laki-laki cenderung dalam status kawin sampai mereka sangat tua dan meninggal. Brubaker (1985) dalam Wahyuni (2003) menyatakan bahwa lansia laki-laki cenderung untuk mendapatkan bantuan/perawatan dari isteri mereka, sedangkan lansia perempuan seringkali tidak mendapatkan ini karena kematian suami. Namun pada umumnya lansia perempuan yang ditinggalkan suami hidup bersama dengan anaknya terutama anak perempuan, sehingga masih mendapatkan perawatan yang cukup baik.

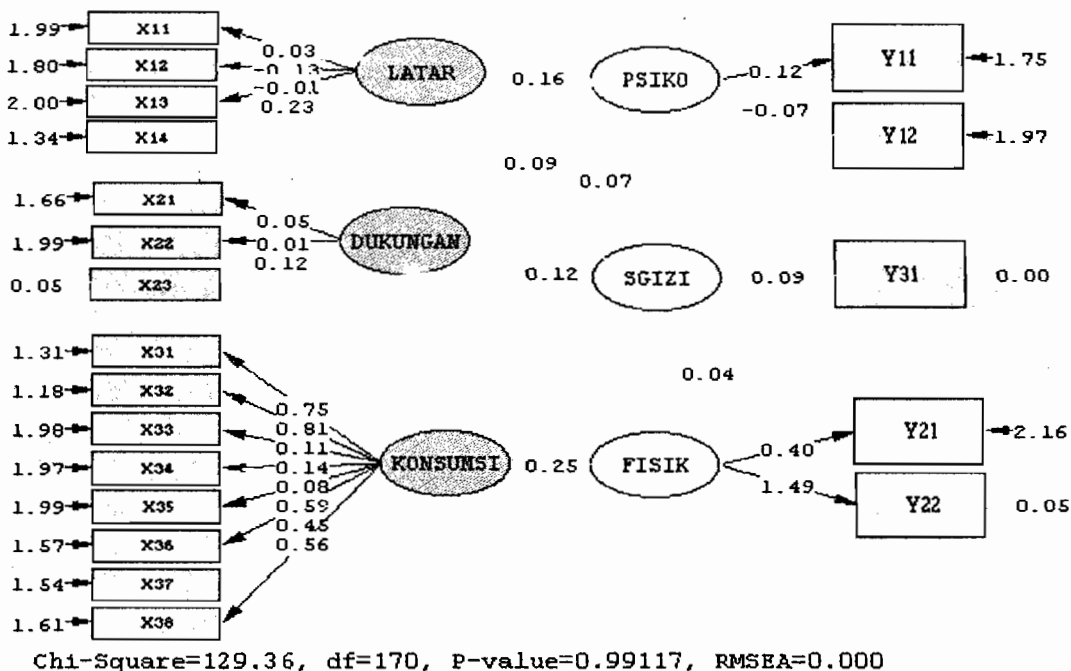
Semakin tinggi umur lansia, semakin buruk keadaan latar belakangnya ($r=-0.013$), karena latar belakang ditentukan oleh kondisi psikososial ($r=0.016$) dimana salah satu indikatornya adalah kondisi depresi, dalam hal ini depresi memiliki korelasi negatif dengan psikososial ($r=-0.07$). Hasil pengujian menunjukkan bahwa umur mempengaruhi tingkat depresi, semakin tua umur lansia, semakin tinggi tingkat depresi.

Status perkawinan memiliki hubungan negatif dengan latar belakang lansia ($r= -0.01$), lansia yang memiliki pasangan/menikah akan memiliki kondisi latar belakang yang lebih baik, sedangkan yang tidak memiliki pasangan memiliki kondisi latar belakang semakin ren-

dah. Pada penelitian ini pemberian skor pada lansia yang memiliki pasangan/menikah adalah satu dan yang tidak menikah (janda/duda) adalah dua sehingga tampak adanya pengaruh yang negatif. Menurut Santrock (1983) pada masyarakat timur, status perkawinan merupakan penentu dari status seseorang dalam masyarakat. Seseorang yang kehilangan pasangan hidupnya terutama seorang wanita yang ditinggal oleh suaminya tidak lagi mampu membiayai seluruh kebutuhan hidupnya. Menurut Latifah (2000), seseorang dengan status janda lebih memilih untuk tinggal sendiri, sehingga hal ini menyebabkan menurunnya pendapatan yang dimiliki oleh lansia.

Tempat tinggal lansia mempunyai hubungan positif dengan latar belakang ($r=0.03$) karena semakin baik tempat tinggal bagi lansia memiliki latar belakang yang lebih baik. Perumahan tempat tinggal lanjut usia mempunyai pengaruh positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan (Oswari, 1997).

Keluarga, merupakan tempat tinggal utama bagi lansia untuk mendapatkan dukungan moral maupun material, dan mendapat perawatan sepenuhnya (Wahyuni, 2003). Di Asia, pada masyarakat tradisional, para lansia menggantungkan diri kepada anak-anak mereka yang telah dewasa, kepada pasangannya, dan keluarga lain untuk mendapatkan bantuan materiil (EWC, 2002 dalam Wahyuni, 2003).



Gambar 1. Skema model hubungan aspek psikososial dan fisik dengan status gizi lansia

Lansia yang tinggal pada perumahan dengan kondisi yang baik serta adanya dukungan keluarga akan memiliki latar belakang yang lebih baik. Pada penelitian ini latar belakang lansia di daerah Situ Gede tampak lebih buruk bila dibandingkan dengan kedua kelompok lainnya, hal ini tampak pada kondisi perumahan mereka.

Di Indonesia masyarakat menempatkan lansia sebagai sosok yang harus dihormati, dan menganggap sebagai pekerjaan mulia jika merawat lansia (Raharjo & Do Le, 2002 dalam Wahyuni, 2003). Namun dengan terjadinya perubahan dalam hal demografis, sosial dan ekonomi, maka peranan keluarga sebagai perawat utama lansia berada pada tekanan (EWC, 2002 dalam Wahyuni, 2003).

Anak-anak perempuan yang seharusnya merawat lansia menjadi kekurangan waktu karena harus terjun ke sektor publik untuk mencari nafkah, di samping itu juga terjadinya migrasi akibat berkembangnya industri dan jasa di perkotaan membuat anak harus bertempat tinggal jauh dari orang tuanya. Kondisi tersebut dapat menyebabkan berkurangnya dukungan keluarga.

Selayaknya anak mengajak orang tua untuk tinggal serumah dengannya, namun alternatif tersebut sering tidak dapat dilakukan karena tingginya tingkat urbanisasi di kota mengakibatkan mereka tidak mampu membeli rumah cukup besar untuk menampung orang tuanya. Akibatnya banyak lansia yang terlantar di masa tuanya baik secara sosial ekonomi dan mentalnya. Oleh karenanya banyak keluarga yang pada akhirnya menyerahkan orang tuanya yang sudah berusia lanjut ke panti wredha. Selain itu juga banyaknya lansia yang tidak memiliki keluarga memilih untuk tinggal di panti wredha.

Di negara maju telah banyak terjadi perubahan nilai-nilai sosial, misalnya hubungan orang tua dengan anak yang juga mengalami perubahan, sehingga ikatan keluarga mulai melonggar. Perubahan nilai sosial ini makin mendorong lansia untuk lebih giat menabung, agar bila mereka dikaruniai Tuhan umur panjang, nasibnya tidak semata-mata tergantung pada kemurahan anak cucunya. Untuk meringankan beban lansia, pemerintah maupun organisasi masyarakat mendirikan rumah atau asrama khusus untuk kaum lansia. Pendirian rumah bagi kaum lansia selain memiliki segi positif, juga mempunyai segi negatif, yaitu menyebabkan semakin longgarnya hubungan antara anak dengan orang tua. Anak-anak karena kesibukan kerja memasukkan orang tua ke panti wredha (Oswari, 1997).

Pada kenyataannya lansia di masyarakat selain memiliki dukungan sosial dari keluarga juga mendapatkan dukungan dari masyarakat dan pemerintah seperti adanya posbindu yang merupakan salah satu program yang mendukung kesehatan lansia. Dukungan dari keluarga ($r=0.05$), masyarakat ($r=0.01$) dan pemerintah ($r=0.12$) dapat meningkatkan dukungan sosial bagi lansia.

Lansia yang memiliki dukungan sosial yang baik akan memperbaiki kondisi psikososialnya. Goode (1985) menyatakan bahwa dengan semakin majunya komunikasi antar individu dan teknologi, pola hidup masyarakat mengalami perubahan. Pola hidup keluarga batih semakin kehilangan fungsinya dan beralih menjadi pola hidup keluarga inti. Kebiasaan untuk memberikan bantuan sosial antar keluarga berkurang dan pola hidup individual semakin menonjol. Dalam model ini terdapat pengaruh positif antara dukungan sosial dengan kondisi psikososial lansia.

Kualitas konsumsi pangan dipengaruhi oleh jumlah asupan zat-zat gizi yang dibutuhkan tubuh. Semakin sesuai asupan zat-zat gizi yang diperlukan tubuh, maka semakin baik kualitas konsumsi pangannya. Dalam hal ini terdapat keterbatasan pada asupan lansia sesuai dengan kemampuan fisiologis tubuhnya. Kebutuhan energi pada lansia lebih rendah dari pada kebutuhan energi orang dewasa. Kondisi ini disebabkan karena menurunnya kegiatan metabolisme seluruh sel dan aktivitas otot. Komposisi energi seharusnya 20-25% berasal dari protein, 20% dari lemak dan sisanya dari karbohidrat. Konsumsi karbohidrat diusahakan berasal dari karbohidrat kompleks untuk memperoleh kecukupan energi dan serat (Nasoetion & Briawan, 1993).

Konsumsi makanan lansia memiliki hubungan positif ($r=0.25$) dengan kondisi psikososialnya, namun kondisi psikososial juga berkorelasi positif dengan kepuasan hidup ($r=0.12$) dan berkorelasi negatif dengan depresi ($r=-0.07$). Salah satu indikator kepuasan hidup adalah 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, di samping itu pula 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 memilih makanan. Pada sebagian besar orang,

hubungan keluarga dan persahabatan seringkali mempengaruhi pembelian, perbaikan dan konsumsi. Status sosial ekonomi, perubahan ekonomi dan dukungan sosial memiliki pengaruh penting dalam membentuk pola makan yang sangat erat kaitannya dengan gizi dan penyakit (Owen, 1999).

Kondisi psikososial dapat diukur dari tingkat kepuasan dan depresi. Dalam model ini tampak adanya korelasi positif tingkat kepuasan terhadap kondisi psikososial lansia ($r=0.12$). Semakin tinggi tingkat kepuasan lansia semakin baik kondisi psikososial lansia. Perasaan bahagia yang dimiliki lansia dapat meningkatkan kepuasan diri pada lansia. Menurut penelitian yang dilakukan Jauhari (2003) disebutkan bahwa hal yang membuat sebagian besar lansia bahagia adalah terjaminnya kebutuhan hidup. Dengan demikian lansia akan merasa puas. Terjaminnya kebutuhan hidup bisa didapat bila ada dukungan sosial bagi lansia baik dari keluarga, masyarakat maupun dari pemerintah. Keadaan psikososial lansia di Indonesia menurut hasil penelitian Darmojo (1991) dalam Darmojo (2000) secara umum lebih baik daripada di negara maju, salah satunya bisa dilihat dari tanda-tanda depresi dan rasa kesepian yang dialami lansia.

Pada model ini tampak tingkat depresi berkorelasi negatif terhadap kondisi psikososial ($r=-0.07$), semakin rendah tingkat depresi maka semakin baik kondisi psikososial lansia. Semakin tinggi tingkat depresi, semakin buruk kondisi psikososial. Depresi pada lansia akan meningkatkan isolasi sosial, morbiditas medik, "kekacauan" keluarga dan penderitaan pribadi (Laksmiana, 1996). Sebaliknya juga menurut Butler dalam Latifah (2000), beberapa penelitian mutakhir menunjukkan bahwa penurunan fungsi mental pada lansia sebenarnya disebabkan oleh latar belakang sosial ekonomi yang buruk serta tingkat pendidikan yang rendah. Wada *et al.* (2003) menemukan bahwa lansia yang memiliki kualitas hidup dan aktivitas sehari-hari yang tinggi memiliki tingkat depresi yang tinggi pula, sebaliknya lansia yang memiliki kualitas hidup dan aktifitas sehari-hari yang rendah memiliki tingkat depresi yang rendah pula.

Perilaku kesehatan memiliki korelasi positif terhadap fisik ($r=0.40$) Seseorang yang memiliki perilaku kesehatan yang baik akan meningkatkan kondisi fisik. Menurut Becker (1979) dalam Notoatmodjo (1997), perilaku kesehatan, yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.

Secara umum lansia yang ada di masyarakat memiliki perilaku kesehatan yang baik, kecuali lansia yang tinggal di Situ Gede. Adanya perbedaan perilaku kesehatan tersebut disebabkan karena kurangnya pengetahuan, lingkungan seperti sosial ekonomi, dan sebagainya. Menurut Notoatmodjo (1997) faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern (pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar; serta faktor ekstern (lingkungan sekitar seperti: iklim, manusia, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya).

Kemampuan fisik memiliki korelasi positif terhadap kondisi fisik ($r=1.49$). Lansia yang memiliki kemampuan fisik rendah berarti memiliki disabilitas yang menyebabkan kondisi/penampilan fisiknya menjadi buruk. Semakin baik kemampuan fisik maka semakin baik pula kondisi fisiknya. Penelitian longitudinal multidisiplin di Jepang, menemukan bahwa pada usia sama dengan atau lebih dari 75 tahun, menurunnya kekuatan menggenggam, dan riwayat hospitalisasi 1 tahun terakhir, dan tidak adanya kebiasaan berjalan kaki, merupakan faktor-faktor risiko yang dapat mengakibatkan penurunan skor *activity daily living* (ADL) di kemudian hari.

Kondisi psikososial dan fisik secara keseluruhan berpengaruh positif terhadap status gizi. Semakin baik kondisi psikososial, semakin baik pula status gizi. Beberapa faktor risiko potensial yang telah diidentifikasi dapat menyebabkan terjadinya kondisi gizi salah pada lansia di antaranya adalah kebingungan mental dan depresi serta ketidakmampuan fisik (Macrae, Robinson dan Sadler, 1993).

KESIMPULAN

Aspek psikososial dan fisik secara keseluruhan memiliki hubungan positif dengan status gizi lansia. Hal itu menunjukkan bahwa untuk mendapatkan status gizi yang baik pada lansia diperlukan perhatian yang lebih menyeluruh terhadap aspek psikososial dan fisik lansia baik dari keluarga, masyarakat, maupun pemerintah. Status gizi yang baik diharapkan dapat meningkatkan kesehatan lansia yang merupakan salah satu indikator kesejahteraan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- BPS. 2000. *Statistika Indonesia (Statistical Year Book of Indonesia)*. BPS, Jakarta.
- Darmojo B & Martono H. 2000. *Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Goode WJ. 1985. *Sosiologi Keluarga (edisi 1)*. Bina Aksara, Jakarta.
- Jauhari, M. 2003. *Status Gizi, Kesehatan, dan Kondisi Mental Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta*. Tesis Magister Sains Program Studi Ilmu Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pascasarjana, IPB, Bogor.
- Laksmana G. 1996. *Depresi pada usia lanjut*. *Jurnal Medika*, 7, 544-548.
- Latifah M. 2000. *Kesehatan Mental pada Usia Lanjut (Tinjauan Psikologi Perkembangan)*. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Macrae R, RK Robinson, & MJ Sadler. 1993. *Encyclopedia of Food Science, Food Technology and Nutrition, Vol III*. Academica Press, Sandiego.
- Nasoetion A & Briawan D. 1993. *Gizi untuk Manula*. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Notoatmodjo S. 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Owen S. 1999. *Nutrition in The Art and Science of Delivering Service (4 rd ed)*. The Mc Graw. New York: Hill Companies.
- Oswari E. 1997. *Menyongsong Usia Lanjut dengan Bugar dan Bahagia*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Santrock JW. 1983. *Life Span Development*. Dalas: Brown Company.
- Singarimbun M, S efendi. 1995. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Pustaka LP3ES Indonesia.
- Thruher S, Snow M, Honts CR. 2002. *The Zung Self-Rating Depression Scale: Convergen Validity and Diagnostic Discrimination*. *Boise State University, Dec;9(4):401-405*.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, & Fujisawa M. 2003. *Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, AGG 1364, 1-9.
- Wahyuni. 2003. *Kajian terhadap Kesejahteraan Penduduk Lanjut Usia di Pedesaan*. Laporan Riset Unggulan Terpadu VIII Bidang Dinamika Sosial, Ekonomi, dan Budaya. IPB, Bogor.
- Westley. 1998. *Asia's Next Challenge: Caring for The Elderly*. Asia-Pacific Population and Policy. East-West Center.
- Wirakusumah E. 2002. *Tetap Segar di Usia Lanjut*. Trubus Agriwidya, Jakarta.