

**GAMBARAN PENGETAHUAN GIZI  
PADA *CAREGIVER* FORMAL DAN INFORMAL  
PASIEN *HOME CARE*  
DI YOGYAKARTA TAHUN 2020**

Proposal Penelitian

Tesis S-2



Diajukan oleh

**NUR RAHMA CANDRA PUSPITA SARI**

181103951

**Kepada**

**MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
TAHUN 2020**

**GAMBARAN PENGETAHUAN GIZI  
PADA *CAREGIVER* FORMAL DAN INFORMAL  
PASIEN *HOME CARE*  
DI YOGYAKARTA TAHUN 2020**

**Tesis**

untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S-2  
Program Studi Magister Manajemen



Diajukan oleh

**NUR RAHMA CANDRA PUSPITA SARI**

181103951

**Kepada  
MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
2020**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**GAMBARAN PENGETAHUAN GIZI  
PADA *CAREGIVER* FORMAL DAN INFORMAL  
PASIEN *HOME CARE*  
DI YOGYAKARTA TAHUN 2020**

Oleh

**NUR RAHMA CANDRA PUSPITA SARI**  
181103951

Tesis S-2 telah di pertahankan dihadapan dewan penguji  
Pada tanggal ..... Oktober 2020

Dosen penguji:

Dosen Pembimbing I:

Dosen Pembimbing II:

**MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
2020**

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 2020

Nur Rahma Candra PS

STIE Widya Wiwaha  
Jangan Plagiat

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia yang dilimpahkan-Nya sehingga Tesis “**Gambaran Pengetahuan Gizi Pada Caregiver Formal dan Informal Pasien Home Care di Yogyakarta Tahun 2020**” ini dapat selesai dengan baik.

Saya ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan berupa arahan, saran dan dorongan selama penulis menempuh studi Magister Manajemen di STIE Widya Wiwaha Yogyakarta. Ucapan terima kasih ini penulis sampaikan kepada:

1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Widya Wiwaha Yogyakarta yang telah memberikan kepercayaan dan kesempatan untuk menempuh pendidikan pasca sarjana.
2. Kepala Program Studi Magister Manajemen yang memberikan segala kebijakan pengetahuan kebangsaan dan pengetahuan lainnya.
3. Bapak Dr. Wahyu Widayat, M. Ec dan bapak Zulkifli, SE, MM selaku dosen pembimbing yang membantu dalam mengarahkan, membimbing serta memberikan dorongan.
4. Keluargaku tercinta, terimakasih atas doa dan motivasinya selama ini.
5. Teman-teman Mahasiswa Magister Manajemen angkatan tahun 2018, dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan maupun semangat dalam menyelesaikan Tesis ini.

Akhirnya saya berharap semoga Tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, 2020

Nur Rahma Candra PS

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
ABSTRAK.....	x
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	5
1.4. Tujuan Penelitian.....	5
1.5. Manfaat Penelitian.....	5
<b>BAB II. LANDASAN TEORI</b>	
2.1. <i>Home care</i> .....	7
2.2. Pasien <i>homecare</i> lansia.....	10
2.3. <i>Caregiver</i> .....	19
2.4. Pengetahuan Gizi.....	21
2.5 Hasil Penelitian Terdahulu.....	30
2.6 Kerangka Pemikiran.....	32
<b>BAB III. METODA PENELITIAN</b>	
3.1. Desain Penelitian.....	33
3.2. Lokasi Penelitian .....	33
3.3. Definisi Operasional.....	33
3.4. Obyek Penelitian .....	34

3.5. Instrumen Penelitian.....	34
3.6. Pengumpulan Data .....	35
3.7. Metoda Analisis Data .....	35
3.8. Kredibilitas Data.....	40
<b>BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1. Gambaran Caregiver.....	41
4.2. Pengetahuan Gizi.....	42
4.3. Keterbatasan Penelitian.....	52
<b>BAB V. SIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1. Simpulan.....	53
5.2. Saran.....	53
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>54</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>57</b>

STIE Widya Wiwaha  
Jangan Plagiat

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Status tinggal lansia.....	4
Tabel 2.1 Kelebihan dan kekurangan pelayanan <i>home care</i> .....	9
Tabel 2.2 Penelitian terdahulu.....	30
Tabel 3.1 Daftar pertanyaan <i>caregiver</i> .....	36
Tabel 3.2 Daftar pertanyaan dokter.....	37
Tabel 4.1 Karakteristik responden.....	41

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Grafik proporsi disabilitas lansia umur >60 tahun berdasarkan penyakit yang dideritanya.....	2
Gambar 2. 1 Tumpeng Gizi Seimbang.....	24
Gambar 2.2 Isi Piringku.....	25
Gambar 2.3 Kerangka pemikiran penelitian.....	32
Gambar 3.1 Proses analisis penelitian kualitatif.....	37

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

**GAMBARAN PENGETAHUAN GIZI  
PADA CAREGIVER FORMAL DAN INFORMAL  
PASIEN HOME CARE  
DI YOGYAKARTA TAHUN 2020**

**NUR RAHMA CANDRA PUSPITA SARI**

**ABSTRAK**

Kondisi lansia dapat menyebabkan ketergantungan/disabilitas. Ketergantungan yang sedang-total membutuhkan pendamping (*caregiver*). *Caregiver* bisa dari institusi swasta ataupun negara yang disebut *caregiver* formal. Namun keluargapun juga dapat berperan menjadi *caregiver* yang disebut *caregiver* informal. Kapasitas keduanya tentu berbeda bergantung dari pengalaman, pelatihan, dan latar belakang pendidikan yang pernah diikuti. Penelitian ini bertujuan mengetahui bagaimanakah gambaran pengetahuan gizi pada *caregiver* formal dan informal di Yogyakarta tahun 2020.

Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode kualitatif dengan cara observasi, wawancara, dan dokumentasi. Wawancara dilakukan kepada lima *caregiver* formal, lima *caregiver* informal, dan seorang dokter yang menangani seluruh pasien *homecare* tersebut. Wawancara dilakukan secara langsung dan mengkombinasikan dengan *chatting* menggunakan whatsapp.

Hasil penelitian ini diketahui gambaran pengetahuan gizi *caregiver* formal meliputi pengetahuan kebutuhan energi, gizi seimbang, tekstur dan bentuk makanan, keamanan pangan, dan cara pemberian makanan. Sedangkan pada *caregiver* informal meliputi menentukan bentuk dan tekstur makanan, keamanan pangan, dan cara pemberian makanan.

**Kata kunci:** *caregiver*, *homecare*, pengetahuan gizi

**DESCRIPTION OF NUTRITIONAL KNOWLEDGE  
ON FORMAL AND INFORMAL CAREGIVERS  
HOME CARE PATIENTS  
IN YOGYAKARTA IN 2020**

**NUR RAHMA CANDRA PUSPITA SARI**

**ABSTRACT**

*The condition of the elderly can cause dependence / disability. Moderate dependence needs a companion (caregiver). Caregivers can be from private or state institutions called formal caregivers. However, the family can also act as a caregiver, called an informal caregiver. The capacities of the two certainly differ depending on the experience, training, and educational background they have attended. This study aims to determine how the description of nutrition knowledge in formal and informal caregiver in Yogyakarta in 2020.*

*This research is a research with qualitative methods by means of observation, interviews, and documentation. Interviews were conducted with five formal caregivers, five informal caregivers, and a doctor who handled all the homecare patients. Interviews were conducted directly and combined with chatting using WhatsApp.*

*The results of this research show that a description of the knowledge of formal caregiver nutrition includes knowledge of energy needs, balanced nutrition, texture and shape of food, food safety, and feeding methods. Meanwhile, the informal caregiver includes determining the shape and texture of food, food safety, and the method of delivering food.*

*Keywords: caregiver, homecare, nutritional knowledge*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Ketika seseorang memasuki masa lanjut usia (lansia) maka akan banyak mengalami perubahan baik secara fisik, sosial, maupun psikis. Perubahan terjadi pada fisik mulai dari organ yang terlihat hingga tidak terlihat. Seperti kulit, sel, jantung, pendengaran, penglihatan, dan hormon-hormon lainnya. Kondisi sosial yang cenderung menjadi hidup sendiri, peran yang mulai berkurang, hingga secara ekonomipun akan semakin berkurang baik tabungan maupun pendapatan. Perubahan-perubahan ini tentu akan memberikan pengaruh pada psikisnya.

Adanya penurunan fungsi tubuh pada kondisi lansia ini akan membuat imunitas pada tubuh lansia juga ikut menurun. Sehingga lansia akan mudah terserang infeksi. Maka tidak jarang jika pasien lansia mengidap lebih dari satu jenis penyakit (multipatologi). Penyakit tersebut dapat berdiri sendiri maupun saling berkaitan (Maryam, dkk. 2008). Penyakit ini bisa mengakibatkan ketergantungan pasien secara ringan, sedang, berat, maupun total. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menyebutkan ada beberapa penyakit tidak menular yang dapat menyebabkan ketergantungan dalam menjalani aktivitasnya (disabilitas). Penyakit tersebut antara lain jantung, kencing manis (diabetes mellitus/DM), stroke, rematik, dan cedera. Berikut merupakan grafik tingkat proporsi disabilitas lansia usia >60 tahun berdasarkan penyakit yang diderita.

**PROPORSI DISABILITAS LANSIA UMUR ≥ 60 TAHUN BERDASARKAN PENYAKIT YANG DIDERITA**



Gambar 1. 1 Grafik proporsi disabilitas lansia umur >60 tahun berdasarkan penyakit yang dideritanya (Risksedas, 2018)

Makanan memiliki kaitan yang erat dengan kondisi tubuh manusia. Makanan yang berkualitas akan menjadikan tubuh sehat dan kuat. Sebaliknya makanan yang tidak berkualitas dapat memberikan dampak buruk untuk tubuh.

Studi epidemiologi berupa kajian secara umum menunjukkan bahwa masyarakat Cina, Jepang, dan Korea lebih sedikit terkena kanker dan penyakit jantung koroner dibandingkan dengan masyarakat Eropa dan Amerika. Masyarakat Cina, Jepang, dan Korea dikenal sangat suka mengonsumsi sayuran dan buah-buahan serta kedele lebih banyak. Beragam buah dan sayur tersebut juga dikonsumsi dalam keadaan segar (Khomsan dan Faisal Anwar, 2008:12)

Terapi non farmakologis dapat mengurangi kebutuhan terapi obat. Pada kasus hipertensi, modifikasi gaya hidup seperti menurunkan berat

badan, membatasi konsumsi alkohol, restriksi garam, merokok, aktivitas sehari-hari dan diet potassium dan kalsium yang adekuat (Pikir, 2015). Makanan dapat memberikan pengaruh terhadap kesembuhan seseorang. Pengaturan diet rendah garam atau natrium terbukti dapat menurunkan tekanan darah yang tinggi. Perencanaan makanan bagi pasien Diabetes Mellitus tipe 2 sangat penting terlebih lagi jika pasien yang dihadapi termasuk gemuk ataupun obesitas. Kunci pokok dalam penatalaksanaan diabetes tipe 2 adalah pengaturan makan atau diet (Asdie, 2000). Kedisiplinan dan jenis makanan yang diberikan kepada pasien tergantung pada orang yang merawat pasien. Pasien dengan kondisi paliatif di mana kesembuhan pengobatan sudah tidak memungkinkan untuk dilakukan biasanya akan melakukan perawatan rumah (*home care*)(Purwanti & Titi Sulastri, 2017).

*Home care* merupakan pemberian pelayanan keperawatan yang berkualitas terhadap pasien di lingkungan rumahnya yang disediakan secara *intermitten* atau *part time* (DEPKES, 2006). Perawatan *home care* merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang bersifat berkesinambungan. Pelayanan ini diberikan kepada pasien maupun keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan (Permenkes, 2014). Tenaga kesehatan akan datang ke rumah pasien sesuai dengan kesepakatan sehingga kondisi pasien akan terkontrol dengan baik tanpa sering berkunjung ke rumah sakit. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Azizah (2008), bahwa keuntungan dari pelayanan *home care* adalah mampu meringankan biaya perawatan dan

mengurangi frekuensi kontrol ke rumah sakit.

Dalam melakukan pelayanan *home care* akan melibatkan *caregiver* yang membantu memenuhi kebutuhan pasien. *Caregiver* ini dibedakan menjadi dua kategori yakni *caregiver* formal maupun informal. *Caregiver* formal merupakan *caregiver* yang berasal dari badan layanan swasta atau publik di tingkat lokal. Sedangkan *caregiver* informal adalah *caregiver* yang berasal dari keluarga, tetangga, maupun teman (Briggs, 2011:23-24). Perbedaan pemilihan kategori *caregiver* ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain tingkat ekonomi dan kelonggaran waktu keluarga. Di wilayah perkotaan sebanyak 9,15% lansia tinggal sendiri, 29,17% lansia tinggal bersama keluarga dan 8,19% lainnya. Berikut merupakan tabel presentase penduduk lansia menurut status tempat tinggal bersama.

Tabel 1.1  
Status tinggal lansia

Karakteristik Demografi	Status Tinggal Bersama					Total
	Tinggal sendiri	Bersama pasangan	Bersama keluarga	Tiga generasi	Lainnya	
<b>Tipe Daerah</b>						
Perkotaan	9,15	17,18	29,17	36,31	8,19	100,00
Pedesaan	10,44	20,57	24,69	35,16	9,14	100,00
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	4,75	24,09	32,07	31,90	7,19	100,00
Perempuan	14,37	14,18	22,25	39,19	10,01	100,00
<b>Total</b>	9,80	18,89	26,91	35,73	8,67	100,00

Sumber: BPS, Susenas, 2017: 18

Meski *home care* mulai marak di kalangan masyarakat, namun penelitian mengenai *home care* khususnya mengenai pengetahuan gizi *caregiver* masih sulit untuk ditemukan.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan di atas, permasalahan sebagai berikut: “Adanya perbedaan kategori *caregiver* pada pelayanan *home care* memungkinkan adanya perbedaan pengetahuan gizi”

## **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1.3.1 Bagaimanakah gambaran pengetahuan gizi pada *caregiver* formal pasien *home care*?

1.3.2 Bagaimanakah gambaran pengetahuan gizi pada *caregiver* informal pasien *home care*?

## **1.4. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis gambaran pengetahuan gizi pada *caregiver* formal dan informal pasien *home care*.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Bagi Masyarakat**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberi manfaat dan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan menentukan *caregiver* yang dibutuhkan

### 1.5.2. Bagi Akademisi

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dan referensi untuk penelitian lain mengenai *home care*, *caregiver*, dan pengetahuan gizi.

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### *2.1. Home care*

*Home care* adalah pelayanan yang memperhatikan kesehatan dan kebutuhan sosial di dalam rumah dengan pelayanan yang berkualitas dan pendampingan, baik secara formal atau informal serta menggunakan teknologi yang tepat dan berkesinambungan (WHO, 2008). Tujuan *home care* adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Selain itu pelayanan *home care* juga dilakukan guna memenuhi kebutuhan dasar (biologis, psikologis, dan spiritual) bagi pasien secara mandiri, meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien di rumah, serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan kesehatan di rumah (DEPKES, 2006).

Model manajemen kasus pada *home care* adalah pelayanan multidisiplin, dengan perawat sebagai manajer kasus. Perawat akan bekerja dengan disiplin lain memberikan pelayanan kepada pasien dengan berbagai penyakit dan ketidak mampuan fungsional. Perawat menentukan jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien, membuat perencanaan kunjungan (jadwal kunjungan) multidisiplin dan mengadakan konferensi dengan tenaga kesehatan lain secara periodik sesuai dengan kebutuhan (DEPKES, 2006).

Hasil riset kesehatan dasar (riskesdas, 2018) menjelaskan bahwa kondisi lansia yang mengalami masalah penyakit tidak menular dapat

membuat hidup tidak mandiri. Penyakit tersebut di antaranya adalah penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi), peradangan sendi (osteoarthritis), kencing manis (diabetes melitus/DM), penyakit jantung, stroke, gagal ginjal menahun, dan kanker. Kondisi tersebut akan membutuhkan perawatan di rumah dalam jangka waktu yang panjang.

Pelayanan keperawatan kesehatan di rumah (*home care*) merupakan pemberian pelayanan keperawatan yang berkualitas terhadap pasien di lingkungan rumahnya yang disediakan secara *intermitten* atau *part time*. Pengasuh pasien/keluarga dan lingkungan rumah dipandang sebagai elemen utama yang menentukan keberhasilan pelayanan.

Kebijakan standar dan prosedur perawatan juga akan mempengaruhi pelayanan perawatan pasien sebagaimana ketersediaan sumber-sumber seperti peralatan, bahan-bahan, biaya dan sistem keluarga.

Kasus-kasus yang membutuhkan *home care* adalah

- a. Kelompok usia resiko (bayi, balita, remaja, ibu hamil, dan lansia);
- b. Pasien dengan cedera tulang belakang, fraktur multiple, cedera kepala;
- c. Pasien koma, diabetes melitus, AIDS, gagal jantung, asma berat;
- d. *Cerebro vascular accident* (CVA, Stroke);
- e. Pasien dengan amputasi;
- f. Pasien dengan ketergantungan obat;
- g. Pasien dengan luka kronis;
- h. Pasien dengan disfungsi kandung kemih, neurologis;
- i. Pasien yang menerima pelayanan rehabilitasi;

- j. Pasien yang mendapat terapi atau nutrisi melalui infus;
- k. Masalah ibu *post partum* dan masalah reproduksi;
- l. Pasien psikiatri, dimensia;
- m. Kekerasan dalam rumah tangga (DEPKES, 2006).

Pelayanan homecare memberikan banyak keuntungan baik bagi pasien juga keluarga pasien. Namun demikian terdapat kekurangan dari penyelenggaraan *home care* yang dapat diamati pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. 1.  
Kelebihan dan kekurangan pelayanan *home care*

Kelebihan	Kekurangan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tetap merasa menjadi bagian dari kehidupan keluarga, sehingga keutuhan keluarga tetap terjaga</li> <li>2. Pasien lebih merasa nyaman ditempat yang biasa digunakan</li> <li>3. Pasien tetap bisa mempertahankan aktivitas dan relasinya</li> <li>4. Dukungan sosial lebih baik</li> <li>5. Pasien ikut mengendalikan penyakit karena mengetahui kondisinya</li> <li>6. Kualitas hidup pasien meningkat; mempercepat pemulihan</li> <li>7. Terhindar dari infeksi di rumah sakit</li> <li>8. Biaya lebih murah jika dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit/institusi lain</li> <li>9. Stress yang dialami <i>caregiver</i> berkurang dan kepuasannya meningkat karena mampu mengatur dan merancang pelayanan kesehatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mungkin merasa kehidupan pribadinya terganggu</li> <li>2. Istirahat pasien kemungkinan terganggu dikarenakan kunjungan sanak sodara. Penyediaan alat kesehatan tergantung kondisi</li> <li>3. Pasien yang menerima perawatan lebih, mungkin akan merasa kondisinya lebih serius</li> <li>4. Keluarga bisa meningkatkan tekanan ekonomi, emosional, dan fisik selama melakukan prosedur pengasuhan</li> <li>5. Rendahnya pengetahuan dan ketrampilan penyedia perawatan (<i>caregiver</i>) di rumah untuk mengoperasikan alat dan perangkat medis lainnya dapat menimbulkan masalah</li> <li>6. Tidak adanya tenaga professional yang siap sedia ketika terjadi kasus gawat darurat</li> </ol>

Sumber: Mollaoglu, 2018: 19

## 2.2. Pasien *Homecare* Lansia

Sistem tubuh pada lansia akan mengalami penurunan sehingga membutuhkan bantuan dari *caregiver*. Penurunan sistem tubuh pada lansia antara lain:

### a. Sistem Imun

Sistem imun merupakan mekanisme yang digunakan untuk mempertahankan ketahanan tubuh terhadap bahaya yang dapat ditimbulkan oleh berbagai bahan lingkungan hidup. Sebanyak 30% kematian pada lansia disebabkan oleh penyakit infeksi. Bagian tubuh yang bertanggung jawab terhadap sistem kekebalan tubuh adalah sistem barrier tubuh. Contoh sistem barrier tubuh adalah batuk, bersin, permukaan mukosa, kulit sel silia, air mata, dan PH cair lambung. Saat menjadi lansia, barrier ini menurun kemampuannya. Penurunan kemampuan ini menyebabkan penurunan kemampuan tubuh dalam menghilangkan bakteri dan virus yang masuk ke dalam tubuh.

Menurunnya sistem imun pada lansia berhubungan dengan penurunan kemampuan kelenjar-kelenjar imun, seperti timus, kelenjar limfe, dan limpa. Kelenjar timus merupakan kelenjar hormon dan sekaligus merupakan tempat diferensiasi sel-sel limfosit T. Selain itu, hormone yang dihasilkan oleh kelenjar timus ini diduga memiliki peran penting dalam hal proses diferensiasi limfosit baik di dalam kelenjar maupun setelah meninggalkan kelenjar timus tersebut. Ukuran kelenjar timus ini akan mengecil seiring dengan bertambahnya usia. Hal inilah yang menyebabkan kemampuan kelenjar timus untuk mendiferensiasikan

sel limfosit T menjadi menurun.

Kelenjar limfe, *patches peyer's*, dan limpa adalah organ limfoid sekunder yang merupakan tempat bagi sel limfosit dewasa untuk merespons antigen. Organ-organ ini dibutuhkan untuk proliferasi dan diferensiasi limfosit, menangkap dan mengumpulkan bahan asing, serta merupakan tempat utama produksi antibodi dan sensitisasi sel T. Seiring bertambahnya usia, maka jaringan limfoid yang terkait mukosa menjadi berubah. Respon sel T limpa terhadap mitogen menurun seiring dengan meningkatnya usia (Sigal dkk dalam Fatimah, 2010).

Proses penuaan juga menimbulkan efek pada sel spesifik yang timbul akibat dari rangsangan antigen tertentu. Jumlah total limfosit didalam darah tepi tidak menurun seiring bertambahnya usia. Namun demikian, respons sel T terhadap mitogen, alloantigen, dan antigen konvensional menurun.

Kondisi lansia juga menyebabkan terjadinya penurunan respons imunitas seluler yang disebabkan oleh perubahan terhadap antigennya atau kehilangan memori imunologik. Kondisi lansia juga menyebabkan terjadinya penurunan kecepatan pembentukan limfosit T yang akan mengganggu respons imun terhadap agen-agen penyakit infeksi. Jumlah sel imun yang responsif tidak sebanyak pada orang yang belum lansia. Penurunan jumlah sel imun yang responsif pada lansia disebabkan oleh kegagalan sel T dalam menghasilkan interleukin-2.

## **b. Sistem Pencernaan**

Pencernaan lansia mengalami perubahan kemampuan digest dan absorpsi yang terjadi akibat hilangnya opioid endogen dan efek berlebihan dari kolesistokin. Akibatnya muncul anoreksi, yakni... Secara gradual., pada lansia terjadi juga penurunan sekresi asam dan enzim. Dinding usus (intestinal) menjadi kurang permeable terhadap nutrisi. Sebagai akibatnya, pencernaan makanan dan absorbsi molekuler menjadi berkurang. Kebiasaan lansia yang cenderung menggunakan obat-obatan tipe cathartic untuk mengosongkan lambung dapat memperburuk keadaan ini. Penggunaan laksan yang mengandung minyak mineral dicampur dengan vitamin D dan A secara umum cenderung memaksa makanan melewati usus besar sebelum nutrisi sempat dicerna dan diabsorpsi, sehingga mengakibatkan terjadi deteriorasi organ tubuh itu sendiri dan juga mengurangi kemampuan penyampaian informasi melalui susunan saraf pusat.

Perubahan atrofik juga terjadi pada mukosa., kelenjar, dan otot-otot pencernaan. Berbagai perubahan morfologik akan menyebabkan perubahan fungsional sampai perubahan patologik, di antaranya gangguan mengunyah dan menelan, perubahan nafsu makan, sampai pada berbagai penyakit.

Penurunan fungsi fisiologis pada rongga mulut akan mempengaruhi proses mekanisme makanan. Saat memasuki kondisi lansia banyak gigi yang mulai tanggal serta terjadi kerusakan gusi karena proses degenerasi.

Kedua hal ini sangat mempengaruhi proses pengunyahan makanan. Lansia akan kesulitan untuk megkonsumsi makanan berkonsistensi keras. Kelenjar saliva juga mulai sukar disekresi yang mempengaruhi proses perubahan karbohidrat kompleks menjadi disakarida karena enzim ptialin menurun. Fungsi lidah sebagai pelicipun berkurang sehingga proses menelan menjadi lebih sulit. Fungsi pengecapn juga mengalami penurunan karena papilla pada ujung lidah berkurang, terutama untuk rasa asin, oleh sebab itu lansia cenderung memakanan makanan asin. Sebaliknya, asupan gizi juga berpengaruh pada penurunan fungsi fisiologis di roongga mulut. Kekurangan protein sering dikaitkan dengan degenerasi jaringan ikat gingiva, membran periodontal, dan mukosa pendukung basis gigi tiruan.

Lambung juga mengalami atrofi mukosa, Atrofi sel kelenjar, sel pariental, dan sel chief akan meyebabkan berkuramngnya sekresi asam lambung, pepsin, dan faktor instrinsik. Karena sekresi lambung yang berkurang ini, maka rasa lapar juga akan berkurang. Ukuran lambung pada lansia juga mengecil sehingga daya tampung makanan berkurang. Selain itu proses perubahan protein (peptida) menjadi pepton terganggu.

Mukosa usus halus juga mengalami atrofi sehingga luas permukaannya berkurang. Hal ini akan menyebabkan jumlah vili berkurang dan selanjutnya akan menurunkan proses absorpsi. Di daerah duodenum, enxim yang dikeluarkan oleh pancreas dan empedu juga menurun, sehingga metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak menjadi

tidak sebaik saat masih muda. Keadaan ini sering menyebabkan gangguan yang disebut sebagai maldigesti dan malabsorpsi.

Penyakit di usus halus akan mempengaruhi absorpsi zat gizi tertentu. Penyakit yang berkaitan dengan hal tersebut di antaranya sindrom malabsorpsi dan divertikulosis. Sindrom malabsorpsi dapat menyebabkan defisiensi berbagai zat seperti asam folat, vitamin B<sub>12</sub>, zat besi, kalsium, dan vitamin D. Pada proses penuaan keadaan ini berhubungan dengan terjadinya perubahan vili pada mukosa usus halus yang menjadi lebih pendek dan lebih lebar. Penyakit lainnya adalah divertikulosis yang berhubungan dengan kondisi lansia. Lokasi tersering yang mengalami penyakit ini adalah bagian esofagus, duodenum, dan jejunum. Kondisi ini dapat menyebabkan defisiensi vitamin B<sub>12</sub> terutama pada kondisi divertikula multiple.

Kondisi lansia memungkinkan untuk muncul batu empedu pada pankreas. Pankreas berfungsi untuk memproduksi enzim amilase, tripsin, dan lipase akan menurun. Akibatnya metabolisme karbohidrat, pepsin, dan lemak juga akan menurun.

Hati berfungsi sangat penting dalam metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Hati juga memegang peranan besar dalam proses detoksifikasi, sirkulasi, penyimpanan vitamin, konjugasi bilirubin, dan sebagainya. Dengan bertambahnya usia, secara histologis dan anatomik akan terjadi perubahan akibat atrofi sebagian besar sel. Sel tersebut akan berubah bentuk menjadi jaringan fibrosa. Hal ini menyebabkan

perubahan fungsi hati dalam berbagai aspek tersebut, terutama metabolisme.

Kondisi lansia mengakibatkan kelokan-kelokan pada usus besar semakin meningkat. Hal ini mengakibatkan motilitas usus besar atau kolon yang bertugas berkurang. Air dan elektronik akan terabsorpsi lebih besar yang membuat feses lebih keras dan mengakibatkan konstipasi. Konstipasi disebabkan oleh peristaltik kolon yang melemah sehingga gagal mengosongkan rektum. Proses defekasi yang seharusnya dibantu oleh kontraksi dinding abdomen juga seringkali tidak efektif karena dinding abdomen sudah melemah.

### c. Sistem Pernafasan

Jumlah kantong udara (alveoli) pada lanjut usia akan berkurang jika dibandingkan saat usia dewasa. Berkurangnya kantong udara ini tidak akan terasa apabila lansia sehat dan dapat menjalani kehidupan aktif. Masalah pernafasan yang timbul pada lansia adalah radang paru-paru (pneumonia), tuberculosis, bronkitis, emfisema dan turunnya daya tahan paru-paru karena rokok dan polusi udara. Hal ini menyebabkan lansia rentan terhadap gangguan paru-paru dan pernafasan.

Berkurangnya elastilitas jaringan paru-paru dan dinding paru menjadi sebab paru-paru menurun fungsinya. Menurunnya kekuatan kontraksi otot pernafasan menyebabkan sulit bernafas. Infeksi yang sering diderita oleh lansia di antaranya pneumonia yang menyebabkan kematian cukup tinggi yakni 40% akibat menurunnya daya tahan tubuh.

Tuberkulosis pada lansia juga diperkirakan masih tinggi.

#### **d. Sistem Muskuloskeletal**

Kelenturan, kekuatan otot, dan daya tahan sistem musculoskeletal pada lansia umumnya berkurang, namun hal ini tidak ditemukan pada lansia yang masih sering menggerakkan tubuhnya. Namun pada umumnya lansia akan mengurangi aktivitas fisik seiring dengan menurunnya penambahan usia. Penurunan sistem musculoskeletal pada lansia dapat diperparah oleh penyakit-penyakit seperti osteoarthritis, reumatik, dan penyakit yang menyerang sistem musculoskeletal pada lansia. Untuk menghindari semakin memburuknya kemampuan sistem musculoskeletal pada lansia, maka perlu dilakukan suatu diagnosis sedini mungkin agar dapat diatasi dengan lebih cepat.

#### **e. Sistem Kardiovaskular**

Penurunan elastisitas dari dinding aorta disertai dengan berkembangnya kaliber aorta akan melemahkan kerja jantung. Organ jantung pada lansia tidak mengalami penurunan ukuran seperti organ-organ tubuh lainnya. Ukuran organ jantung umumnya justru membesar pada lansia. Perubahan secara fisiologis ini dapat terjadi pada katup-katup jantung di mana inti sel pada sel-sel katup jantung berkurang dari jaringan fibrosa stroma jantung, penumpukan lipid, degenerasi kolagen, dan juga klasifikasi jaringan fibrosa jaringan katup tersebut. Ukuran katuppun bertambah seiring bertambahnya usia.

Irama inheren akibat menurunnya denyut jantung pada lansia menurun meskipun lansia tersebut sering melakukan aktivitas fisik. Aritmia berupa ekstrasistol pada lansia ditemukan lebih dari 10% pada lansia yang memeriksakan EKGnya secara rutin. Hal yang tidak berubah pada lansia adalah fungsi sistolik pada jantung.

Tingkat ketergantungan lansia akibat menurunnya fungsi tubuh dibedakan menjadi 4 kelompok. Pengelompokan ini diambil dari hasil penilaian Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dan Penilaian Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari (AIKS). Penilaian tersebut dilakukan dengan wawancara dan observasi. Ada sepuluh pertanyaan berkaitan dengan kegiatan sehari-hari yakni berkaitan dengan: mengendalikan rangsang BAB, BAK, membersihkan diri, menggunakan WC, makan dan minum, bergerak dari kursi roda ke tempat tidur, berjalan di tempat rata, berpakaian, naik turun tangga, dan mandi. Perbedaan kelompok tingkat kemandirian pasien akan memberikan pengaruh terhadap kebutuhan caregiver. Pengelompokan tersebut adalah:

- a. Mandiri: Jika skor skrining 20, artinya sepuluh kegiatan tersebut dapat dilakukan sendiri oleh pasien
- b. Ketergantungan ringan: Jika skor skrining 12-19, artinya ada satu sampai tiga kegiatan yang tidak dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien
- c. Ketergantungan sedang: Jika skor skrining 9-11, artinya ada separuh kegiatan yang tidak dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien

- d. Ketergantungan berat: Jika skor skrining 5-8, yang artinya ada lebih dari separo kegiatan yang tidak bisa dilakukan secara mandiri oleh pasien
- e. Ketergantungan total: Jika skor 0-4, yang artinya pasien tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari atau bisa melakukan secara mandiri hanya 1-2 aktivitas (Kemenkes, 2017:3)

Menurut Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia (2014) *home care* bagi lansia sangat penting karena beberapa sebab di antaranya:

- a. Lanjut usia berhak hidup di tengah-tengah keluarga dan atau kerabatnya;
- b. Memberikan kenyamanan dan rasa aman kepada lanjut usia untuk tetap tinggal di lingkungannya;
- c. Perubahan dari keluarga besar menjadi keluarga inti yang menyebabkan lanjut usia tinggal sendiri;
- d. Terbatasnya kapasitas panti sebagai penyedia pelayanan sosial lanjut usia;
- e. Budaya setempat yang kurang menerima penempatan lanjut usia dalam panti;
- f. Tingginya biaya pengasuhan di panti;
- g. Tidak adanya sarana pengasuhan jangnan panjang (*long term care*);
- h. Biaya perawatan di rumah sakit cukup tinggi;
- i. Keluarga, kerabat, dan masyarakat setempat tetap memegang peran utama dalam pengasuhan lanjut usia.

### 2.3. Caregiver

*Caregiver* adalah istilah yang berarti memberi perawatan khusus bagi yang membutuhkan perawatan (bukan hanya pada lansia atau demensia) karena unsur ketergantungan penderita yang harus dirawat (Makki, 2020:4). Tugas *caregiver* adalah memberikan bantuan dalam aspek fisik, mental, sosial budaya, dan spiritual. *Caregiver* lansia harus memiliki pengetahuan dasar tentang pendampingan dan pemberian bantuan yang tepat untuk lansia yang membutuhkan perawatan jangka panjang.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019) ada beberapa hal yang harus diperhatikan bagi seorang *caregiver* antara lain:

- a. Selalu menjaga kesehatan diri sendiri;
- b. Meluangkan waktu setiap hari untuk melakukan sesuatu bagi diri sendiri, seperti membaca, mendengarkan musik dan tetap melakukan komunikasi dengan orang-orang terdekat;
- c. Mengonsumsi makanan sehat dan jangan melewatkan waktu makan;
- d. Untuk *caregiver* dari anggota keluarga, sebaiknya anggota keluarga lain harus dilibatkan dalam tugas pemberian perawatan;
- e. Tugas perawatan sewaktu-waktu dapat digantikan oleh anggota keluarga lain/teman/tetangga agar *caregiver* dapat beristirahat atau melakukan urusan pribadinya;
- f. Dianjurkan untuk mengikuti pertemuan/kegiatan pada kelompok *caregiver* sehingga dapat berinteraksi dan bertukar informasi;
- g. *Caregiver* juga perlu untuk mengembangkan diri, meningkatkan

kesejahteraan dan mendapatkan perlindungan sosial.

*Caregiver* ini dibedakan menjadi dua kategori yakni *caregiver* formal maupun informal. *Caregiver* formal merupakan *caregiver* yang berasal dari badan layanan swasta atau publik di tingkat lokal. *Caregiver* formal mendapatkan pelatihan secara khusus dan mendapatkan pembayaran atas pendampingan yang dilakukan. Sedangkan *caregiver* informal adalah *caregiver* yang berasal dari keluarga, tetangga, maupun teman (Briggs, 2011)

Menurut penelitian yang dilakukan Diniz (2018) yang dilakukan di Brazil, *caregiver* informal memiliki tingkat tekanan emosi, rasa sedih, dan jam kerja yang lebih banyak dibandingkan *caregiver* formal. *Caregiver* informal bekerja 19,8 jam sedangkan *caregiver* formal hanya 7,3 jam. Hal ini kemungkinan dikarenakan *caregiver* informal yang berasal dari kerabat terdekatnya.

Menurut Milligan (2005) *caregiver* memiliki tugas yang dibagikan dalam 4 kategori sebagai berikut:

- a. *Physical care*/perawatan fisik, yaitu memberikan makan, menggantikan pakaian, memotong kuku, membersihkan kamar, dan lainnya;
- b. *Social care*/ kepedulian sosial yaitu mengunjungi tempat hiburan, menjadi supir, bertindak sebagai sumber informasi dari seluruh dunia di luar perawatan di rumah;
- c. *Emotional care* yaitu memiliki kepedulian, cinta, dan kasih sayang kepada pasien yang tidak selalu ditunjukkan ataupun dikatakan.

- d. *Quality care* yaitu memantau tingkat perawatan, standar pengobatan, dan indikasi kesehatan.

Dalam menjalankan tugas sebagai *caregiver* terutama dengan pasien lansia, maka perlu memperhatikan beberapa prinsip etika yakni

- a. Ikut memahami apa yang sedang dialami (empati): ikut merasakan hal yang dialami atas dasar pengertian yang dalam, namun tidak ikut berlarut dalam kondisi lansia
- b. Tidak merugikan: pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus menghindari tindakan yang menambah penderitaan.
- c. Menghargai keputusan atas dirinya sendiri (otonomi): hak untuk menentukan nasibnya dan mengemukakan keinginannya sendiri oleh lansia
- d. Keadilan: memberikan perlakuan yang sama bagi semua
- e. Kesungguhan hati: suatu sikap dan perilaku yang didasari dengan kasih sayang dan keikhlasan terhadap lansia yang dilayani (Kemenkes, 2019)

#### **2.4. Pengetahuan Gizi**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Tumurang, 2018). Menurut Benjamin S Bloom dalam Budiman (2013:7-8) terdapat enam tahapan pengetahuan yakni:

- a. Tahu (*know*): Berisikan kemampuan untuk mengenali dan mengingat peristilahan, definisi, fakta-fakta, gagasan, pola, urutan, metodologi,

prinsip dasar, dan sebagainya. Misalnya ketika seorang perawat diminta untuk menjelaskan tentang imunisasi campak, orang yang berada pada tahapan ini dapat menguraikan dengan baik dari definisi campak, manfaat imunisasi campak, waktu yang tepat pemberian campak, dan sebagainya;

- b.* Memahami (*comprehension*): Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar
- c.* Aplikasi (*application*): Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi tersebut secara benar;
- d.* Analisis (*analysis*): Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain;
- e.* Sintetis: Sintetis merujuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru;
- f.* Evaluasi: Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Gizi merupakan dialek Bahasa Mesir yang berarti makanan. Gizi merupakan hasil terjemahan dari Bahasa Inggris *nutrition*, sementara *nutrition* juga bisa diterjemahkan menjadi nutrisi (Devi, 2010:5). Sehingga pengetahuan gizi adalah hasil tahunya seseorang setelah melakukan

penginderaan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan gizi/ makanan.

Pengetahuan mengenai gizi memiliki korelasi dengan kecukupan asupan yang masuk ke dalam tubuh. Penelitian Puspasari (2017) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan ibu, asupan energi, asupan karbohidrat, dan asupan protein balita dengan status gizi balita. Ibu balita yang memiliki pengetahuan tentang gizi yang baik dan status gizi balita normal sebanyak 81,8%, sedangkan ibu balita yang pengetahuannya kurang, dan memiliki status gizi balita tidak normal (obesitas atau kurang gizi) sebanyak 92,9%.

Pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu jenis pengetahuan yang dapat diperoleh melalui pendidikan. Pengetahuan gizi dan kesehatan akan berpengaruh terhadap pola konsumsi pangan. Semakin banyak pengetahuan tentang gizi dan kesehatan maka semakin beragam pula jenis makanan yang dikonsumsi sehingga dapat memenuhi kecukupan gizi dan mempertahankan Kesehatan individu (Suryaningsih dalam Christy, 2020: 19)

Pada kondisi lanjut usia, terjadi perubahan selera makan yang disebabkan oleh:

- a.** Kehilangan gigi. Usia tua merusak gigi dan gusi sehingga timbul menurunnya kenyamanan atau muncul rasa sajur saat mengunyah makanan;
- b.** Kehilangan indera perasa dan penciuman. Hilangnya indera perasa dan penciuman akan menurunkan nafsu makan. Selain itu, sensitivitas rasa manis dan asin berkurang;

- c. Berkurangnya cairan saluran cerna (sekresi pepsin), dan enzim-enzim pencernaan proteolitik. Pengurangan ini menyebabkan penyerapan protein tidak berjalan secara efektif;
- d. Berkurangnya sekresi saliva. Kurangnya saliva dapat menimbulkan kesulitan dalam menelan dan dapat mempercepat terjadinya proses kerusakan pada gigi;
- e. Penurunan motilitas usus. Terjadinya penurunan motilitas usus yang memperpanjang waktu singgah (*transit time*) dalam saluran gastrointestinal mengakibatkan pembesaran perut dan konstipasi (Fatimah, 2010: 33-34)

Dalam panduan praktis caregiver yang diterbitkan oleh Kemenker RI (2019:68-75) salah satu hal yang harus dilakukan oleh *caregiver* adalah membantu dalam pemenuhan kebutuhan gizi pada lansia. Ada tujuh materi yang harus diketahui oleh *caregiver* yakni:

- a. Kebutuhan energi dan zat gizi



Gambar 2.1 Tumpeng Gizi Seimbang (sumber: Permenkes 41, 2014)

*Caregiver* mengetahui makanan apa saja yang dibutuhkan dan dibatasi untuk pasien. Makanan yang baik dapat memenuhi kebutuhan mikro dan makronya. Makanan tersebut terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Vitamin dan mineral terkandung pada buah dan sayuran. Sedangkan makanan yang dibatasi menyesuaikan dengan kondisi lansia yang dirawat. Namun pembatasan makanan minimal pada gula, garam, dan lemak sesuai anjuran kemenkes pada tumpeng gizi seimbang. Gula dibatasi paling banyak dalam sehari empat sendok makan, garam dalam sehari satu sendok teh, dan lemak dalam sehari lima sendok makan

b. Gizi Seimbang



Gambar 2.2 Isi Piringku  
(Sumber: Permenkes 41, 2014)

Gizi seimbang berkaitan dengan porsi yang dianjurkan untuk pasien. Makanan yang bergizi tidak harus mahal dan mewah, yang terpenting komposisi dari tiap jenis makanan dan kandungan gizinya

harus seimbang. Jangan sampai salah satu jenis makanan terlalu banyak. Patokan paling sederhana agar mudah dipahami adalah dengan mengenal piring makanku. Di sini dijelaskan bahwasannya jumlah karbohidrat sama banyaknya dengan sayur (masing-masing 1/3 bagian piring). Jumlah protein sama dengan buah (masing-masing 1/6 bagian). Cairan juga menjadi perhatian sehingga tergambar gelas berisi air putih yang menjadi bagian isi piringku. Isi piringku memperhatikan prinsip hidup bersih sehat yakni mencuci tangan sebelum makan. Hal ini dikarenakan perilaku hidup bersih berhubungan erat dengan makanan yang diharapkan akan menyehatkan tubuh.

c. Bentuk dan Tekstur makanan

Bentuk dan tekstur makanan yang diberikan kepada pasien harus menyesuaikan kemampuan pasien. Bentuk dan tekstur makanan untuk pasien terdiri dari:

- 1) Makanan cair, disarankan untuk lansia dengan gangguan mengunyah, menelan, mencerna makanan maupun lansia yang menggunakan selang makanan baik melalui mulut, hidung, atau langsung ke lambung. Makanan cair bisa didapat berupa produk yang sudah jadi di apotek/supermarket. Makanan cair ini dapat dijadikan makanan utama ataupun sebagai makanan tambahan (ekstra) pada lansia yang masih mampu mengonsumsi makanan biasa/padat;

- 2) Makanan dihaluskan dengan menggunakan blender (blenderise). Makanan ini disarankan untuk lansia dengan gangguan mengunyah, menelan, mencerna makanan, lansia yang menggunakan selang makan baik melalui mulut, hidung atau lambung, dan lansia dengan alergi susu sapi;
- 3) Makanan yang dihaluskan, disarankan untuk lansia yang masih dapat makan melalui mulut dengan gangguan mengunyah atau tidak punya gigi. Makanan ini diberikan dengan tekstur semi padat seperti nasi tim/bubur dengan lauk pauk yang dicincang/blender, sayur yang di potong kecil-kecil/blender, buah yang dipotong kecil atau jus;
- 4) Makanan biasa, disarankan untuk lansia yang masih mampu mengunyah makanan dengan cukup baik, yaitu nasi biasa dengan lauk pauk, serta sayur dan buah sesuai dengan anjuran.

d. Pengaturan makanan (Diet) bagi lansia sesuai dengan kondisi kesehatan

Pasien dengan kondisi satu dan lainnya tentu akan berbeda. Perbedaan ini dipengaruhi oleh kemampuan organ satu orang dengan lainnya tidaklah sama. Oleh karena itu caregiver dianjurkan selalu berkonsultasi dengan petugas kesehatan untuk menentukan diet yang sesuai. Sebab jika makanan yang diberikan bisa saja menjadi racun jika kondisi organ telah berkurang fungsinya.

e. Keamanan pangan

Keamanan pangan menjadi penting untuk menghindari penularan penyakit akibat makanan yang tercemar. Maka dari itu penjamah makanan perlu memperhatikan hal-hal seperti:

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyiapkan makanan;
- 2) Memastikan semua masakan matang secara sempurna;
- 3) Selalu menutup kembali makanan apabila telah selesai diambil;
- 4) Untuk makanan yang telah dimasak, perlu memastikan makanan diluar ruangan hanya dalam waktu 4 jam dan dalam keadaan tertutup;
- 5) Tidak mencampur sisa makanan dengan masakan baru.

f. Tanda-tanda awal gizi kurang

Seringkali tidak mudah untuk mengenal tanda-tanda kekurangan gizi pada lansia. Setelah kondisi gizi kurangnya cukup berat barulah terlihat dan pada saat itu biasanya sudah terlambat sehingga memerlukan waktu yang cukup lama untuk memulihkannya. Agar penanganan lebih mudah, perlu diketahui tanda-tanda awal keadaan gizi kurang, yaitu:

- 1) Kurang nafsu makan;
- 2) Gejala kurang cairan: tidak berupa rasa haus melainkan terjadi perubahan sikap menjadi pendiam, tidak mau bicara, mudah lupa, sulit berkonsentrasi;
- 3) Tanda-tanda fisik: berat badan berkurang, wajah lebih pucat, raut wajah lesu;

4) Berkurangnya frekuensi makan.

g. Cara pemberian makan

Untuk lansia yang masih mampu makan melalui mulut, caregiver dapat mendukung lansia untuk makan secara mandiri. Bila harus dibantu maka perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Untuk lansia yang masih mampu duduk, selalu ajak lansia dalam makan posisi duduk;
- 2) Pada lansia yang harus makan dalam posisi berbaring, selalu posisikan kepala lebih tinggi dengan menggunakan ganjalan bantal sehingga kemiringan posisi tubuh sekitar 30°-45°;
- 3) Beri jeda untuk suapan satu ke suapan berikutnya, jika perlu selingi dengan minum;
- 4) Selama proses pemberian makanan selalu perhatikan nafas lansia;
- 5) Untuk mencegah tersedak, usahakan makanan dalam potongan kecil, suapan dalam porsi kecil agar lebih mudah dikunyah dan ditelan, serta jangan mengajak bicara saat membantu lansia makan;
- 6) Apabila lansia tersedak segera bantu lansia untuk memuntahkan makanannya.

Ada beberapa keadaan yang membuat lansia tidak bisa makan melalui mulut, di antaranya karena kesulitan untuk mengunyah dan menelan, atau masalah kesehatan lain seperti akibat penyakit stroke. *Caregiver* perlu berkonsultasi apabila ditemukan kesulitan makan pada

lansia. Dengan demikian petugas kesehatan dapat menilai apakah lansia tersebut harus dibantu dengan penggunaan selang makanan (*Nasogastric Tube/NGT*). Pada lansia yang menggunakan NGT, *caregiver* perlu belajar terlebih dahulu kepada tenaga kesehatan bagaimana cara memberikan makan melalui NGT dengan benar.

## 2.5. Hasil Penelitian Terdahulu

Tabel 2.5.1 menunjukkan judul, metode, dan hasil penelitian sebelumnya yang kemudian dilihat perbedaannya dengan penelitian yang diajukan.

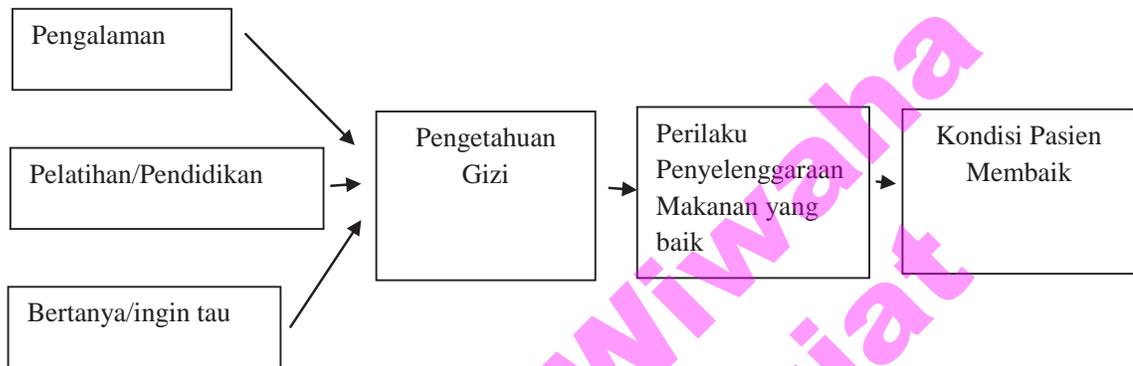
Tabel 2.1  
Penelitian Terdahulu

No	Judul	Metode dan hasil	Perbedaan
1.	Hubungan <i>Care Giver</i> Terhadap Status Gizi Dan Kualitas Hidup Lansia Pada Etnis Bugis (Nina isywara K Burhan, Nurpudji A Taslim, Burhanuddin Bahar tahun 2013)	Mengambil dari dua wilayah. Kriteria sampel adalah lansia usia $\geq 60$ orang. Purposive sampel ditentukan dengan Tabel Izzac Michael. Hasilnya lansia diasuh oleh pasangan (suami/istri). Caregiver tidak memberikan pengaruh positif pada status gizi lansia namun memberikan pengaruh positif pada kualitas hidup	Sampel lansia yang terlibat bukan lansia dengan penyakit. Perbedaan caregiver yang diamati bukan antara formal dan informal, hanya jenis pendamping yakni pasangan, anak laki-laki/perempuan, menantu ataupun keluarga lain.

2	<p>Hubungan Pengetahuan Pengasuh Tentang Posisi Pemberian Makan dengan Asupan Energi dan Protein Anak <i>Cerebral Palsy</i> di YPAC Malang (Fajar Ari Nugroho, Median Rolando, Olivia Anggraeny tahun 2017)</p>	<p>Penelitian <i>cross sectional study</i> dengan subjek 12 pengasuh dipilih dengan cara total sampling. Tidak ada hubungan antara pengetahuan pengasuh tentang posisi pemberian makan dengan asupan gizi anak <i>cerebral palsy</i></p>	<p>Responden bukan pasien <i>homecare</i>, usia subjek anak anak bukan lansia. Meskipun sama-sama mengamati pengetahuan pengasuh/<i>caregiver</i></p>
3	<p>Tingkat Pendidikan, Pengetahuan tentang Gizi Pengasuh, Asupan Energi dan Protein Balita Usia 12-59 Bulan  (Risma Wirritiya, Susilo Wirawan, L Khairul Abdi, I Ketut Swirajaya)</p>	<p>Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif observasional dengan jumlah sampel 54 orang dengan cara wawancara langsung dan menggunakan angket. Hasilnya pengetahuan <i>caregiver</i> tidak berpengaruh terhadap asupan energi dan protein balita. Tingkat pengetahuan pengasuh yang baik tidak membuat asupan energi dan protein balita baik</p>	<p>Subjek penelitian pengasuh balita bukan lansia, sama sama menggunakan wawancara dan mengamati pengetahuan gizi pengasuh/<i>caregiver</i></p>

Dari tabel di atas, menjelaskan bahwa penelitian yang diajukan ini berbeda dengan penelitian-penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya.

## 2.6. Kerangka Pemikiran



Gambar 2.3  
Kerangka Pemikiran Penelitian

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Desain penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang bertujuan melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan, baik yang berupa faktor risiko maupun efek atau hasil (Alatas, dkk, 2010). Penelitian kualitatif bersifat natural, apa adanya. Disebut kualitatif karena sifat data yang dikumpulkan bercorak kualitatif bukan kuantitatif karena tidak menggunakan alat ukur (Rahmat, 2009).

#### **3.2. Lokasi penelitian**

Penelitian dilakukan pada pasien yang mengikuti pelayanan *home care* mandiri di Kabupaten Sleman.

#### **3.3. Definisi operasional**

Definisi operasional diperlukan agar tidak timbul perbedaan pengertian atau kesalahpahaman makna, sehingga perlu penegasan istilah yang dipakai dalam penelitian. Definisi oprasional dalam penelitian ini yaitu:

- a. Pengetahuan Gizi adalah banyaknya informasi yang diperoleh dari jawaban responden terhadap pertanyaan dalam wawancara mengenai pemenuhan asupan gizi pada pasien lansia *home care*, mencakup

penghitungan kebutuhan gizi, pemilihan menu, cara pemberian dan proses evaluasinya. Pengetahuan Gzi diukur dengan wawancara terstruktur menggunakan pedoman wawancara dan diperoleh hasil berupa transkrip wawancara.

- b. *Caregiver* adalah orang yang memberikan perawatan atau pendampingan kesehatan kepada pasien *home care*.
- c. *Home care* adalah pelayanan keperawatan kesehatan terhadap pasien di rumah. Pada penelitian ini pada pasien lansia

#### **3.4. Obyek Penelitian**

Populasi pada penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Sedangkan sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipengaruhi sebagai subyek penelitian melalui sampling. Pada dasarnya ada dua syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel yaitu representative (mewakili) dan sampel harus cukup banyak (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini akan dilakukan wawancara kepada 11 informan yang terdiri dari lima *caregiver* formal, lima *caregiver* informal, dan dokter yang menangani pasien

#### **3.5. Instrumen penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang digunakan dalam metode pengambilan data untuk menganalisis hasil penelitian yang dilakukan pada langkah penelitian selanjutnya (Untari, 2018). Pada

penelitian ini digunakan instrument penelitian berupa wawancara, dokumen, dan observasi.

### 3.6. Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data merupakan suatu cara memperoleh data-data yang diperlukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini teknik yang digunakan antara lain sebagai berikut:

- a. Observasi. Observasi adalah sebuah Teknik pengumpulan data melalui proses pencatatan perilaku subyek (orang), obyek (benda) atau suatu kejadian secara sistematis tanpa adanya pertanyaan atau komunikasi dengan individu-individu yang akan diteliti (Sanusi, 2011). Observasi melakukan pengamatan secara langsung situasi serta kondisi pasien yang melakukan pelayanan *home care*
- b. Survei merupakan cara pengumpulan data dengan cara mengajukan pertanyaan atau pernyataan kepada responden baik secara lisan maupun tulisan (Sanusi, 2011). Cara survei yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan wawancara/interview dengan pertanyaan yang dipersiapkan terlebih dahulu. Wawancara dilakukan secara langsung dan secara online melalui *chatting WhatsApp*.

Dalam melakukan wawancara, maka diberikan pertanyaan terbuka kepada sepuluh informan yang merupakan *caregiver* dan satu informan yang merupakan dokter. Daftar pertanyaan terbuka untuk *caregiver* tercantum dalam tabel 3.1

**Tabel 3.1**  
**Daftar Pertanyaan Terbuka untuk Caregiver**

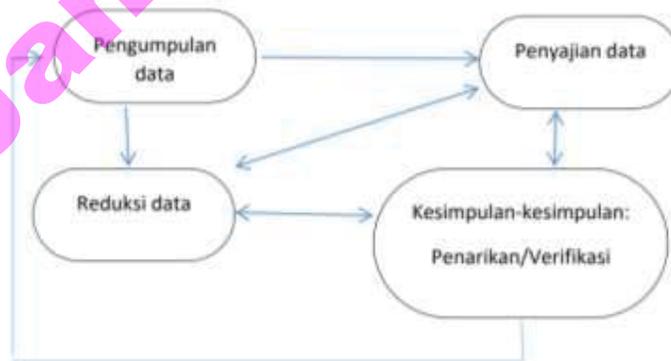
No	Pertanyaan
1.	Bagaimana saudara memenuhi kebutuhan makan pasien? (perhatikan tekstur, cara menyediakan makanan)
2.	Apakah ada daftar menu yang dibuat? (minta daftar menu)
3.	Apakah pernah mendapatkan pembekalan mengenai pemenuhan makan pasien? Jika sudah dapat dari mana dan kapan?
4.	Sepengetahuan anda, apakah ada makanan yang dihindari untuk pasien?
5.	Saat menyediakan makanan kemasan, apakah anda melihat informasi gizi?
6.	Adakah kesulitan anda dalam menyiapkan makan untuk pasien?
7.	Adakah kesulitan anda dalam memberikan makan untuk pasien?
8.	Jika anda mengalami kesulitan dalam pemenuhan gizi pasien, apa yang anda lakukan? (berdiskusi/konsultasi dengan siapa)
9.	Dari mana anda paling sering mendapatkan edukasi terkait makan untuk pasien?
10.	Menurut anda, saat ini makan pasien tergolong baik/kurang baik?
11.	Apakah anda melakukan evaluasi pemberian makan? Jika iya, bagaimana caranya?
12.	Menurut anda, seperti apakah ciri pasien yang mengalami kurang gizi?

**Tabel 3.2**  
**Daftar Pertanyaan Terbuka untuk Dokter**

No	Pertanyaan
1.	Menurut anda, apakah <i>caregiver</i> mumpuni dalam menyiapkan dan memberikan makan untuk pasien?
2.	Menurut anda, apakah makanan yang diberikan <i>caregiver</i> sesuai dengan kondisi pasien?
3.	Apakah <i>caregiver</i> meminta evaluasi atau berdiskusi terkait makan dan hasil pemeriksaan terbaru?

### 3.7. Metode analisis data

Data yang didapat dari hasil wawancara, observasi, kuisisioner dan dokumentasi dianalisis secara kualitatif. Miles dan Huberman (1992) dalam Rijali (2018) menggambarkan proses analisis data penelitian kualitatif sebagai berikut:



Gambar 3.1 Proses Analisis Data Penelitian Kualitatif

(Rijali, 2018).

Rijali (2018) menjelaskan, gambar tersebut memperlihatkan sifat interaktif pengumpulan data dengan analisis data, pengumpulan data merupakan bagian integral dari kegiatan analisis data.

a. Pengumpulan data (*data collection*)

Pengumpulan data di lapangan berkaitan dengan teknik penggalan data, dan ia berkaitan pula dengan sumber dan jenis data, setidaknya sumber data dalam penelitian kualitatif berupa: (1) katakata dan (2) tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen atau sumber data tertulis, foto, dan statistik (Moleong, 2000).

b. Reduksi data (*data reduction*)

Reduksi data adalah proses pemilihan, pemustan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Proses ini berlangsung terus menerus selama penelitian berlangsung, bahkan sebelum data benar-benar terkumpul sebagaimana terlihat dari kerangka konseptual penelitian, permasalahan studi, dan pendekatan pengumpulan data yang dipilih. Reduksi data meliputi: (1) meringkas data, (2) mengkode, (3) menelusur tema, (4) membuat gugus-gugus. Caranya: seleksi ketat atas data, ringkasan atau uraian singkat, dan menggolongkannya ke dalam pola yang lebih luas (Rijali, 2018).

c. Penyajian Data (*data display*)

Penyajian data adalah kegiatan ketika sekumpulan informasi disusun, sehingga memberi kemungkinan akan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajian data kualitatif dapat berupa teks naratif berbentuk catatan lapangan, matriks, grafik, jaringan, dan bagan. Bentuk-bentuk ini menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah diraih, sehingga memudahkan untuk melihat apa yang sedang terjadi, apakah kesimpulan sudah tepat atau sebaliknya melakukan analisis kembali (Rijali, 2018).

d. Penarikan kesimpulan (*conclusion*)

Upaya penarikan kesimpulan dilakukan secara terus menerus selama berada di lapangan. Dari permulaan pengumpulan data, dicari arti benda-benda, keteraturan pola-pola (dalam catatan teori), penjelasan-penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat, dan proposisi. Kesimpulan-kesimpulan ini ditangani secara longgar, tetap terbuka, dan skeptis, tetapi kesimpulan sudah disediakan. Mula-mula belum jelas, namun kemudian meningkat menjadi lebih rinci dan mengakar dengan kokoh. Kesimpulan-kesimpulan itu juga diverifikasi selama penelitian berlangsung, dengan cara: (1) memikir ulang selama penulisan, (2) tinjauan ulang catatan lapangan, (3) tinjauan kembali dan tukar pikiran antarteman

sejawat untuk mengembangkan kesepakatan intersubjektif, (4) upaya-upaya yang luas untuk menempatkan salinan suatu temuan dalam seperangkat data yang lain (Rijali, 2018).

### **3.8 Kredibilitas Data**

Dalam penelitian ini, digunakan uji keabsahan kredibilitas dengan metode triangulasi. Uji prasyarat dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi teknik, triangulasi sumber dan triangulasi waktu dengan penjelasan sebagai berikut :

#### **3.8.1 Triangulasi Teknik**

Triangulasi teknik digunakan untuk mengumpulkan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Penelitian ini menggunakan wawancara.

#### **3.8.2 Triangulasi Sumber**

Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui berbagai sumber. Sumber data dalam penelitian ini diperoleh dari 10 informan dari *caregiver* dan satu informan dari dokter yang menangani.

#### **3.8.3 Triangulasi Waktu**

Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara kepada informan pada waktu yang tepat agar menghasilkan data yang valid. Untuk itu, dalam rangka pengujian kredibilitas data, penelitian ini dilakukan wawancara dalam waktu yang berbeda