

PERCEPTIONS OF OLDER ADULTS REGARDING A BALANCED DIET FOR MAINTAINING PHYSICAL HEALTH

PERSEPSI LANSIA TERHADAP POLA MAKAN SEIMBANG DALAM MENJAGA KESEHATAN FISIK

Ramli^{1*}, Juraidin², Hairunnisah³

^{1,2,3}Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Bima
liramli352@gmail.com

ABSTRACT

Increasing life expectancy has accelerated population ageing and strengthened the need for healthy ageing strategies. A balanced diet helps maintain physical function, prevent malnutrition, and control noncommunicable diseases; however, its implementation is influenced by perceptions, physiological changes, social support, and economic capacity. This study explored older adults' perceptions of a balanced diet and the factors hindering its implementation in Kalajena Village. A descriptive qualitative design was used. Six older adults were purposively selected as primary participants, while a community health volunteer and a health-care worker served as supporting informants. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation and were analyzed through data reduction, coding, categorization, theme development, and interpretation. Credibility was supported through source and method triangulation, member checking, and documentation of the analytic process. Four themes emerged: a basic understanding of balanced eating; physiological barriers involving longstanding dietary habits, reduced chewing ability, and preference for stronger tastes; limited family support, particularly among older adults living alone; and economic constraints affecting access to diverse foods. Secondary health-center data indicated that among approximately 165 older adults who routinely attended health examinations, hypertension was the most frequently recorded condition. Field observations also identified frequent consumption of foods high in salt, sugar, and fat and low consumption of vegetables and fruit. The findings indicate that balanced dietary practices are shaped by interactions among perceptions, physiological conditions, social support, and economic access. Interventions should combine contextual nutrition education, family involvement, oral-health assessment, and practical support for access to affordable healthy foods.

Keywords: *balanced diet; healthy ageing; older adults; perception; physical health*

ABSTRAK

Peningkatan usia harapan hidup mempercepat pertumbuhan populasi lanjut usia dan meningkatkan kebutuhan akan strategi healthy ageing. Pola makan seimbang berperan dalam mempertahankan fungsi fisik, mencegah malnutrisi, dan mengendalikan penyakit tidak menular, tetapi penerapannya dipengaruhi oleh persepsi, perubahan fisiologis, dukungan sosial, dan kemampuan ekonomi. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi lansia terhadap pola makan seimbang serta faktor yang menghambat penerapannya di Desa Kalajena. Penelitian menggunakan desain kualitatif deskriptif. Enam lansia dipilih secara purposive sebagai partisipan inti dan dua informan pendukung berasal dari kader posyandu serta tenaga kesehatan. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis melalui reduksi data, pengodean, kategorisasi, pengembangan tema, dan interpretasi. Kredibilitas data dijaga melalui triangulasi sumber dan teknik, member checking, serta pencatatan proses analisis. Hasil penelitian menghasilkan empat tema: pemahaman pola makan seimbang yang masih mendasar; hambatan fisiologis berupa kebiasaan makan lama, penurunan fungsi mengunyah, dan preferensi terhadap rasa kuat; keterbatasan dukungan keluarga, terutama pada lansia yang tinggal sendiri; serta kendala ekonomi dalam memperoleh pangan beragam. Data sekunder Puskesmas menunjukkan bahwa dari sekitar 165 lansia yang aktif memeriksakan kesehatan, hipertensi merupakan kondisi yang paling banyak tercatat. Temuan lapangan juga memperlihatkan konsumsi makanan tinggi garam, gula, dan lemak serta rendahnya konsumsi sayur dan buah. Disimpulkan bahwa penerapan pola makan seimbang dibentuk oleh interaksi persepsi, kondisi fisiologis, dukungan sosial, dan akses ekonomi. Intervensi perlu menggabungkan edukasi kontekstual, pelibatan keluarga, penilaian kesehatan oral, dan dukungan akses pangan sehat.

Kata kunci: *healthy ageing; kesehatan fisik; lansia; pola makan seimbang; persepsi*

Submitted: 10-05-2026

Revision: 22-07-2026

Accepted: 31-07-2026



Medical Scientific Journal (MESINA) by <https://jurnal.um-palembang.ac.id/MSJ> is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

Copyright (c) 2026 : Ramli, dkk

Pendahuluan

Penuaan penduduk merupakan perubahan demografis global yang berlangsung cepat. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2030 satu dari enam penduduk dunia akan berusia 60 tahun atau lebih dan pada tahun 2050 jumlah penduduk berusia 60 tahun ke atas dapat mencapai sekitar 2,1 miliar jiwa [1]. Indonesia juga mengalami peningkatan proporsi penduduk lanjut usia (lansia), sehingga sistem kesehatan dan sosial perlu beradaptasi terhadap kebutuhan populasi yang semakin menua [2]. Dalam kerangka *healthy ageing*, kesehatan pada usia lanjut tidak hanya berarti tidak adanya penyakit, tetapi terutama kemampuan mempertahankan kapasitas fungsional yang memungkinkan seseorang tetap mandiri, berpartisipasi secara sosial, dan menjalani kehidupan yang bermakna [1,3].

Proses penuaan disertai perubahan fisiologis yang dapat memengaruhi status gizi, antara lain penurunan massa dan kekuatan otot, perubahan komposisi tubuh, penurunan kebutuhan energi, gangguan fungsi saluran cerna, penurunan kemampuan mengunyah dan menelan, serta berkurangnya sensitivitas rasa dan penciuman [4-7]. Perubahan tersebut dapat menurunkan nafsu makan, membatasi keragaman pangan, dan meningkatkan risiko *malnutrisi*, *sarcopenia*, serta *frailty*. *Sarcopenia* dan *frailty* berhubungan dengan penurunan mobilitas, peningkatan risiko jatuh, ketergantungan, rawat inap, dan mortalitas [5,8]. Karena itu, pemenuhan zat gizi yang adekuat dan berkualitas merupakan komponen penting untuk mempertahankan fungsi fisik dan kualitas hidup lansia [9-11].

Pola makan seimbang pada lansia perlu menekankan konsumsi pangan beragam, kecukupan protein, sayur dan buah, karbohidrat kompleks, serta lemak tidak jenuh, disertai pembatasan natrium, gula tambahan, lemak jenuh, dan pangan ultra-proses [4,12]. Pedoman Gizi Seimbang Indonesia menekankan variasi pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih, dan pemantauan berat badan sebagai prinsip pemeliharaan kesehatan [13]. Bukti menunjukkan bahwa pola makan berkualitas tinggi berkaitan dengan fungsi fisik, kualitas hidup, dan peluang menua sehat yang lebih baik, sedangkan pola makan rendah mutu berhubungan dengan penyakit kardimetabolik dan penurunan kapasitas fungsional [9-11,14].

Pengetahuan mengenai makanan sehat belum selalu diterjemahkan menjadi perilaku makan yang konsisten. Pilihan pangan lansia dibentuk oleh interaksi antara kondisi fisiologis, kebiasaan makan sepanjang hidup, preferensi sensorik, pengetahuan gizi, penyakit penyerta, ketersediaan pangan, kemampuan ekonomi, serta dukungan keluarga dan lingkungan [6,15,16]. Penurunan fungsi pengecap dan penciuman dapat mendorong pilihan makanan dengan rasa lebih kuat, termasuk makanan tinggi garam atau gula. Kehilangan gigi dan gangguan mengunyah juga dapat menyebabkan penghindaran buah, sayur, dan sumber protein bertekstur keras [6,7,17-19].

Faktor sosial memiliki peran penting dalam perilaku makan. Lansia yang hidup sendiri atau mengalami isolasi sosial lebih berisiko memiliki pola makan monoton, kehilangan motivasi untuk memasak, mengalami kerawanan pangan, dan mengalami malnutrisi [20,21]. Sebaliknya, dukungan keluarga dapat membantu pembelian bahan pangan, penyiapan makanan, penyesuaian tekstur, pengingat diet, dan kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan [22]. Namun, tinggal bersama keluarga tidak selalu menjamin dukungan yang memadai karena kualitas interaksi dan pembagian peran dalam rumah tangga turut menentukan praktik makan sehari-hari.

Keterbatasan ekonomi dan kerawanan pangan dapat memperlebar kesenjangan antara pengetahuan dan praktik. Tinjauan ilmiah menunjukkan bahwa kerawanan pangan pada lansia berkaitan dengan rendahnya kualitas diet, berkurangnya asupan zat gizi, dan status kesehatan yang lebih buruk [23,24]. Dalam kondisi sumber daya terbatas, rumah tangga cenderung memprioritaskan pangan murah dan mengenyangkan, sedangkan buah, sayur, serta protein

berkualitas sering diperlakukan sebagai kebutuhan sekunder. Oleh karena itu, edukasi gizi perlu disertai strategi yang realistis seperti pemanfaatan pangan lokal, penyesuaian menu dengan kemampuan mengunyah, dukungan keluarga, dan penguatan akses pangan sehat.

Data sekunder yang dihimpun dari Laporan Puskesmas Pai tentang pelayanan kesehatan lansia di Desa Kalajena mencatat sekitar 165 lansia yang aktif menjalani pemeriksaan kesehatan rutin. Dari jumlah tersebut, 58 orang tercatat mengalami hipertensi, 27 orang diabetes melitus, 21 orang asam urat, 18 orang kolesterol tinggi, dan 12 orang mengalami gangguan kesehatan lain yang berkaitan dengan pola hidup dan pola makan [25]. Data pelayanan tersebut menunjukkan bahwa hipertensi merupakan kondisi yang paling banyak tercatat pada lansia yang memanfaatkan layanan kesehatan di wilayah tersebut. Angka ini merupakan data layanan Puskesmas dan tidak dimaksudkan sebagai estimasi prevalensi penduduk. Pengamatan awal peneliti juga memperlihatkan bahwa sebagian lansia masih mengonsumsi makanan tinggi garam, gula, dan lemak, disertai rendahnya konsumsi sayur dan buah akibat kebiasaan makan yang telah terbentuk sejak lama.

Berdasarkan konteks tersebut, penelitian ini bertujuan mengeksplorasi persepsi lansia terhadap pola makan seimbang dalam menjaga kesehatan fisik serta mengidentifikasi faktor fisiologis, sosial, dan ekonomi yang menghambat penerapannya dalam kehidupan sehari-hari di Desa Kalajena.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif untuk memahami pengalaman, pemaknaan, dan praktik lansia terkait pola makan seimbang dalam konteks kehidupan sehari-hari. Pendekatan ini dipilih karena fokus penelitian adalah memperoleh pemahaman mendalam mengenai persepsi dan faktor penghambat, bukan mengukur hubungan sebab-akibat atau menghasilkan generalisasi statistik [26,27].

Penelitian dilaksanakan di Desa Kalajena pada Mei-Juli 2026. Partisipan inti adalah lansia berusia 60 tahun atau lebih yang berdomisili tetap di Desa Kalajena, mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia mengikuti wawancara. Partisipan dengan gangguan kognitif berat atau kondisi akut yang menghambat komunikasi tidak diikutsertakan. Enam lansia dipilih melalui purposive sampling berdasarkan variasi usia, jenis kelamin, kondisi tempat tinggal, dan riwayat penyakit. Dua informan pendukung, yaitu kader posyandu lansia dan tenaga kesehatan Puskesmas Pai, dilibatkan untuk memperkaya dan mengonfirmasi informasi.

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi kondisi makan dan lingkungan rumah, serta dokumentasi catatan lapangan. Data sekunder diperoleh dari Laporan Puskesmas Pai mengenai pelayanan kesehatan lansia di Desa Kalajena. Wawancara direkam dengan persetujuan partisipan, kemudian ditranskripsikan. Pengumpulan data dihentikan setelah informasi yang diperoleh menunjukkan pengulangan pola dan tidak menghasilkan tema substantif baru.

Analisis dilakukan secara bertahap melalui pembacaan berulang transkrip, pengodean awal, pengelompokan kode, pembentukan kategori, pengembangan tema, dan interpretasi. Kredibilitas dijaga melalui triangulasi sumber dan teknik, member checking terhadap ringkasan hasil wawancara, diskusi analisis, serta audit trail. Identitas partisipan disamarkan menggunakan kode. Penelitian dilakukan setelah memperoleh persetujuan etik dan persetujuan tertulis dari partisipan.

Hasil Penelitian

Karakteristik partisipan

Penelitian melibatkan enam lansia sebagai partisipan inti dan dua informan pendukung. Usia partisipan inti berkisar 63-77 tahun. Latar pendidikan bervariasi dari tidak bersekolah hingga tamat sekolah menengah pertama. Status tempat tinggal terdiri atas tinggal bersama anak, pasangan, atau sendiri. Sebagian besar partisipan melaporkan penyakit tidak menular atau gangguan metabolik.

Tabel 1. Karakteristik partisipan inti

Kode	Nama samaran	Usia	Jenis kelamin	Pendidikan	Tinggal bersama	Riwayat penyakit
P1	Ibu Aminah	63	Perempuan	SD	Anak	Hipertensi
P2	Bapak Hasan	67	Laki-laki	SMP	Istri	Diabetes melitus
P3	Ibu Salma	71	Perempuan	Tidak sekolah	Sendiri	Hipertensi
P4	Bapak Yusuf	74	Laki-laki	SD	Anak	Kolesterol tinggi
P5	Ibu Nur	69	Perempuan	SMP	Suami	Asam urat
P6	Bapak Rahman	77	Laki-laki	SD	Anak	Hipertensi

Tabel 2. Informan pendukung

Kode	Nama samaran	Peran
K1	Ibu Siti	Kader Posyandu Lansia
K2	Ibu Rina	Tenaga kesehatan Puskesmas Pai

Tema 1. Pemahaman mengenai pola makan seimbang masih mendasar

Sebagian besar partisipan memahami makanan sehat sebagai kombinasi nasi, lauk, sayur, dan buah, tetapi belum mampu menjelaskan proporsi, frekuensi, atau penyesuaian kebutuhan gizi pada usia lanjut. Ibu Aminah menyatakan, “Kalau menurut saya makanan sehat itu yang penting ada nasi sama lauk. Sayur kadang ada, kadang tidak. Buah juga kalau ada uang baru beli.” Ia juga mengaku pernah mendengar anjuran konsumsi sayur dan buah di posyandu, tetapi belum memahami jumlah yang dianjurkan.

Partisipan dengan penyakit tertentu menunjukkan pemahaman yang lebih spesifik. Bapak Hasan berusaha membatasi gula karena diabetes, sedangkan Ibu Nur memahami perlunya sayur, buah, lauk, dan nasi dalam satu pola makan. Namun, pemahaman tersebut belum selalu dapat diterapkan karena keterbatasan biaya dan ketersediaan pangan. Kader posyandu mengonfirmasi bahwa banyak lansia sudah mengetahui jenis makanan sehat, tetapi penerapannya belum konsisten.

Tema 2. Perubahan fisiologis dan kebiasaan lama membatasi perubahan pola makan

Kebiasaan makan yang telah berlangsung lama muncul sebagai hambatan utama. Bapak Rahman tetap mengonsumsi ikan asin meskipun mengetahui risikonya terhadap hipertensi dan menyatakan, “Sudah tahu, tetapi susah mengubah kebiasaan.” Bapak Yusuf masih sering mengonsumsi gorengan dan makanan bersantan karena “sudah terbiasa dari dulu.” Beberapa partisipan juga melaporkan kesulitan mengunyah makanan tertentu sehingga lebih memilih makanan yang lunak dan mudah disiapkan.

Tabel 3. Ringkasan hasil observasi kondisi makan partisipan

Partisipan	Kondisi makan yang diamati
P1	Menu didominasi nasi, ikan asin, dan sedikit sayur
P2	Mengurangi gula dan rutin mengonsumsi sayur
P3	Waktu makan tidak teratur dan jarang mengonsumsi buah
P4	Masih sering mengonsumsi gorengan
P5	Mulai menerapkan menu lebih beragam
P6	Konsumsi pangan asin masih tinggi

Tema 3. Dukungan sosial memengaruhi pengelolaan makanan

Partisipan yang tinggal bersama pasangan atau memperoleh pendampingan aktif dari anak cenderung memiliki pola makan lebih terkontrol. Bapak Hasan menyatakan bahwa anak-anak sering mengingatkannya untuk makan sesuai anjuran dokter. Sebaliknya, Ibu Salma yang tinggal sendiri mengaku sering malas memasak dan memilih makanan seadanya. Kader posyandu juga menyebutkan bahwa kurangnya dukungan keluarga merupakan salah satu penyebab rendahnya penerapan pola makan sehat.

Namun, tinggal bersama keluarga tidak selalu menjamin pendampingan yang memadai. Bapak Yusuf tetap sering mengonsumsi gorengan meskipun tinggal bersama anak. Temuan ini menunjukkan bahwa kualitas keterlibatan keluarga lebih penting daripada sekadar status tinggal bersama.

Tema 4. Keterbatasan ekonomi mengurangi keragaman pangan

Keterbatasan biaya secara konsisten disebutkan sebagai penghambat pembelian buah dan bahan pangan beragam. Ibu Aminah menyatakan bahwa konsumsi buah bergantung pada ketersediaan uang, sedangkan Ibu Nur menilai harga buah sering terlalu mahal. Sebagian partisipan membeli bahan pangan dalam jumlah kecil setiap hari karena keterbatasan uang tunai, sehingga jenis makanan yang dibeli cenderung sama dan berulang. Pemanfaatan pekarangan sebagai sumber sayur belum optimal.

Pembahasan

Persepsi lansia terhadap pola makan seimbang

Temuan menunjukkan bahwa pemahaman partisipan masih berorientasi pada keberadaan nasi dan lauk serta pemenuhan rasa kenyang, bukan pada kecukupan dan proporsi zat gizi. Padahal, pola makan seimbang pada lansia perlu mencakup pangan beragam, protein yang cukup, sayur dan buah, serta pembatasan natrium, gula tambahan, dan lemak jenuh [4,12,13]. Kualitas diet berkaitan dengan fungsi fisik, kualitas hidup, dan keberhasilan proses menua [9-11].

Perbedaan pemahaman antarpartisipan menunjukkan bahwa pengalaman penyakit dapat menjadi pemicu perubahan persepsi. Partisipan dengan diabetes atau gangguan metabolik tampak lebih selektif setelah menerima anjuran tenaga kesehatan. Namun, perubahan setelah diagnosis sering bersifat reaktif dan berfokus pada larangan tertentu, bukan perbaikan pola makan secara menyeluruh. Pengetahuan gizi dapat meningkatkan kesiapan berubah, tetapi praktik makan tetap dipengaruhi kebiasaan, akses pangan, keterampilan menyiapkan makanan, dan dukungan sosial [15,16,22-24].

Kesenjangan antara pengetahuan dan penerapan menunjukkan bahwa edukasi satu arah belum memadai. Konseling perlu menggunakan contoh menu lokal, visualisasi porsi, penggantian bahan yang terjangkau, serta target perilaku kecil yang dapat dilakukan berulang. Pendekatan tersebut lebih realistis dibandingkan memberikan daftar larangan yang sulit dipertahankan [4,15].

Faktor fisiologis

Kebiasaan mengonsumsi ikan asin, gorengan, dan makanan bersantan meskipun risikonya telah diketahui menunjukkan bahwa perilaku makan tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan. Penurunan sensitivitas rasa dan penciuman pada usia lanjut dapat mengurangi kenikmatan makan dan mendorong pemilihan rasa yang lebih kuat [6,7]. Pada lansia dengan hipertensi, strategi substitusi berupa rempah, bumbu aromatik, dan teknik pengolahan tanpa tambahan natrium dapat membantu mempertahankan cita rasa.

Keterbatasan mengunyah dapat menjelaskan penghindaran buah, sayur, dan sumber protein bertekstur keras. Bukti menunjukkan bahwa kehilangan gigi dan buruknya kesehatan oral berkaitan dengan risiko malnutrisi [17-19]. Anjuran makanan sehat karena itu perlu disertai penyesuaian bentuk, misalnya sayur matang lunak, buah matang atau dipotong kecil, lauk cincang, dan sumber protein yang mudah dikunyah.

Pola makan tidak teratur juga dapat berkaitan dengan anoreksia penuaan, penyakit kronis, penggunaan obat, dan frailty [4,5,8]. Namun, penelitian ini tidak mengukur status gizi, massa otot, kesehatan oral, atau frailty menggunakan instrumen standar. Hubungan tersebut perlu dipahami sebagai interpretasi kualitatif dan tidak dapat dianggap sebagai hubungan sebab-akibat.

Faktor sosial dan dukungan keluarga

Partisipan yang memperoleh bantuan pasangan atau anak menunjukkan pengelolaan makanan yang relatif lebih baik. Dukungan keluarga dapat memfasilitasi pembelian bahan, persiapan menu, pengaturan jadwal makan, penyesuaian diet penyakit, dan kepatuhan terhadap anjuran kesehatan [22]. Sebaliknya, hidup sendiri dapat mengurangi motivasi memasak dan variasi makanan, terutama jika disertai keterbatasan mobilitas atau pendapatan.

Status tinggal bersama tidak identik dengan dukungan yang efektif. Temuan bahwa seorang partisipan tetap sering mengonsumsi gorengan meskipun tinggal bersama anak menunjukkan bahwa dukungan perlu dinilai berdasarkan kualitas keterlibatan. Keluarga perlu dilibatkan dalam edukasi mengenai kebutuhan gizi, modifikasi tekstur, pembatasan natrium dan gula, serta pemilihan pangan lokal.

Bagi lansia yang tinggal sendiri, kader posyandu dan tenaga kesehatan dapat berperan melalui kunjungan rumah, pemantauan risiko gizi, kelompok makan bersama, dan rujukan ke layanan sosial. Intervensi yang menggabungkan dukungan pangan dan pengurangan isolasi sosial berpotensi memperbaiki akses makanan dan kualitas hidup, walaupun bukti efektivitasnya masih bervariasi [20,21].

Faktor ekonomi dan akses pangan

Keterbatasan biaya yang membatasi pembelian buah dan variasi bahan pangan menunjukkan adanya hambatan struktural. Kerawanan pangan pada lansia berkaitan dengan kualitas diet lebih rendah, asupan zat gizi tidak memadai, dan status kesehatan yang lebih buruk [23,24]. Dalam rumah tangga berpendapatan terbatas, pangan sumber energi yang murah dan mengenyangkan cenderung diprioritaskan, sedangkan buah, sayur, dan protein berkualitas dikurangi.

Edukasi gizi perlu disusun berdasarkan keterjangkauan. Pilihan dapat mencakup sayur musiman, buah lokal, kacang-kacangan, telur, ikan kecil, dan pangan lokal lain yang padat gizi. Pemanfaatan pekarangan dapat menjadi alternatif, tetapi perlu mempertimbangkan kemampuan fisik lansia dan dukungan keluarga atau komunitas.

Integrasi temuan, data Puskesmas, dan implikasi

Data sekunder Puskesmas menunjukkan bahwa hipertensi merupakan kondisi yang paling banyak tercatat pada lansia yang aktif memanfaatkan layanan kesehatan di Desa Kalajena [25]. Temuan tersebut konsisten dengan laporan partisipan mengenai konsumsi ikan asin dan pangan tinggi garam. Namun, data layanan tidak dapat digunakan sebagai estimasi

prevalensi penduduk karena hanya mencakup lansia yang datang atau tercatat di Puskesmas. Penelitian kualitatif ini juga tidak dapat menyimpulkan bahwa hipertensi disebabkan langsung oleh pola makan partisipan.

Secara keseluruhan, persepsi, kondisi fisiologis, dukungan sosial, dan kemampuan ekonomi saling berinteraksi. Persepsi yang baik belum tentu menghasilkan praktik yang baik apabila lansia kesulitan mengunyah, hidup sendiri, tidak mampu membeli pangan beragam, atau tidak memperoleh bantuan menyiapkan makanan. Sebaliknya, dukungan keluarga dan pengalaman konseling dapat membantu menerjemahkan pengetahuan menjadi tindakan.

Implikasi praktisnya adalah perlunya intervensi berlapis: edukasi gizi sederhana dan kontekstual, pelibatan keluarga, penilaian kesehatan oral dan risiko malnutrisi, dukungan bagi lansia yang tinggal sendiri, serta peningkatan akses terhadap pangan lokal yang sehat. Evaluasi program perlu menilai perubahan menu, frekuensi konsumsi sayur dan buah, asupan protein, penggunaan garam, serta kemampuan mempertahankan aktivitas sehari-hari.

Interpretasi penelitian dibatasi oleh jumlah partisipan yang kecil, lokasi tunggal, penggunaan informan pendukung yang terbatas, dan kemungkinan bias sosial dalam wawancara. Istilah kategori seperti “persepsi cukup” tidak digunakan karena penelitian tidak memakai sistem skoring. Temuan disajikan sebagai tema dan variasi pengalaman sesuai prinsip pelaporan penelitian kualitatif [26,27].

Simpulan dan Saran

Persepsi lansia di Desa Kalajena mengenai pola makan seimbang masih berada pada tingkat pemahaman dasar dan belum konsisten diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Penerapan pola makan dipengaruhi oleh kebiasaan lama, perubahan fungsi mengunyah dan sensorik, keterbatasan dukungan keluarga, terutama pada lansia yang tinggal sendiri, serta keterbatasan ekonomi dalam memperoleh pangan beragam. Data sekunder Puskesmas menunjukkan bahwa hipertensi merupakan kondisi yang paling banyak tercatat pada lansia pengguna layanan kesehatan di wilayah tersebut. Temuan ini menegaskan bahwa perilaku makan lansia dibentuk oleh interaksi faktor individu, sosial, dan struktural.

Tenaga kesehatan dan kader posyandu disarankan menyelenggarakan edukasi berulang berbasis menu lokal dan keterjangkauan, melakukan skrining risiko malnutrisi serta kesehatan oral, dan melibatkan keluarga dalam perencanaan makanan. Pemerintah desa dapat mengembangkan dukungan pangan sehat, kebun komunitas, atau kunjungan rumah bagi lansia yang tinggal sendiri. Penelitian selanjutnya perlu melibatkan lokasi dan partisipan yang lebih beragam serta mengombinasikan pendekatan kualitatif dengan pengukuran status gizi, asupan makanan, tekanan darah, dan fungsi fisik.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Pemerintah Desa Kalajena, Puskesmas Pai, kader posyandu lansia, seluruh partisipan, serta pihak akademik yang telah mendukung pelaksanaan penelitian. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada semua pihak yang membantu proses pengumpulan dan analisis data.

Daftara Pustaka

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Badan Pusat Statistik. Statistik penduduk lanjut usia 2024. Jakarta: BPS; 2024.
3. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2020.

4. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022;41(4):958-989. doi:10.1016/j.clnu.2022.01.024.
5. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyere O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing.* 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169.
6. Methven L, Allen VJ, Withers CA, Gosney MA. Ageing and taste. *Proc Nutr Soc.* 2012;71(4):556-565. doi:10.1017/S0029665112000742.
7. Schiffman SS. Taste and smell losses in normal aging and disease. *JAMA.* 1997;278(16):1357-1362. doi:10.1001/jama.1997.03550160077042.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-M156. doi:10.1093/gerona/56.3.M146.
9. Milte CM, McNaughton SA. Dietary patterns and successful ageing: a systematic review. *Eur J Nutr.* 2016;55(2):423-450. doi:10.1007/s00394-015-1123-7.
10. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary patterns and quality of life in older adults: a systematic review. *Nutrients.* 2018;10(8):971. doi:10.3390/nu10080971.
11. Bloom I, Shand C, Cooper C, Robinson S, Baird J. Diet quality and sarcopenia in older adults: a systematic review. *Nutrients.* 2018;10(3):308. doi:10.3390/nu10030308.
12. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. *Adv Nutr.* 2017;8(1):17-26. doi:10.3945/an.116.013474.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
14. Ruxton CHS, Derbyshire E, Toribio-Mateas M. Role of fatty acids and micronutrients in healthy ageing: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hum Nutr Diet.* 2016;29(3):308-324. doi:10.1111/jhn.12335.
15. Govindaraju T, Owen AJ, McCaffrey TA. Past, present and future influences of diet among older adults: a scoping review. *Ageing Res Rev.* 2022;77:101600. doi:10.1016/j.arr.2022.101600.
16. Whitelock E, Ensaff H. On your own: older adults' food choice and dietary habits. *Nutrients.* 2018;10(4):413. doi:10.3390/nu10040413.
17. Toniazzo MP, Amorim PS, Muniz FWMG, Weidlich P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: systematic review with meta-analysis. *Clin Nutr.* 2018;37(3):824-830. doi:10.1016/j.clnu.2017.03.014.
18. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, et al. Tooth loss and nutritional status in older adults: a systematic review and meta-analysis. *JDR Clin Trans Res.* 2022;7(1):4-15. doi:10.1177/2380084420981016.
19. Kiesswetter E, Hengeveld LM, Keijser BJB, Volkert D, Visser M. Oral health determinants of incident malnutrition in community-dwelling older adults. *J Dent.* 2019;85:73-80. doi:10.1016/j.jdent.2019.05.017.
20. Sen K, Kruse CS, Mileski M, Ramamonjiravelo Z. Interventions to reduce social isolation and food insecurity in older adults: a systematic review. *Front Nutr.* 2025;12:1607057. doi:10.3389/fnut.2025.1607057.
21. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(2):286-294. doi:10.1111/ggi.12711.

22. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 2013;75(4):305-312. doi:10.1016/j.maturitas.2013.05.005.
23. Pooler JA, Hartline-Grafton H, DeBor M, Sudore RL, Seligman HK. Food insecurity: a key social determinant of health for older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(3):421-424. doi:10.1111/jgs.15736.
24. Fernandes SG, Rodrigues AM, Nunes C, Santos O, Gregorio MJ, de Sousa RD, et al. Food insecurity in older adults: results from the Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study 3. *Front Med*. 2018;5:203. doi:10.3389/fmed.2018.00203.
25. Puskesmas Pai. Laporan pelayanan kesehatan lansia Desa Kalajena tahun 2026. Bima: Puskesmas Pai; 2026. Dokumen internal.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
27. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.
28. Moore SA, Hrisos N, Errington L, Rochester L, Rodgers H, Witham M, et al. Exercise or social intervention for community-dwelling older adults: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2022;25(11):3070-3083. doi:10.1017/S136898002200115X.