

Hubungan dan Perbandingan Status Gizi Lansia yang Tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar

Muhammad Adha¹, Cut Gina Inggriyani^{2*}, Saminan³

¹ Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh

² Bagian Anatomi Histologi, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh

³ Bagian Fisiologi, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh

ABSTRAK

Kata Kunci:

Status gizi,
Lansia,
Perkotaan,
Pedesaan

Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara jumlah zat gizi dalam makanan dengan kebutuhan zat gizi yang dibutuhkan oleh metabolisme tubuh. Lansia yang tinggal di daerah perkotaan dinilai cenderung memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan dengan lansia yang tinggal di pedesaan dikarenakan faktor kualitas hidup yang lebih rendah sehingga pemenuhan nutrisi belum tercukupi secara optimal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dan perbandingan status gizi lansia yang tinggal di wilayah puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh dengan puskesmas Baitussalam Aceh Besar. Total sampel pada penelitian 76 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Puskesmas Ulee Kareng dan Puskesmas Baitussalam. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner *Mini Nutritional Assessment* (MNA) melalui wawancara, pengukuran LILA dan lingkaran betis. Hasil penelitian menunjukkan status gizi lansia yang tinggal di daerah perkotaan lebih rendah mengalami risiko malnutrisi (21,1%) dibandingkan lansia di pedesaan (36,8%). Pada uji statistik *Chi Square* didapatkan adanya hubungan antara status gizi lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar ($p=0.044$), dan melalui uji *Mann Whitney U* didapatkan adanya perbandingan antara status gizi lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh Dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar ($p=0.021$).

Korespondensi: cutgina@usk.ac.id (Cut Ghina Inggriyani)

ABSTRACT

Keywords:

Nutritional status,
Elderly,
Urban,
Rural

Nutritional status is a condition of balance between the amount of nutrients in food with the nutritional needs needed by the body's metabolism. The elderly who live in urban areas tend to have a better nutritional status compared to the elderly who live in rural areas due to low quality of life factor that makes nutrition fulfillment not optimally fulfilled. The purpose of this study to compare and knows the relationship between the nutritional status of elderly living in the area of the Ulee Kareng Public Health Center, Banda Aceh City and the Baitussalam Public Health Center Aceh Besar. Total sample in this study was 76 people who met the inclusion and exclusion criteria at the Ulee Kareng Health Center and Baitussalam Health Center. This research is an observational analytic study with a cross sectional approach. Data were collected using a Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire through interviews. The results showed that the nutritional status of the elderly living in urban areas had a lower risk of malnutrition (21.1%) than the elderly in rural areas (36.8%). From Chi Square test revealed that there is a significant relationship between the nutritional status of the elderly living in the Ulee Kareng Health Center area in Banda Aceh with Baitussalam Health Center in Aceh Besar ($p=0.044$), and in the Mann Whitney U statistical test, there is a significant comparison between the nutritional status of the elderly living in the Ulee Kareng Health Center area of Banda Aceh with Baitussalam Health Center in Aceh Besar ($p=0.021$).

PENDAHULUAN

Penuaan adalah proses alami yang tidak dapat diubah yang terus-menerus terjadi di sepanjang kehidupan dewasa.¹ Penuaan juga merupakan proses berkelanjutan yang dihasilkan dari interaksi antara faktor genetik dengan lingkungan yang mengubah struktur dan fungsi organisme.² Seiring bertambahnya usia, fungsi semua organ sudah mencapai puncaknya, sehingga yang terjadi sekarang adalah penurunan fungsi organ.³

Menurut WHO jumlah lanjut usia didunia (usia \geq 60 tahun) diperkirakan meningkat lebih dari dua kali lipat pada tahun 2050 dan lebih dari tiga kali lipat pada tahun 2100 yaitu diproyeksikan menjadi 1,4 miliar pada tahun 2030, 2,1 miliar pada tahun 2050 dan bisa naik menjadi 3,2 miliar pada tahun 2100.⁴ Angka harapan hidup yang tinggi akan berdampak pada peningkatan jumlah penduduk lanjut usia, yang akan menimbulkan berbagai konsekuensi, salah satunya adalah meningkatnya permintaan

masyarakat dan perawatan medis, termasuk di dalamnya juga nutrisi.⁵

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang mengalami peningkatan populasi lansia, dimana diperkirakan persentase penduduk lansia di Indonesia akan terus meningkat sampai tahun 2045. Dalam waktu hampir lima dekade ini, persentase lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat (1971-2020), yakni 4,5% menjadi 9,92% (26 juta-an) dimana lansia perempuan sekitar satu persen lebih banyak dibandingkan lansia laki-laki (10,43 persen berbanding 9,42 persen), dari seluruh lansia yang ada di Indonesia, lansia muda (60-69 tahun) jauh mendominasi yaitu 64,29%, diikuti oleh lansia madya (70-79 tahun) 27,23% dan lansia tua (80+ tahun) 8,49%.⁶

Angka kesakitan lansia cenderung menurun setiap tahun. Pada tahun 2020, sekitar 24 dari 100 lansia sakit dalam sebulan terakhir. Kesadaran lansia terhadap keluhan kesehatan yang dideritanya

cukup tinggi, mayoritas lansia mengobati keluhan kesehatannya, baik dengan mengobati sendiri maupun berobat jalan sebesar 96,12%.⁶ Pada tahun 2020, sudah ada enam provinsi yang memiliki struktur penduduk tua di mana penduduk lansianya sudah mencapai 10%, yaitu: DI Yogyakarta (14,71%), Jawa Tengah (13,81%), Jawa Timur (13,38%), Bali (11,58%), Sulawesi Utara (11,51%), dan Sumatera Barat (10,07%).⁶ Distribusi penduduk lansia di Aceh berjumlah 48,276 ribu jiwa, khususnya di Kota Banda Aceh lansia berjumlah 17,104 ribu jiwa sedangkan di Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2021 distribusi lansia berjumlah 33,878 ribu jiwa.^{7,8}

Pemerintah Indonesia telah memberikan bantuan jaminan kesehatan akan tetapi jaminan kesehatan belum sepenuhnya dapat terjangkau seluruh lansia. Sekitar 26,41% penduduk lansia belum memiliki jaminan kesehatan. Persentase lansia yang memiliki jaminan sosial di perkotaan hampir 3 kali lipat lebih besar dibandingkan pedesaan (19,83% berbanding 7,07%). Mungkin hal ini disebabkan oleh adanya kecenderungan lansia yang tinggal di perkotaan banyak terpapar dengan jaminan yang diperoleh dari tempat mereka bekerja, misalnya jaminan pensiun/veteran, jaminan hari tua dan lain-lain.⁶

Penelitian Nursilmi dkk di Bengkulu Tengah menunjukkan bahwa sebagian lansia di pedesaan mengalami penurunan asupan makan dan kurang mengonsumsi cairan. Penurunan asupan makan pada lansia disebabkan oleh masalah fisiologis seperti terjadi gangguan pencernaan, penurunan sensitivitas indera perasa dan penciuman, malabsorpsi zat gizi, serta beberapa kemunduran fisik lainnya menyebabkan kurangnya gizi sehingga lansia yang mengalami risiko malnutrisi sebanyak 35,14%.⁹

Penelitian Marsh dkk di Yogyakarta tercatat bahwa 12% lansia yang tinggal di daerah perkotaan mengalami kurang gizi dan 8% mengalami gizi buruk. Hal ini juga didukung oleh penelitian Hermawati yang mendapatkan bahwa lanjut usia yang tinggal di Jakarta mengalami status gizi kurang sebanyak 32,7% yang disebabkan oleh terjadinya kehilangan gigi baik fungsional maupun

non fungsional.^{10,11}

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik observasional dengan pengambilan data yang bersifat *cross sectional*. Posyandu Lansia Puskesmas Baitussalam Kabupaten Aceh Besar dan Posyandu Lansia Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Populasi penelitian adalah seluruh lansia yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Posyandu lansia Puskesmas Baitussalam Aceh Besar dan Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh. Sampel penelitian adalah lansia yang berkunjung ke posyandu lansia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Baitussalam Aceh Besar dan Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh yang memenuhi kriteria inklusi. Besar sampel penelitian adalah 76 orang yang terdiri atas 38 orang lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh dan 38 orang lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Baitussalam Aceh Besar.

Pengambilan sampel penelitian dilakukan teknik *probability sampling* dengan metode *simple random sampling*. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran karakteristik subjek penelitian, dinyatakan dalam bentuk tabel dan narasi untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel. Analisis bivariat digunakan untuk menguji hipotesis ada perbandingan status gizi dengan menggunakan uji *Mann-Whitney* dan uji hubungan menggunakan uji *Chi-Square* pada lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar.

HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian di dua wilayah yang berbeda, yaitu Puskesmas Ulee Kareng, Banda Aceh, dan Puskesmas Baitussalam, Aceh Besar. Puskesmas Ulee Kareng mewakili wilayah perkotaan. Sebaliknya, Puskesmas Baitussalam mewakili wilayah pedesaan. Dari wilayah Puskesmas Ulee Kareng didapatkan 38 orang subjek penelitian. Demikian juga, dari

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden yang tinggal di perkotaan dan pedesaan.

Karakteristik	Perkotaan		Pedesaan	
	n	%	n	%
Jenis Kelamin:				
Laki-Laki	4	10,5	6	15,8
Perempuan	34	89,5	32	84,2
Umur :				
60 tahun	8	21,1	5	13,2
61 tahun	2	5,3	6	15,8
62 tahun	6	15,8	5	13,2
63 tahun	4	10,5	2	5,3
64 tahun	2	5,3	2	5,3
65 tahun	7	18,4	2	5,3
66 tahun	2	5,3	4	10,5
67 tahun	0	0,0	4	10,5
68 tahun	3	7,9	3	7,9
69 tahun	4	10,5	5	13,2

wilayah Puskesmas Baitussalam didapatkan 38 subjek penelitian. Total subjek dari kedua wilayah tersebut adalah 76 orang (Lihat Tabel 1).

Berdasarkan data yang disajikan pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa responden perempuan merupakan responden yang terbanyak yaitu 89,5% di perkotaan dan 84,2% di pedesaan. Berdasarkan usia, usia lansia yang terbanyak yaitu berumur 60 tahun (21,1%) di perkotaan dan berumur 61 tahun (15,8%) di pedesaan.

Tabel 2 didapatkan bahwa distribusi responden

berdasarkan status gizi menjelaskan lansia yang tinggal di daerah pedesaan lebih banyak mengalami risiko malnutrisi (36,8%) dibandingkan lansia yang tinggal di daerah perkotaan (21,1%). Lansia di perkotaan dengan status gizi normal sebanyak 30 orang (78,9%) sedangkan lansia di pedesaan sebanyak 21 orang.

Tabel 3 di atas menjelaskan bahwa pada lansia laki-laki yang tinggal di daerah perkotaan dengan status gizi normal 3 orang (7,9%), risiko malnutrisi 1 orang (2,6%) sedangkan lansia perempuan dengan

Tabel 2. Distribusi frekuensi status gizi pada lansia yang tinggal di daerah perkotaan dan di pedesaan.

Status Gizi	Tempat Tinggal			
	Perkotaan		Pedesaan	
	n	%	n	%
Normal	30	78,9	21	55,3
Resiko Malnutrisi	8	21,1	14	36,8
Malnutrisi	0	6	3	7,9
Total	38	100,0	38	100,0

Tabel 3. Distribusi frekuensi status gizi lansia berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Status Gizi															
	Perkotaan								Pedesaan							
	Normal		Resiko Malnutrisi		Malnutrisi		Total		Normal		Resiko Malnutrisi		Malnutrisi		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Laki-Laki	3	7,9	1	2,6	0	0	0	0	3	7,9	3	7,9	0	0	6	15,8
Perempuan	27	71,1	7	18,4	0	0	0	0	18	47,4	11	28,9	3	7,9	32	84,2

status gizi normal 27 orang (71,1%), risiko malnutrisi 7 orang (18,4%) dan tidak terdapat lansia yang mengalami malnutrisi baik lansia laki-laki maupun perempuan. Lansia laki-laki yang tinggal di daerah pedesaan dengan status gizi normal 3 orang (7,9%), risiko malnutrisi 3 orang (7,9%) dan tidak terdapat lansia laki-laki yang mengalami malnutrisi sedangkan lansia perempuan dengan status gizi normal 18 orang (47,4%), risiko malnutrisi 11 orang (28,9%) dan malnutrisi 3 orang (7,9%).

Berdasarkan Tabel 4 di atas, lansia di perkotaan dengan status gizi normal terbanyak yaitu pada usia 60 tahun (21,1%) dan risiko malnutrisi terbanyak yaitu pada usia 65 tahun (7,9%), sedangkan lansia

di pedesaan dengan status gizi normal terbanyak yaitu pada usia 61 tahun (13,1%), risiko malnutrisi terbanyak yaitu pada usia 60 tahun (10,5%) dan malnutrisi terbanyak pada usia 69 tahun (5,3%).

Berdasarkan Tabel 5, diperoleh hubungan status gizi lansia yang tinggal di daerah perkotaan dan lansia yang tinggal di pedesaan dengan hasil uji statistik dengan uji *Chi Square* menunjukkan bahwa nilai *P value* 0,044 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi lansia yang tinggal di perkotaan dan pedesaan.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa nilai *P value* 0,021 ($p < 0,05$). Hal ini secara statistik menunjukkan bahwa

Tabel 4. Distribusi frekuensi status gizi lansia berdasarkan umur

Umur	Status Gizi															
	Perkotaan								Pedesaan							
	Normal		Resiko Malnutrisi		Malnutrisi		Total		Normal		Resiko Malnutrisi		Malnutrisi		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
60	8	21,1	0	0	0	0	8	21,1	1	2,6	4	10,5	0	0	5	13,2
61	1	2,6	1	2,6	0	0	2	5,3	5	13,1	1	2,6	0	0	6	15,8
62	5	13,3	1	2,6	0	0	6	15,8	4	10,5	1	2,6	0	0	5	13,2
63	4	10,5	0	0	0	0	4	10,5	2	5,3	0	0	0	0	2	5,3
64	0	0	2	5,3	0	0	2	5,3	1	2,6	1	2,6	0	0	2	5,3
65	4	10,5	3	7,9	0	0	7	18,4	2	5,3	0	0	0	0	2	5,3
66	1	2,6	1	2,6	0	0	2	5,3	2	5,3	2	5,3	0	0	4	10,5
67	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,3	1	2,6	1	2,6	4	10,5
68	3	7,9	0	0	0	0	3	7,9	0	0	3	7,9	0	0	3	7,9
69	4	10,5	0	0	0	0	4	10,5	2	5,3	1	2,6	2	5,3	5	13,2

Tabel 5. Hubungan status gizi pada lansia yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan

Tempat Tinggal	Status Gizi								P Value
	Normal	%	Risiko Malnutrisi	%	Malnutrisi	%	n	%	
Perkotaan	30	78,9	8	21,1	0	0	38	100	0,044
Pedesaan	21	55,3	14	36,8	3	7,9	38	100	

terdapat perbandingan yang signifikan antara status gizi lansia yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan. Pada penelitian ini nilai n pada kelompok I (perkotaan) sama dengan kelompok II (pedesaan) agar perbandingannya merata.

PEMBAHASAN

Berdasarkan jenis kelamin, pada penelitian ini terdiri dari 10 orang (13,2%) laki-laki dan 66 orang (86,8%) perempuan. Dari data hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang tinggal di daerah perkotaan mengalami risiko malnutrisi sebanyak 8 orang (21,1%) dan lansia yang tinggal di daerah pedesaan mengalami risiko malnutrisi sebanyak 14 orang (36,8%) dan malnutrisi 3 orang (7,9%). Dari data tersebut dapat dilihat bahwa prevalensi lansia perempuan yang mengalami risiko malnutrisi atau malnutrisi lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktariyani di Panti Sosial Tresna Werdha (PTSW) Budi Mulya 01 dan 03 Jakarta Timur dimana lansia perempuan lebih banyak mengalami masalah status gizi dibandingkan lansia laki-laki yakni sebesar 34,6%.¹² Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rafael vila dkk di Spanyol yang menjelaskan bahwa lansia dengan jenis kelamin perempuan lebih tinggi mendapatkan kerentanan terhadap malnutrisi.¹³

Sebuah meta-analisis mengungkapkan bahwa terdapat adanya hubungan antara tingkat kejadian malnutrisi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki dikarenakan harapan hidup lebih tinggi, ekonomi dan *support* lingkungan lebih rendah dibandingkan laki-laki yang akan mengakibatkan

terpaparnya proses penuaan pada perempuan lebih tinggi dan menyebabkan komplikasi serta mendapatkan risiko malnutrisi.¹⁴ Berdasarkan usia, pada penelitian ini terdiri dari 76 orang yang merupakan lanjut usia dalam rentang 60-69 tahun. Dari data hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang tinggal di daerah perkotaan mengalami risiko malnutrisi sebanyak 21,1% dan lansia yang tinggal di daerah pedesaan mengalami risiko malnutrisi sebanyak 36,8% dan malnutrisi sebanyak 7,9%. Dari data hasil tersebut dapat dilihat bahwa prevalensi lanjut usia dengan rentang umur 60-69 tahun yang tinggal di daerah pedesaan lebih tinggi mengalami masalah status gizi dibandingkan lansia yang tinggal di daerah perkotaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ake Royke Calvin Langingi, di mana responden lansia dengan rentang umur 60-75 tahun di desa Tombolango mengalami kejadian masalah status gizi sebesar 46,9%.¹⁵ Hasil ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suwignyo di Kota Pekanbaru yang mendapatkan presentase gizi normal pada lansia yaitu sebesar 80%.¹⁶ Pada sebuah penelitian menyatakan bahwa adanya hubungan antara status gizi pada lansia dengan depresi, riwayat penyakit, aktivitas fisik, pendidikan dan pendapatan per kapita keluarga.^{17,18}

Hubungan Status Gizi Lansia Yang Tinggal di Perkotaan dengan di Pedesaan

Hasil uji statistik *Chi Square* menunjukkan nilai *P Value* 0,044 ($p < 0,05$) yang menunjukkan terdapat hubungan antara status gizi lansia yang tinggal di daerah perkotaan dengan lansia yang tinggal di pedesaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan

penelitian Krzymińska-Siemaszko dkk di Polandia dan Tao Jun di Tiongkok, didapatkan bahwa lansia yang tinggal di desa lebih tinggi mengalami masalah status gizi dibandingkan lansia yang tinggal di daerah perkotaan.^{19,20} Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Ila Fadila yang menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara status gizi dengan tempat tinggal.²¹ Hal ini disebabkan oleh adanya faktor sosial ekonomi dan sosial masyarakat.¹⁶ J Kostka dalam penelitiannya menunjukkan status nutrisi yang baik didapatkan pada lansia yang tinggal di daerah perkotaan dibandingkan dengan lansia yang ada di pedesaan dikarenakan kebiasaan dan perbedaan lingkungan. Lansia yang tinggal di komunitas dari lingkungan perkotaan dicirikan menurut tingkat pendidikan tertinggi dan prevalensi terendah merokok, sedangkan lansia yang tinggal di komunitas dari pedesaan lingkungan memiliki tingkat pendidikan terendah dan tertinggi prevalensi merokok sebagai faktor yang berpengaruh terhadap status gizi dan nutrisi.²²

Perbandingan Status Gizi Lansia yang Tinggal di Perkotaan dengan di Pedesaan

Perbandingan Status Gizi Lansia Yang Tinggal Di perkotaan dengan yang tinggal di pedesaan Hasil uji statistik Mann Whitney menunjukkan nilai P Value 0,021 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan terdapat perbandingan yang signifikan antara status gizi lansia yang tinggal di daerah perkotaan dengan lansia yang tinggal di pedesaan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Putri Wulan Tika pada lansia yang tinggal di Ulee Kareng Kota Banda Aceh, dimana didapatkan hasil status gizi lansia yang tinggal di Ulee Kareng Kota Banda Aceh dengan status gizi normal sebesar 48,5%.²³ Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nursilmi dkk di dua lokasi berbeda yang mendapatkan hasil status gizi lansia yang tinggal di desa yang mengalami malnutrisi sebanyak 35,14%.⁹ Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Andi Fatwa di desa Pallimae Sulawesi Selatan yang menjelaskan bahwa lansia yang tinggal di desa Pallimae mengalami kejadian masalah status gizi yakni sebesar 36%.²⁴

Hal ini dikarenakan lansia yang tinggal di pedesaan memiliki kualitas hidup yang kurang baik daripada lansia yang tinggal di perkotaan.^{9,25} Octavio Pano dalam penelitiannya menyebutkan adanya hubungan karakteristik demografi terhadap kesehatan individu yang berpengaruh terhadap keadaan nutrisi pada individu yang tinggal di daerah Eropa yang mayoritas tinggal di daerah perkotaan dengan wilayah asia barat yang mayoritas tinggal di daerah pedesaan.²⁶

Penuaan pada umumnya didefinisikan sebagai akumulasi berbagai macam kerusakan yang terjadi pada sel dan jaringan dengan bertambahnya usia yang menjadi penyebab terjadinya peningkatan risiko penyakit dan kematian. Lansia bukanlah suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.²⁷ Status gizi adalah keadaan tubuh yang merupakan refleksi dari apa yang kita makan sehari-hari. Status gizi dikatakan baik bila pola makan kita seimbang. Artinya, asupan, frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi harus sesuai dengan kebutuhan tubuh. Bila konsumsi makanan melebihi kebutuhan, tubuh akan mengalami kegemukan. Sebaliknya, asupan makanan kurang dari yang dibutuhkan, tubuh akan menjadi kurus dan sakit-sakitan. Kegemukan juga tidak berarti sehat karena dapat memacu timbulnya berbagai penyakit. Status gizi kurang atau status gizi lebih akan berdampak kurang baik terhadap kesehatan tubuh. Kedua keadaan tersebut dinamakan status gizi salah.²⁵ Status gizi diketahui berperan sebagai prediktor morbiditas, mortalitas dan penurunan fungsionalitas pada lansia. Dalam survei *cross-sectional* yang dilakukan oleh WHO, status gizi kurus dan obesitas dikaitkan dengan penurunan kemampuan fungsional pada lansia.²⁴ Selain faktor-faktor tersebut, lingkungan juga dapat memengaruhi status gizi. Miller menjelaskan bahwa faktor lingkungan memengaruhi seseorang dalam menikmati makanan serta kemampuan memperoleh dan mempersiapkan makanannya.²⁸

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisa data di atas dan pembahasan, maka disimpulkan bahwa:

1. Terdapat hubungan antara status gizi pada lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh yang mewakili wilayah perkotaan dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar yang mewakili wilayah pedesaan (*p value* 0,044).
2. Terdapat perbandingan antara status gizi pada lansia yang tinggal di wilayah Puskesmas Ulee Kareng Kota Banda Aceh yang mewakili perkotaan yaitu sebesar 21,1% dengan Puskesmas Baitussalam Aceh Besar yang mewakili pedesaan, yaitu sebesar 36,8% dengan *p value* 0,021.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bogacka A, Heberle J, Usarek A, Okoniewska J. Diet and nutritional status of elderly people depending on their place of residence [Jurnal]. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2019;70(2):185–93.
2. Feart C. Nutrition and frailty: Current knowledge [Jurnal]. *Prog NeuroPsychopharmacology Biol Psychiatry.* 2019;95(July):1–6.
3. Boy E. Prevalensi Malnutrisi Pada Lansia Dengan Pengukuran Mini Nutritional Assesment (MNA) Di Puskesmas [Jurnal]. 2019;2(April):5–9.
4. WHO (World Health Organization). *Populasi Lansia.* Vol. 2. 2016.
5. Clegg ME, Williams EA. Optimizing nutrition in older people [Jurnal]. *Maturitas.* 2018;112:34–8.
6. Badan pusat statistik indonesia. Statistik penduduk lanjut usia tahun 2020. Badan pusat statistik indonesia. 2020. p. 1–9.
7. Dinas Kesehatan Aceh. Prevalensi lanjut usia. Dinas Kesehatan Aceh. 2019;1–5.
8. Badan Pusat Statistik Kabupaten Aceh Besar. Kabupaten Aceh Besar Dalam Rangka 2021. 2021;1–10.
9. Kusharto CM, Dwiriani CM, Masyarakat DG, Manusia FE, Bogor IP. Hubungan Status Gizi Dan Kesehatan Dengan Kualitas Hidup Lansia di Dua Lokasi Berbeda [Jurnal]. 2017;13(4):369–79.
10. Ellis Herawati. Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Lanjut Usia Di Rumah Sakit X Jakarta [Skripsi]. STIK Sint carolus. 2018;
11. Ira Hermawati. Hubungan Kehilangan Gigi Dengan Status Gizi Lansia Di Pstw Budi Mulia 03 Margaguna Jakarta Selatan [Skripsi]. Fak Kedokt Dan Ilmu Kesehat UIN Syarif Hidayatullah Jakarta [Internet]. 2017;1:64.
12. Oktariyani. Gambaran Status Gizi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha (PTSW) Budi Mulya 01 Dan 02 Jakarta Timur. Fak Ilmu Keperawatan, Progr Stud Ilmu Keperawatan, Univ Indones. 2012;74.
13. Pérez-Ros P, Vila-Candel R, LópezHernández L, Martínez-Arnau FM. Nutritional status and risk factors for frailty in community-dwelling older people: A cross-sectional study. *Nutrients.* 2020;12(4):1–14.
14. Damião R, Santos ÁDS, Matijasevich A, Menezes PR. Factors Associated with Risk of Malnutrition in The elderly in South-Eastern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(4):598–610.
15. LangingiARC. Hubungan Status Gizi dengan Derajat Hipertensi Pada Lansia Di Desa Tombolango Kecamatan Lolak. *Coping Community Publ Nurs.* 2021;9(1):46.
16. Suwignyo, Eka R Nia SNL, Nefri T S. Hubungan Status Gizi Dengan Tempat Tinggal Pada Lansia Di Kota Pekanbaru [Jurnal]. Fak Kedokt dan Ilmu Kesehat Univ Abdurrah Pekanbaru. 2017;003(113):39–47.
17. Fadillah AD. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kesesuaian Praktik Gizi Pada Lansia Berdasarkan 10 Pesan Gizi Seimbang. *J Kesehat Masy.* 2019;7(4):708–18.
18. Ahmad A, Adamy A. Faktor Risiko Malnutrisi Pada Lansia Di Kota Banda Aceh [Jurnal]. *J Healthc*

Technol Med [Internet]. 2020;6(2):2615–109.

19. Krzysińska-Siemaszko R, Mossakowska M, Skalska A, KlichRączka A, Tobis S, Szybalska A, et al. Social and economic correlates of malnutrition in Polish elderly population: The results of PolSenior study. *J Nutr Heal Aging*. 2015;19(4):397–402.
20. Jun T, Yuan Z. Cross sectional study of nutritional status in older han women. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016;47(1):92–100.
21. Ila Fadila DAS. Status Gizi Lansia Berdasarkan Peta Pengaruh Faktor Determinan Pada Peserta dan Bukan Peserta Posyandu Lansia (Kasus di Kota Tangerang Selatan). *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):156–69.
22. Kostka J, Borowiak E, Kostka T. Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland. *Eur J Clin Nutr [Internet]*. 2014;68(11):1210–5.
23. Tika PW. Perbedaan Status Gizi Lansia Yang Tinggal Di UPTD Rumah Sejahtera Geunaseh Sayang Dengan Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga Di Desa Lamglumpang Banda Aceh. *Fak Kedokteran, Univ Syiah Kuala*. 2015.
24. Fatwa A, Awaru T, Bahar B, Gizi S, Megarezky U, Gizi PS, et al. Gambaran Status Gizi dan Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Pedesaan. 2021;1(1):22–9.
25. Indah Pratiwi, Haniarti, Herlina Muin. Hubungan Status Gizi Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Wilayah Puskesmas Madising Na Mario Kota Parepare. *J Ilm Mns Dan Kesehat*. 2019;2(1):128–40.
26. Pano O, Sayón-Orea C, Gea A, BesRastrollo M, Martínez-González MÁ, Alfredo Martínez J. Nutritional determinants of quality of life in a mediterranean cohort: The sun study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11).
27. Muthmainnah; Pocut Aya Sofya; Liana Rahmayani. Perbedaan status gizi usia lanjut ditinjau dari pengguna gigi tiruan dengan menggunakan metode Mini Nutritional Assessment. *Caninus Dentistry*. 2017;2(1):40–7.
28. Wilkins LW&. *Nursing for Wellness in Older Adults*. 2009. 1–9 p.