

**GAMBARAN ASUPAN MAKAN PADA PASIEN HIV/AIDS
DI RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT
CIBUBUR JAKARTA TIMUR
TAHUN 2018**

ABSTRAK

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dan kualitatif untuk menggambarkan secara sistematis, akurat, dan karakteristik mengenai populasi atau mengenai bidang tertentu. Data yang dikumpulkan semata-mata bersifat deskriptif sehingga tidak bermaksud untuk mencari penjelasan, menguji hipotesis, membuat prediksi ataupun mencari implikasi. Pengambilan variabel dilakukan dengan cara cross sectional yaitu semua variabel diambil dalam waktu bersamaan. Hasil penelitian asupan makan pasien HIV/AIDS yang menjadi responden, hanya 10% yang termasuk kategori normal, 60% kategori kurang dan 30% kategori lebih. Seluruh responden berjenis kelamin pria dan berusia produktif yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%. Responden dengan pendidikan tinggi termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66.7%, responden yang tidak bekerja termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66.7%, seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%, responden yang berpengetahuan kurang baik termasuk dalam kategori kurang sebanyak 75.5%, responden yang berpola makan kurang baik termasuk kategori kurang sebanyak 85.7%, responden yang tidak ada dukungan termasuk dalam kategori kurang sebanyak 42,9%, seluruh responden mengalami keluhan lain termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%. Responden yang memiliki IMT normal ada 3 orang, gemuk tingkat ringan 2 orang, gemuk tingkat berat 1 orang, kurus tingkat berat 3 orang, dan kurus tingkat ringan 1 orang. Faktor resiko pasien HIV/AIDS sebanyak 8 orang yang berasal dari pemakaian jarum suntik secara bergantian. Tes CD 4 pasien HIV/AIDS sebanyak 9 orang yang telah lebih dari 1 kali menjalani tes. Menjalankan terapi ARV sebanyak 8 orang. Informasi yang didapat pasien dari VCT sebanyak 7 orang.

Kata kunci : Asupan Makan Pada Pasien HIV/AIDS

*Description Of Eating Intake In Hiv / Aids Patients In Drug Hospital Cibubur
Jakarta Timur 2018*

ABSTRACT

This research is descriptive quantitative and qualitative to describe systematically, accurately, and characteristics regarding the population or about a particular field. The data collected is merely descriptive so that it does not intend to seek explanations, test hypotheses, make predictions or look for implications. Variable retrieval is done by cross sectional method, ie all variables are taken at the same time. The results of the study of food intake of HIV / AIDS patients who were respondents, only 10% were included in the normal category, 60% in the less category and 30% in the more categories. All respondents of male and productive age who were included in the category of food intake were less than 60%. Respondents with higher education included in the category of lack of food intake as much as 66.7%, respondents who did not work included in the category of lack of food intake as much as 66.7%, all respondents with income below the minimum wage included in the category of less food intake as much as 60%, respondents who lacked knowledge included in the category of less as much as 75.5%, respondents with poor food patterns included in the less category as much as 85.7%, respondents who did not have support included in the less category as much as 42.9%, all respondents experienced other complaints including the category of lack of food intake as much as 60%. Respondents who have a normal BMI have 3 people, a mild level of fat 2 people, fat weight level 1 person, thin weight level 3 people, and a mild level of skinny 1 person. Risk factors for HIV / AIDS patients are as many as 8 people who come from the use of syringes alternately. CD test of 4 HIV / AIDS patients as many as 9 people who had more than 1 test. Running eight ARV therapies. Information obtained by patients from VCT was 7 people.

Keywords: Feeding For HIV / AIDS

PENDAHULUAN

Berdasarkan Data HIV-AIDS Dunia (Informasi Dasar HIV/ AIDS, 2007: Slide 2), pada Mei 2006 jumlah kasus ada 45 juta, kasus baru 7 juta, meninggal 19 juta. Kemudian terjadi lebih dari 50% berusia remaja. Setiap menitnya ada 5 remaja yang tertular yang berarti >6000/hari.

Sejak berdirinya Komite Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS pada tahun 1994, jumlah Orang Dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat. Keadaan ini membawa Negara kita kepada situasi untuk mengambil langkah konkrit dalam perawatan dan pengobatan penderita. Penanggulangan penyakit HIV/ AIDS juga termasuk dalam salah satu diantara 8 tujuan MDGs atau Millenium Development Goals atau Tujuan Pembangunan Milenium. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 4)

Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali yang terjadi pada seorang laki-laki asing yang kemudian meninggal pada April 1987. Orang Indonesia pertama yang meninggal karena AIDS dilaporkan di Bali pada Juni 1988. Sejak itu masalah HIV di Indonesia mulai menjadi perhatian terutama oleh kalangan tenaga kesehatan. (Strategi Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS, 2003- 2007: 1)

Rate kumulatif kasus AIDS sampai dengan September 2006 adalah 8,15 per 100.000 penduduk berdasarkan data BPS 2006 yang menyatakan jumlah penduduk Indonesia 227.132.350 jiwa. Penderita tertinggi terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun (49,57 persen), disusul kelompok umur 30-39 tahun (29,84 persen) dan kelompok umur 40-49 tahun (8,71 persen). Proporsi kasus AIDS yang dilaporkan telah meninggal adalah 20,1 persen. (<http://toorestpoenya.blogspot.com>)

Menurut UNAIDS, Indonesia termasuk negara dengan peningkatan infeksi baru HIV tercepat di Asia. Pada

akhir September 2009, dilaporkan sejumlah 18.442 kasus, meningkat dibanding tahun 2008 yaitu 16.110 dan tahun 2007 yaitu 11.141. Dari kasus yang dilaporkan, 88% merupakan penduduk usia produktif yaitu 20-49 tahun. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 3)

Dr. Ronald Jonathan, MSc, dari National Trainer Care, Support, and Treatment IMAI HIV/AIDS, pada seminar "Global Diseases 2nd Continuing Professional Development", menyatakan,

"Jumlah penderita HIV/ AIDS digambarkan sebagai fenomena gunung es, yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil daripada jumlah penderita yang sebenarnya. HIV/AIDS di seluruh kabupaten/kota di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan mencapai 130 ribu orang. Angka itu berdasarkan perkiraan pengaduan penderita HIV/AIDS ke sejumlah rumah sakit yang berjumlah tak lebih dari sepersepuluh seluruh korban terinfeksi." Prinsip fenomena gunung es yang berlaku mengatakan, jumlah penderita HIV/AIDS yang tampak hanyalah 5-10 persen dari jumlah keseluruhan. Jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh Indonesia yang terdata Departemen Kesehatan sejak 1980-an hingga September 2009 mencapai 18.442 penderita." (<http://www.satudunia.net>)

Menurut Dirjen Pengendalian Penyakit dan Pengendalian Lingkungan Depkes, Prof dr. Tjandra Yoga Aditama SpP (K) DTM & H. DTCE MARS, jumlah penderita penyakit menular AIDS di Indonesia terus bertambah. Jumlah penderita HIV/AIDS di seluruh Indonesia yang terdata Departemen Kesehatan sejak 1980-an hingga September 2009 sama dengan yang dilaporkan UNAIDS mencapai 18.442 penderita orang dengan ratio kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. (<http://toorestpoenya.blogspot.com>)

Kebanyakan ODHA menunjukkan penurunan berat badan sebelum meninggal. Hal ini tidak dapat dihindari sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. Agar berat badan tidak menurun secara drastis dan masih dapat beraktivitas seperti sediakala, asupan gizi harus diperhatikan dengan baik.

Yang diserang HIV/AIDS yaitu sel kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh kehilangan daya tahan dan mudah terserang berbagai penyakit. Seseorang yang telah terinfeksi HIV belum tentu terlihat sakit. Secara fisik, dia akan sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. Infeksi human immunodeficiency virus hingga kini masih menjadi momok karena bisa berujung kematian.

Umumnya, ODHA mengkonsumsi zat gizi di bawah optimal. Biasanya mereka hanya mengonsumsi 70% kalori dan 65% dari total yang diperlukan tubuh. Konsumsi zat gizi yang demikian tidak memenuhi kecukupan kalori yang meningkat karena peningkatan proses metabolisme sehubungan dengan infeksi akut. Jika seorang ODHA mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik. Oleh karena itu penanganan gizi pada ODHA merupakan sesuatu yang sangat penting. Meningkatkan daya tahan tubuh ODHA adalah dengan makanan yang baik. Tujuannya untuk menghambat virus HIV dan menambah respon ARV karena beberapa obat ARV mempengaruhi asupan makanan. (<http://www.aids-ina.org>)

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur menjadi lokasi penelitian yang dipilih penulis dikarenakan dengan pertimbangan adanya ODHA di Rumah Sakit tersebut. Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Cibubur menaruh perhatian besar pada kasus HIV/AIDS. Dalam *Republika*, 27 Mei 2007, Wakil Direktur RSKO dr. Sugiyanto Hadibrata menyatakan sekitar 10-20 persen pasiennya terkena HIV/AIDS dan rata-rata pasien mengalami gangguan asupan makan. (<http://www.aids-ina.org>)

HIV adalah kependekan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sel kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh kehilangan daya tahan dan mudah terserang penyakit. Seseorang yang telah terinfeksi HIV belum tentu terlihat sakit. Secara fisik dia akan sama dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. (<http://spiritia.or.id>)

Sedangkan AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang artinya kumpulan berbagai penyakit yang menyerang tubuh karena melemahnya daya tahan tubuh akibat terserang virus HIV. Seseorang baru disebut AIDS apabila sudah menampakkan berbagai gejala penyakit yang menyerang tubuh karena hilangnya daya tahan tubuh. (<http://spiritia.or.id>)

A. Kebutuhan Gizi Penderita HIV/AIDS

Ketika dinyatakan terinfeksi virus HIV/AIDS, kebanyakan orang akan cemas akan kelangsungan hidupnya. Memang tidak mudah menerima kenyataan bahwa ada virus HIV/AIDS di dalam tubuhnya. Kebanyakan ODHA menunjukkan berat badannya menurun sebelum meninggal. Menurunnya berat badan, tidak dapat dihindarkan sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. (<http://www.eurekaindonesia.org>)

Yang harus diperhatikan agar ODHA mengurangi kontaminasi dari bahan makanan dan minuman yang berisiko keracunan atau tertular infeksi, seperti tidak makan makanan kaleng kadaluarsa, hindari daging, ikan dan telur mentah, daging ayam termasuk unggas setengah matang. Hindari konsumsi sayur mentah/lalapan, sedapat mungkin hindari jajan. Penyebab malnutrisi pada penderita HIV/AIDS, karena asupan makanan atau zat gizi yang rendah, rendahnya daya cerna makanan (malabsorpsi) dan perubahan metabolisme. (<http://www.eurekaindonesia.org>)

Gizi yang adekuat pada ODHA dapat memberikan efek yang positif terhadap ODHA berupa:

1. Mencegah malnutrisi dan muscle wasting
2. Mempertahankan berat badan dan tenaga yang optimal
3. Meningkatkan imunitas tubuh dan menangkal penyakit oportunistik
4. Menghambat berkembangnya virus HIV dalam tubuh ODHA
5. Memperbaiki efektivitas pengobatan ARV
6. Memperbaiki kualitas hidup ODHA (<http://www.eurekaindonesia.org>)

B. Asuhan gizi pada Odha

Asuhan gizi merupakan komponen penting dalam perawatan individu yang terinfeksi HIV/AIDS. Mereka akan mengalami penurunan berat badan dan hal ini berkaitan erat dengan kurang gizi. Penyebab kurang gizi bersifat multifaktoral antara lain karena hilangnya nafsu makan, gangguan penyerapan sari makanan pada alat pencernaan, hilangnya cairan tubuh akibat muntah dan diare, dan gangguan metabolisme. Akibat gangguan tersebut kesehatan umum mereka cepat menurun. Sekitar 97% Odha menunjukkan kehilangan berat badan sebelum meninggal. Kehilangan berat badan tidak dapat dihindarkan sebagai konsekuensi dari infeksi HIV/AIDS. Jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik maka daya tahan tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat memasuki tahap AIDS. (<http://spiritia.or.id>)

C. Tujuan asuhan gizi

Dalam buku Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha (2003: 108), tujuan asuhan gizi bagi Odha secara umum adalah mempertahankan kesehatan dan status gizi serta meningkatkan kekebalan tubuh

sehingga kualitas hidup akan lebih baik.

Menurut Dr. Sunita Almatsier (Penuntun Diet, 2004: 204), tujuan umum asuhan gizi:

1. Memberikan intervensi gizi secara cepat dengan mempertimbangkan seluruh aspek dukungan gizi pada semua tahap dini penyakit HIV.
 2. Mencapai dan mempertahankan berat badan serta komposisi tubuh yang diharapkan, terutama jaringan otot (*Lean Body Mass*).
 3. Memenuhi kebutuhan energi dan semua zat gizi.
 4. Mendorong perilaku sehat dalam menerapkan diet, olahraga dan relaksasi.
- Menurut Dr. Sunita Almatsier (Penuntun Diet, 2004: 204), tujuan khusus asuhan gizi:
1. Mengatasi gejala diare, intoleransi laktosa, mual dan muntah
 2. Meningkatkan kemampuan untuk memusatkan perhatian, yang terlihat pada: pasien dapat membedakan antara gejala anoreksia, perasaan kenyang, perubahan indera pengecap dan kesulitan menelan.
 3. Mencapai dan mempertahankan berat badan normal.
 4. Mencegah penurunan berat badan yang berlebihan (terutama jaringan otot).
 5. Memberikan kebebasan pasien untuk memilih makanan yang adekuat sesuai dengan kemampuan makan dan jenis terapi yang diberikan.

D. Asuhan gizi pada bayi dari ibu dengan HIV/AIDS

Dalam buku Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha (2003: 116), ibu dengan HIV/AIDS dianjurkan untuk tidak menyusui bayinya, untuk mencegah penularan HIV/AIDS kepada bayinya melalui ASI. Oleh karena itu bayi

diberikan Pengganti Air Susu Ibu sesuai dengan anjuran dokter.

Namun dalam keadaan tertentu di mana pemberian PASI tidak memungkinkan dan bayi akan jatuh ke dalam keadaan kurang gizi, ASI masih dapat diberikan dengan cara diperas dan dihangatkan terlebih dahulu pada suhu di atas 66°C untuk membunuh virus HIV/AIDS.

Semakin lama pemberian ASI, akan semakin besar kumulatif resiko penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi. Dengan demikian, memperpendek masa pemberian ASI dapat mengurangi resiko bayi terinfeksi. (Maryunani dan Ummu Aeman, 2009: 156)

Rekomendasi terkait menyusui untuk ibu dengan HIV/AIDS adalah sebagai berikut:

1. Menyusui bayinya secara eksklusif selama 4-6 bulan untuk semua ibu yang tidak terinfeksi atau ibu yang

tidak diketahui status HIV/AIDS - nya.

2. Ibu dengan HIV-positif dianjurkan untuk tidak memberikan ASI dan sebaiknya memberikan susu formula (PASI) atau susu sapi atau kambing yang diencerkan.
3. Bila PASI tidak memungkinkan disarankan pemberian ASI eksklusif selama 4-6 bulan kemudian segera dihentikan untuk diganti dengan PASI.

Pemberian makanan pada bayi harus memenuhi kalori bayi per hari, sebagai berikut:

1. Bayi usia 0 – 3 bulan memerlukan 120 kal/ kg bb
2. Bayi usia 4 – 9 bulan memerlukan 110 kal/ kg bb
3. Bayi usia 10 – 12 bulan memerlukan 100 kal/ kg bb

(Maryunani dan Ummu Aeman, 2009: 157)

Tabel 1 Bahan Makanan Yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Bahan Makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan
Sumber karbohidrat	Semua bahan makanan yang menimbulkan gas	Bahan makanan yang menimbulkan gas spt ubi jalar
Sumber protein hewani	Susu, telur, daging, dan ayam tidak berlemak, ikan	Daging dan ayam berlemak, kulit ayam
Sumber protein nabati	Tempe, tahu dan kacang hijau	Kacang merah
Sumber lemak	Minyak, margarin, santan, dan kelapa dalam jumlah terbatas	Semua makanan yang mengandung lemak tinggi (digoreng, bersantan kental)
Sayuran	Sayuran yang tidak menimbulkan gas seperti labu kuning, wortel, bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, dan tomat.	Sayuran yang menimbulkan gas seperti kol, sawi dan ketimun.
Buah – buahan	Pepaya, pisang, jeruk, apel, dsb.	Buah – buahan yang menimbulkan gas seperti nangka dan durian
Bumbu	Bumbu yang tidak merangsang, seperti bawang merah, bawang putih, daun salam, ketumbar, laos, kecap.	Bumbu yang merangsang seperti cabe, lada, asam, cuka, dan jahe.
Minuman	Sirup, teh, kopi	Minuman bersoda dan beralkohol.

E. Faktor - faktor yang berhubungan dengan asupan makan ODHA

Asupan makan adalah suatu batasan nilai yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan dan dikonsumsi untuk hidup sehat setiap hari bagi hampir semua penduduk menurut kelompok umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiologis, seperti kehamilan dan menyusui, atau mengalami suatu penyakit tertentu. (Amsirman, 2001)

Penilaian konsumsi makan bertujuan untuk mengetahui konsumsi makan seseorang atau sekelompok orang baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian kualitatif biasanya menggunakan frekwensi menurut jenis bahan makanan yang dikonsumsi serta mengetahui kebiasaan makan seseorang serta cara mendapatkannya. (Amsirman, 2001)

Penelitian yang dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi, selanjutnya dihitung zat gizi dari makanan yang dikonsumsi tersebut dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) atau nutri survey, dan hasilnya dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau Kebutuhan Total seseorang. Salah satu cara untuk mengumpulkan data konsumsi makanan secara kuantitatif adalah dengan food recall (24 hours). Metode dilakukan dengan wawancara dan ditanyakan konsumsi makanan 2-8 hari yang lalu sehingga diketahui jenis dan jumlahnya makanan yang dikonsumsi. (Amsirman, 2001).

Untuk mengetahui bagaimana kecukupan gizi pasien HIV/AIDS dapat dihasilkan dengan menghitung Kebutuhan Total pasien HIV/AIDS dibandingkan

dengan asupan makan pasien HIV/AIDS sehari – hari dengan metode food recall. Bagi seseorang yang sedang sakit, kalori ditentukan berdasarkan rumus tertentu per individu dengan mempertimbangkan jenis kelamin, umur, kebutuhan dasar, aktivitas, dan faktor infeksi. (<http://spiritia.or.id>)

Asupan makan adalah Asupan Zat Gizi Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat yang dikonsumsi dan dapat diketahui dengan metode food recall selama 3 hari berturut-turut. (Handayani, 2009:17). Kriteria asupan makan menurut Suharjo, 1992 (dalam Handayani, 2009:18) adalah sebagai berikut:

1. Asupan zat gizi kurang apabila mencapai <90% dari total kebutuhan.
2. Asupan zat gizi normal apabila 90-110% dari total kebutuhan.
3. Asupan zat gizi lebih apabila mencapai >110% dari total kebutuhan.

Berikut ini beberapa faktor-faktor yang berhubungan dengan asupan makan, yaitu:

1. Jenis Kelamin

Dalam Informasi Dasar HIV/AIDS, 2007: Slide 19 disebutkan pada Desember 2006 penderita HIV/AIDS yaitu sejumlah 1.138 orang penderita adalah pria dan 234 orang wanita. Hal ini disebabkan karena pria lebih rentan terhadap penularan virus HIV jika dilihat dari pergaulan, pekerjaan, maupun kesadaran terhadap perilaku seksual yang disinyalir pria lebih banyak yang melakukan seks bebas, penyalahgunaan napza, maupun faktor resiko penyakit lainnya. (<http://www.aids-ina.org>).

Pada asupan makan, sebenarnya pria tidak terlalu sulit dibandingkan dengan para wanita yang lebih sering memikirkan untuk menjaga

kestabilan berat badan. Dalam kasus ini, Odha justru sebaliknya. Pria lebih sulit untuk mengonsumsi makan yang dianjurkan dibanding wanita, bukan karena menjaga berat badan. Namun lebih pada sikap pria yang sering menjadikan keluhan yang menyerang sebagai alasan bahwa mereka tidak mampu baik mengonsumsi, menelan, mencerna, maupun mencium aroma makanan yang seharusnya dikonsumsi. (www.aids-ina.org)

2. Usia

Dari kasus yang dilaporkan, 88% merupakan penduduk usia produktif yaitu 20- 49 tahun. Karena pada usia ini, biasanya seseorang akan memiliki rasa ingin tahu yang lebih besar untuk mencoba-coba sesuatu dan masih mudah terbawa arus pergaulan sekitar. (Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI, 2009: 3).

Semakin tua umur manusia maka kebutuhan energi dan zat-zat gizi semakin sedikit. Pada usia dewasa, zat gizi diperlukan untuk penggantian jaringan tubuh yang rusak, meliputi perombakan dan pembentukan sel. Pada masa ini aktivitas fisik mulai meningkat, yaitu untuk melakukan pekerjaan atau bekerja. (Ratna, 2009: 16)

Bekerja memerlukan pengeluaran energi cukup besar sehingga harus diimbangi dengan masukan energi makanan. Sementara pada usia tua (manula) kebutuhan energi dan zat-zat gizi hanya digunakan untuk pemeliharaan. Setelah usia 20 tahun, proses metabolisme berangsur-angsur turun secara teratur. Pada usia 65 tahun, kebutuhan energi berkurang 20% dari kebutuhan pada usia 25 tahun. (Ratna, 2009: 16)

3. Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya baik mengenai hal umum maupun mengenai kebutuhan diri sendiri

seperti asupan nutrisi yang memadai. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya. Pendidikan suatu jenjang belajar formal terakhir yang ditempuh oleh seseorang, seperti pendidikan tinggi misalnya tamat SMA dan Perguruan tinggi sedangkan pendidikan rendah mulai dari tidak tamat SD, tamat SD, dan tamat SMP.

(www.sinarharapan.co.id)

Banyak kasus kesehatan di Indonesia sekarang bisa dikategorikan sebagai bom waktu.

Salah satunya mengenai masalah pendidikan kesehatan yang kurang diseriisi. Salah satu dari tiga pilar derajat kesehatan adalah perilaku sehat. (www.sinarharapan.co.id)

Timbulnya perilaku sehat, didasari pada pemahaman kesehatan yang berasal dari pendidikan. Jadi, tak mengherankan kalau banyak kasus kesehatan yang mencuat sekarang, bisa jadi disebabkan masih rendahnya pendidikan perilaku kesehatan yang diberikan pada masyarakat.

(www.sinarharapan.co.id)

Sebuah komunitas bisa dikatakan sehat, apabila telah memenuhi tiga pilar derajat kesehatan. Ketiga pilar tersebut merupakan perilaku sehat, lingkungan sehat, serta pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.

Perilaku sehat merupakan pilar paling utama. Karena komponen tersebut ternyata sangat berpengaruh pada kedua pilar lainnya. Seperti seseorang dengan perilaku sehat, tentu akan menjaga lingkungannya tetap sehat juga. Dan juga dengan perilaku sehat, seseorang akan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk memelihara kesehatannya.

Namun, pada kenyataannya, di Indonesia hal tersebut seperti

bertolak belakang. Peran ilmu pendidikan kesehatan sepertinya tidak terlalu diperhatikan. Akibatnya banyak kasus kesehatan merebak akhir-akhir ini. Yang kalau ditelusuri, sebenarnya berawal dari kurangnya pemahaman masyarakat mengenai kesehatan di sekitarnya. Yang didasarkan pada transfer pendidikan mengenai hal ini yang dianggap kurang. (www.sinarharapan.co.id)

4. Pekerjaan

Pengalaman empirik di banyak negara yang terlanda HIV/AIDS secara luas memperlihatkan dampak sosial-ekonomi yang memprihatinkan. Kerugian ekonomi timbul akibat beban ekonomi langsung yang harus ditanggung oleh keluarga dan masyarakat untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan HIV/AIDS yang amat mahal. Sedangkan kerugian ekonomi tersebut tidak langsung timbul akibat menurunnya produktifitas kerja dan meningkatnya angka kematian usia produktif akibat AIDS. (Strategi Nasional Penanggulangan HIV/ AIDS, 2003-2007)

Tetapi meskipun demikian, pada dasarnya mereka potensial untuk dilatih untuk bisa bekerja. Kendalanya ialah, mereka tidak memiliki ketrampilan khusus, kurang mempunyai relasi, dan tidak memiliki jiwa wiraswasta. Kondisi ekonomi yang cukup rendah sehingga tidak memiliki modal untuk memulai usaha dan belum memiliki semangat untuk kemandirian sehingga ada beberapa Odha yang masih meminta uang dari orang tua. Jika Odha memiliki pekerjaan, maka Odha kurang lebihnya akan berusaha memenuhi kebutuhan asupan makannya sehari-hari.

(<http://www.satudunia.net>)

ODHA dapat membuka sebuah peluang usaha sehingga dapat

mandiri secara ekonomi. Upaya dukungan terhadap Odha memang diperlukan bentuk program yang nyata. Dukungan yang bertujuan memberdayakan dan menciptakan kemandirian sesuai dengan prinsip GIPA (Greater Involvement of People with HIV dan AIDS). Odha didorong untuk mempersiapkan diri mampu mandiri dan lebih jauh lagi dapat berpartisipasi aktif dalam pembangunan ekonomi nasional.

(<http://www.satudunia.net>)

Semakin meningkatnya jumlah Odha, semakin meluasnya permasalahan yang kemudian berkembang. Salah satu masalah sering yang dihadapi Odha adalah masalah untuk memenuhi kebutuhan hidup. Sebagian besar Odha memiliki tingkat perekonomian yang rendah, diakibatkan oleh dampak epidemi HIV/AIDS pada individu dan ekonomi. Odha jarang yang bisa diterima kembali bekerja atau melakukan aktivitas yang menghasilkan imbalan baik itu berupa uang atau barang. Apabila dikaji dari sudut pandang individu, HIV/AIDS berarti tidak dapat masuk kerja, jumlah hari kerja yang berkurang, kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih baik dan umur masa produktif yang lebih pendek.

(<http://www.satudunia.net>)

5. Penghasilan

Penghasilan adalah penerimaan berupa uang maupun barang yang diterima atau dihasilkan (Badan Pusat Statistik, 2003: 8 dalam [http:// digilib.unnes.ac.id](http://digilib.unnes.ac.id))

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum (Suhardjo, 2003 : 8 dalam Munawaroh, 2006: 33). Pada umumnya jika tingkat pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik juga (Suhardjo dkk, 1986: 25 dalam

Munawaroh, 2006: 33,
<http://digilib.unnes.ac.id>

Masyarakat akan mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari termasuk asupan makan yang baik jika pendapatannya mencapai Upah Minimum Regional. Untuk DKI Jakarta, Upah Minimum Regional ditetapkan sebesar rp 1. 500. 000,-/ bulan. (<http://www.satudunia.net>) Jadi yang dimaksud dengan penghasilan keluarga adalah penerimaan berupa uang ataupun barang yang diterima/dihasilkan oleh semua anggota keluarga dalam waktu satu bulan untuk mencukupi kebutuhan hidup dalam waktu satu bulan tersebut.

(<http://www.satudunia.net>) Dengan demikian dapat dilihat bahwa dengan pendapatan rendah, seseorang kurang dapat memenuhi kebutuhan makanan jika dibandingkan dengan orang yang pendapatannya sedang atau tinggi. Dengan keadaan seperti ini diharapkan mampu mengelola pendapatan dengan baik sehingga kebutuhan gizi ODHA dapat terpenuhi walaupun dengan bahan makanan yang harganya relatif murah tetapi memiliki kandungan gizi yang tinggi. (<http://www.satudunia.net>)

6. Pengetahuan

Menurut Depdikbud, 1994: 991 (dalam Munawaroh, 2006: 25), pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui; kepandaian. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

Menurut Depdikbud, 1994: 320 (dalam Munawaroh, 2006: 25), gizi adalah zat makanan pokok yang diperlukan bagi pertumbuhan dan kesehatan badan. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

Menurut Notoatmodjo (2003: 122-123), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu sebagai berikut:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah

dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai mengingat suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4) 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.

5) Sintesis (*synthetis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Suhardjo dkk, 1986: 31 (dalam Lailatul Munawaroh, 2006: 26), suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan:

1) Status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan.

2) Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, pemeliharaan dan energi.

- 3) Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi kesejahteraan gizi. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

7. Pola Makan

Lie Goan Hong (dalam Soegeng Santoso dan Anne lies Ranti, 1999: 89) mengemukakan bahwa pola makan adalah berbagai informasi yang memberi gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu. Pola makan yang baik, hubungannya sangat erat dengan asupan makan yang menunjukkan jumlah zat gizi yang diperlukan dan dikonsumsi untuk hidup sehat. Pola makan tidak akan terlepas dengan asupan makan. Jika asupan makan adalah gambaran informasi yang dimakan, maka asupan makan adalah jumlah zat-zat gizi apa saja yang dimakan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sehari-hari. Menurut Suhardjo dkk, 1986: 251 (dalam Munawaroh, 2006: 27), pola makan adalah cara yang ditempuh seseorang atau sekelompok orang untuk memilih makanan dan mengkonsumsinya sebagai reaksi terhadap pengaruh fisiologi, psikologi, budaya dan sosial. (<http://digilib.unnes.ac.id>)

8. Dukungan Dari Lingkungan

Faktor lingkungan meliputi faktor keluarga dan lingkungan pergaulan baik disekitar rumah, sekolah, teman sebaya maupun masyarakat. Adanya dukungan dari lingkungan mampu membuat ODHA akan merasa diperhatikan sehingga ODHA memiliki semangat hidup yang tinggi untuk melawan penyakit yang dialaminya. Namun yang terjadi, para ODHA dikucilkan dari lingkungan yang menyebabkan ODHA merasa rendah diri dan merasa tidak pantas berada di lingkungan tersebut.

Tidak ada orang yang lebih memerlukan dukungan dan cinta kasih keluarga dari anggota keluarga yang dinyatakan HIV positif. Perasaan tetap diterima dengan cinta kasih keluarga, dan merasakan bahwa keluarga tidak takut tertular, akan menjadi dukungan moral bagi pengidap HIV agar tidak bertambah jatuh dalam keputusan termasuk perhatian terhadap asupan makan yang berpengaruh terhadap gizinya. (Pedoman Penatalaksanaan, Perawatan, Pengobatan dalam Penanggulangan AIDS, 1997: 28) Dr. Michael Merson, Direktur Executive Program AIDS Global (GPA) menyatakan tentang pentingnya kehidupan keluarga sebagai fokus perhatian, yakni keluarga yang diikat oleh cinta kasih, kepercayaan, saling memberi dan keterbukaan yang berada pada posisi terbaik untuk melindungi anggotanya dari infeksi dan memberi perawatan dan dukungan penuh kasih sayang kepada mereka yang terinfeksi. Tindakan diskriminatif dan pengucilan terhadap penderita HIV/ AIDS merupakan beban tambahan akibat penyakit yang belum ditemukan obatnya ini. (Berita AIDS Indonesia, 1994: 1)

9. Keluhan lain yang dialami pasien HIV/ AIDS

Keluhan yang dialami pasien biasanya selalu membuat pasien mengalami penurunan nafsu makan. Sebab keluhan tersebut biasanya menyerang bagian tubuh Odha yang berfungsi untuk melakukan proses mengkonsumsi makan. Namun beberapa keluhan yang ada juga sering terjadi karena efek samping meminum obat-obatan baik itu pengobatan dasar, oportunistik, maupun antiretroviral. (www.aids-ina.org)

TBC

TBC menjadi perhatian ahli kesehatan dan epidemiologi dunia

karena erat kaitannya dengan infeksi oportunistik di kalangan Odha. TBC menjadi pembunuh terbesar di kalangan Odha. Sebanyak 40 persen Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) meninggal dunia karena infeksi tuberkulosis (TBC). "TBC menyebar lima kali lipat di negara-negara dengan prevalensi HIV/AIDS yang tinggi," ujar dr. Titi Sundari, Spesialis Paru Rumah Sakit Penyakit Infeksi Sulianti Saroso kepada pers, rabu, 24 Oktober 2007. Ia menyebut negara-negara di kawasan Asia Tenggara Selatan memiliki prevalensi tinggi HIV/AIDS. (TEMPO Interaktif, <http://www.arsip.net>)

Anoreksi dan disfagia

Pada umumnya pasien AIDS mengalami penurunan nafsu makan. Hal ini dapat disebabkan oleh pengaruh obat-obatan ARV yang diminum. Di samping itu pasien AIDS sering mengalami kesulitan menelan karena infeksi jamur pada mulut. Keadaan tersebut memerlukan terapi diet khusus dengan memperhatikan kebutuhan asupan gizi pasien dan cara pemberiannya. (<http://spiritia.or.id>)

Diare

Adanya diare pada HIV/AIDS akan menyebabkan hilangnya zat gizi dalam tubuh seperti vitamin dan mineral, sehingga harus diberikan asupan gizi yang tepat, terutama yang mengandung larutan zat gizi mikro, untuk mengganti cairan tubuh yang hilang. Dianjurkan untuk mengonsumsi buah-buahan yang rendah serat dan tinggi kalium dan magnesium seperti jus pisang, jus alpukat, banyak minum, teruskan makan seperti biasa, siapkan cairan rehidrasi, dan hindari makanan gorengan. (<http://spiritia.or.id>)

Sesak nafas

Dianjurkan makan makanan tinggi lemak dan rendah karbohidrat untuk mengurangi CO₂, dengan

porsi kecil tetapi sering. Bila asupan makan dalam sehari tidak mencukupi kebutuhan kalori sehingga dapat menyebabkan pasien menjadi lemah, perlu diberikan makanan tambahan dalam bentuk formula (makanan suplemen). Pemberian makanan dapat dilakukan pada Odha dalam posisi setengah tidur agar aliran O₂ ke paru lebih optimal. (<http://spiritia.or.id>)

Demam

Pada pasien HIV/AIDS yang demam akan terjadi peningkatan pemakaian kalori dan kehilangan cairan. Untuk itu diberikan makanan lunak dalam porsi kecil tapi sering dengan jumlah lebih dari biasanya dan dianjurkan minum lebih dari 2 liter atau 8 gelas/hari dan makan makanan tinggi energi dan zat gizi. (<http://spiritia.or.id>)

Hepatitis

Prevalensi ko-infeksi Hepatitis-HIV tinggi di kalangan HIV positif.

Terdapat perbedaan klinis antara pasien HIV dengan ko-infeksi Hepatitis-HIV. Misalnya, bagi ODHA yang terinfeksi Hepatitis-HIV, kerusakan hati lebih tinggi daripada orang HIV negatif. Kemudian beratnya penyakit HIV lebih besar pada ko-infeksi Hepatitis-HIV, dan hepatotoksitas ARV lebih banyak terjadi pada ko-infeksi Hepatitis-HIV. Studi EuroSIDA yang melibatkan 3048 ODHA menunjukkan bahwa 33% dari mereka terinfeksi Hepatitis. Pengobatan terhadap infeksi HIV pada pasien dengan infeksi hepatitis membutuhkan perhatian khusus karena adanya efek samping hepatotoksik dari obat antiretroviral.

(<http://www.satuportal.net>)

Gangguan Ginjal

Sebagaimana Odha hidup lebih lama akibat terapi antiretroviral (ART) yang efektif, mereka mempunyai lebih banyak waktu

untuk mengembangkan penyakit kronis, termasuk penyakit hati dan ginjal. Penyakit ginjal adalah komplikasi HIV yang penting, terutama dalam populasi minoritas. Antara 1999 dan 2003, lebih dari 4.000 kasus penyakit ginjal stadium akhir yang baru (*end-stage renal disease/ESRD*) dihubungkan dengan penyakit HIV di AS, dengan lebih dari 90% kasus ini terjadi pada orang berkulit hitam. Penyakit ginjal kronis tetap sebagai komplikasi infeksi HIV yang umum di masa ARV. (Chronic Kidney Disease, <http://www.hivandhepatitis.com>)

Candidiasis Oral

Candidiasis oral merupakan infeksi oportunistik di rongga mulut yang disebabkan oleh pertumbuhan jamur *Candida albicans*. Kolonisasi *Candida* pada orofaring pada individu yang terinfeksi HIV/AIDS sering ditemukan. Candidiasis oral biasa terjadi karena daya tahan tubuh dan jumlah CD 4 menurun. Penelitian secara ilmiah membuktikan frekwensi penyakit mulut pada penderita HIV/AIDS meningkat. Candidiasis oral ditandai dengan bercak-bercak putih seperti krim dalam rongga mulut. Jika tidak diobati, candidiasis oral akan berlanjut mengenai esophagus dan lambung. Tanda dan gejala yang menyertai mencakup keluhan menelan yang sulit dan rasa sakit. Jamur *Candida albicans* biasanya tidak akan tumbuh atau menyebabkan infeksi pada daerah rongga mulut apabila tidak terjadi penurunan daya tahan tubuh, sehingga pada orang dewasa candidiasis oral khas pada penderita AIDS dewasa. (<http://www.odhaindonesia.org>)

Mual dan Muntah

Mual dan muntah merupakan kondisi yang biasa terjadi pada orang dengan

HIV/AIDS dan merupakan salah satu efek samping pengobatannya. Perasaan mual dan keinginan untuk muntah berbeda-beda pada tiap orang. Kedua gejala tersebut seringkali terjadi bersamaan. Beberapa obat tertentu yang digunakan untuk mengobati HIV atau kondisi yang berkenaan dengan HIV dapat menyebabkan mual. Hal ini bisa membuat tubuh kehilangan zat gizi dan mengalami dehidrasi.

Muntah-muntah yang berkepanjangan dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius, seperti dehidrasi, ketimpangan zat dan bahkan koyaknya tenggorokan. Diet pisang, nasi, saus apel dan roti bakar dapat membantu mual, Hindari makanan panas, pedas, berbau tajam dan berminyak. Bila terjadi muntah, pulihkan cairan tubuh dengan kaldu, minuman berkarbonasi, jus, Jell-O atau es. (<http://www.odhaindonesia.org>)

METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dan akan didukung dengan data secara kualitatif. Jenis penelitian deskriptif yaitu mempelajari kejadian dan distribusi penyakit atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan. (Lapau, 2007:125) Pengambilan variabel dilakukan dengan cara cross sectional yaitu semua variabel diambil dalam waktu bersamaan. Peneliti mengambil lokasi penelitian di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur untuk mengetahui deskripsi gambaran asupan makan pada pasien HIV/AIDS di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Cibubur Jakarta Timur. Waktu penelitian ini dari bulan Maret 2010–Agustus 2011. Waktu pengumpulan data dilaksanakan pada bulan April 2011.

Populasi penelitian ini adalah s Bidadari (Komplikasi) kelas III, ruang perawatan Detoksifikasi kelas III, dan ruang perawatan rehabilitasi di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Sampel yang diteliti adalah total populasi yang bersedia untuk diwawancara yaitu berjumlah 10 orang. Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Data primer diperoleh langsung dari responden yang berasal dari wawancara, wawancara food recall

24 jam selama 3 hari berturut-turut, dan wawancara Kebutuhan Energi Total Pasien HIV/AIDS.

2. Data Sekunder diperoleh dari buku status pasien di RS Ketergantungan Obat untuk mengetahui diagnosa penyakit pasien dan diperoleh dari Instalasi Gizi yaitu daftar menu makanan serta standar porsi menu makanan pasien HIV/AIDS.

HASIL

A. Hasil Penelitian Univariat

Hasil penelitian ini meliputi variabel asupan makan, karakteristik, dukungan lingkungan, pola makan, dan keluhan lain yang dialami Odha.

Tabel 2
Distribusi Frekwensi Asupan Makan Responden

Asupan Makan	Frekwensi	Persentase
Kurang (<90% KET)	6	60.0
Lebih (>110% KET)	3	30.0
Normal (90-110% KET)	1	10.0
Total	10	100.0

Responden yang kurang asupan makan sebanyak 6 orang (60%), responden yang asupan makan normal sebanyak 1

orang (10%), dan yang lebih sebanyak 3 orang (30%).

Tabel 3
Distribusi Frekwensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekwensi	Persentase
Pria	10	100.0
Wanita	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berjenis kelamin pria.

Tabel 4
Distribusi Frekwensi Usia Responden

Usia	Frekwensi	Persentase
Produktif	10	100.0
Non Produktif	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berusia produktif.

Tabel 5
Distribusi Frekwensi Pendidikan Responden

Pendidikan	Frekwensi	Persentase
Rendah	1	10.0
Tinggi	9	90
Total	10	100.0

Sebanyak 9 responden (90%) yang berpendidikan tinggi dan 1 responden (10%) yang berpendidikan rendah.

Tabel 6
Distribusi Frekwensi Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Frekwensi	Persentase
Bekerja	1	10.0
Tidak Bekerja	9	90
Total	10	100.0

Responden yang tidak bekerja ada 9 orang (90%) dan hanya 1 orang saja yang bekerja (10%).

Tabel 7
Distribusi Frekwensi Penghasilan Responden

Penghasilan	Frekwensi	Persentase
< UMR	10	100.0
≥ UMR	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) berpenghasilan di bawah UMR.

Tabel 8
Distribusi Frekwensi Pengetahuan Responden

Pengetahuan	Frekwensi	Persentase
Baik	6	60.0
Kurang Baik	4	40.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 4 orang (40%) dan

memiliki pengetahuan baik sebanyak 6 orang (60%).

Tabel 9
Distribusi Frekwensi Pola Makan Responden

Pola Makan	Frekwensi	Persentase
Baik	3	30.0
Kurang Baik	7	70.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki pola makan kurang baik sebanyak 7 orang (70%) dan memiliki pola makan baik sebanyak 3 orang (30%)

Tabel 10
Distribusi Frekwensi Dukungan Lingkungan

Dukungan	Frekwensi	Persentase
Ada Dukungan	3	30.0
Tidak Ada Dukungan	7	70.0
Total	10	100.0

Responden yang memiliki dukungan sebanyak 3 orang (30%) dan yang tidak memiliki dukungan sebanyak 7 orang (70%).

Tabel 11
Distribusi Frekwensi Keluhan Lain

Keluhan Lain	Frekwensi	Persentase
Ada	10	100.0
Tidak Ada	0	0
Total	10	100.0

Seluruh pasien HIV/AIDS yang menjadi responden 10 orang (100%) mengalami keluhan penyakit lain.

B. Hasil Penelitian Tabulasi Data

Hasil penelitian ini meliputi variabel asupan makan, karakteristik (usia, jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan), dukungan lingkungan, pola makan, dan keluhan lain yang dialami Odha.

Tabel 12
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Pria	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Wanita	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berjenis kelamin pria, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), kategori asupan makan lebih 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 13
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Usia

Usia	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Produktif	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Non Produktif	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berusia produktif, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 14
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pendidikan

Pendidikan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Rendah	0	1 (100.0%)	0	1 (100.0%)
Tinggi	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang memiliki pendidikan rendah hanya termasuk kategori asupan makan lebih yaitu 1 orang (100%). Sedangkan responden dengan pendidikan tinggi yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (66.7%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (22.2 %), dan yang termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (11.1%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang memiliki pendidikan tinggi lebih banyak yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 15
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pekerjaan

Pekerjaan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Bekerja	0	1 (100.0%)	0	1 (100.0%)
Tidak Bekerja	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang bekerja hanya termasuk kategori asupan makan lebih yaitu 1 orang (100%). Sedangkan responden yang tidak bekerja, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (66.7%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (22.2 %), dan yang

termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (11.1%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang tidak bekerja lebih banyak termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 16
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Penghasilan

Penghasilan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
< UMR	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
≥ UMR	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang (60%), yang termasuk

kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

Tabel 17
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pengetahuan

Pengetahuan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Baik	3 (50.0%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
Kurang Baik	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0	4 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang berpengetahuan

baik yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang yaitu 3 orang

(50.0%), yang termasuk dalam kategori asupan makan lebih sebanyak 2 orang (33.3%), dan yang termasuk dalam kategori asupan makan normal hanya 1 orang (16.7%). Sedangkan responden yang berpengetahuan kurang baik dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang sebanyak 3 orang (75.5%), yang termasuk asupan makan lebih sebanyak 1 orang (25.0%), dan tidak ada yang termasuk kategori asupan makan

normal. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang berpengetahuan kurang baik lebih banyak yang termasuk kategori asupan makan kurang. Namun responden yang berpengetahuan baik tetap berpotensi termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 18
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Pola Makan

Pola Makan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Baik	0	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
Kurang Baik	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0	7 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang berpola makan baik, tidak ada yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang, yang termasuk dalam kategori asupan makan lebih yaitu 2 orang (66,7%), dan yang termasuk dalam kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (33.3%). Sedangkan responden yang berpola makan kurang baik dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang

sebanyak 6 orang (85.7%), yang termasuk asupan makan lebih sebanyak 1 orang (14,3%), dan tidak ada yang termasuk kategori asupan makan normal. Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang berpola makan kurang baik lebih banyak yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 19
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Dukungan

Dukungan	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Ada Dukungan	3 (100%)	0	0	3 (100.0%)
Tidak Ada Dukungan	3 (42.9%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	7 (100.0%)
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa responden yang ada dukungan, yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang sebanyak 3 orang (100%) dan tidak ada yang termasuk dalam

kategori asupan makan lebih maupun normal. Sedangkan responden yang tidak ada dukungan dapat dilihat yang termasuk dalam kategori kurang sebanyak 3 orang (42,9%), yang

termasuk asupan makan lebih sebanyak 3 orang (42,9%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal sebanyak 1 orang (14,3%). Dari data tersebut dapat dikatakan bahwa secara presentase, responden yang tidak ada

dukungan, sangat berpotensi termasuk dalam kategori asupan makan kurang. Namun responden yang memiliki dukungan juga berpotensi tetap memiliki asupan makan kurang dalam memenuhi kebutuhan gizinya sehari-hari.

Tabel 20
Tabulasi Data Asupan Makan Dengan Keluhan Lain Yang Dialami Pasien

Keluhan Lain	Asupan Makan			
	Kurang (<90% KET)	Lebih (>110% KET)	Normal (90-110% KET)	
Ada	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
Tidak Ada	0	0	0	0
Total	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa seluruh responden mengalami keluhan lain, yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 6 orang

(60%), yang termasuk kategori asupan makan lebih sebanyak 3 orang (30%), dan yang termasuk kategori asupan makan normal 1 orang (10%).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan asupan makan pasien HIV/AIDS yang menjadi responden, sebanyak 60% termasuk kategori kurang.
2. a. Berdasarkan karakteristik, responden 100% berjenis kelamin pria, 100% berusia produktif yaitu 27 tahun-41 tahun, 60% berpengetahuan baik, 90% berpendidikan tinggi, 90% tidak bekerja, 100% berpenghasilan di bawah UMR.
- b. Berdasarkan pola makan responden, yang kurang baik sebanyak 70%.
- c. Berdasarkan dukungan dari lingkungan responden, yang tidak mendapatkan dukungan dari lingkungannya seperti keluarga dan orang terdekat lainnya sebanyak 70%.
- d. Berdasarkan keluhan, 100% mengalami keluhan, yang paling banyak dialami responden yaitu anoreksia & disfagia.
3. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan karakteristik pasien HIV/AIDS, yaitu:
 - a. Seluruh responden berjenis kelamin pria dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
 - b. Seluruh responden berusia produktif dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
 - c. Responden dengan pendidikan tinggi yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 66,7%.
 - d. Responden yang tidak bekerja termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 66,7%.
 - e. Seluruh responden berpenghasilan di bawah UMR dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
 - f. Responden dengan pengetahuan kurang baik yang termasuk dalam kategori asupan makan kurang sebanyak 75,5%.
4. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan pola makan, responden dengan pola makan

kurang baik yang termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 85,7%.

5. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan dukungan lingkungan, responden yang tidak ada dukungan termasuk kategori asupan makan kurang yaitu sebanyak 42,9%.
6. Berdasarkan cross tabulasi antara asupan makan dengan keluhan lain, seluruh responden mengalami dan yang termasuk kategori asupan makan kurang sebanyak 60%.
7. Berdasarkan kualitatif faktor pendukung karakteristik pasien HIV/AIDS, IMT dari data berat badan dan tinggi badan, responden yang memiliki IMT normal ada 3 orang, gemuk tingkat ringan 2 orang, gemuk tingkat berat 1 orang, kurus tingkat berat 3 orang, dan kurus tingkat ringan 1 orang. Faktor resiko penularan HIV/AIDS sebanyak 8 orang yang berasal dari pemakaian jarum suntik secara bergantian. Tes CD 4 pasien HIV/AIDS sebanyak 9 orang yang telah lebih dari 1 kali menjalani tes. Menjalankan terapi ARV sebanyak 8 orang. Informasi yang didapat pasien dari VCT sebanyak 7 orang.

SARAN

Berdasarkan penelitian ini, beberapa saran dapat dikemukakan untuk meningkatkan asupan makan pasien HIV/AIDS:

1. Menambah menu makanan yang disajikan, meningkatkan variasi makanan, memperhatikan penampilan makanan baik tekstur maupun porsi makan, dan menambah cita rasa makanan untuk menghilangkan rasa bosan dan membangkitkan selera makan pasien tanpa menyimpang dari jenis ataupun bahan makanan apa saja yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan untuk dikonsumsi pasien.

2. Pemberian makanan disesuaikan dengan keadaan pasien dengan pendekatan perorangan dan melihat kondisi toleransi pasien seperti jadwal minum obat antiretroviral dimana ada obat yang diberikan saat lambung kosong, saat lambung penuh, atau diberikan bersamaan makanan dan bisa juga dilihat berdasarkan kebutuhan total yang dibutuhkan pasien sesuai dengan berat badan dan jenis aktifitas ataupun dihitung berdasarkan ada atau tidaknya gejala wasting yaitu terjadinya penurunan massa otot tubuh, gangguan fungsi metabolisme dan gangguan fungsi sistem imun dan penurunan berat badan.
3. Pola makan dan kepatuhan minum obat pasien harus selalu diperhatikan selain merupakan salah satu bentuk perhatian, semangat, dukungan, dan menimbulkan kepercayaan diri terhadap ODHA juga dilakukan untuk mengetahui perkembangan asupan makan dan mencegah resistensi virus HIV/AIDS dalam tubuh dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh guna menangkal virus penyakit lain menyerang tubuh.
4. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat berguna dalam meningkatkan pelayanan terhadap asupan makan guna memperbaiki gizi Orang Dengan HIV/AIDS.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aeman, Ummu dan Maryunani. 2009. *Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi*. Jakarta: Trans Info Media.
2. Almatsier, Sunita. 2004. *Penuntun Diet*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
3. Amsirman. 2001. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Konsumsi Zat Gizi Dan Kaitan Dengan Status Gizi Putri di SLTPN 4 Pekan Baru". Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.
4. Anwar, Rofiq. 2008. *Bom Aids Ancaman Senjata Biologi Yang Tak Disadari*. Jakarta: Yayasan Nurani.
5. Asuhan Gizi Pada ODHA. 15 Agustus 2006. Diunduh dari <http://www.spiritia.or.id/cst/bacacst.php?artno=1019&menu=polamenu&g=1>
6. Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ke Tiga.. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
7. Bom Waktu Pendidikan Kesehatan. 15 Maret 2008. Diunduh dari <http://www.sinarharapan.co.id/iptek/kesehatan-odha/2004/1022/kes1.html>
8. Chronic Kidney Disease in People with HIV. 2 Oktober 2007. Diunduh dari http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/100207_b.html
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Pedoman untuk petugas kesehatan dan petugas lainnya. 2003. *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi Odha*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan.
10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Subpokja Pengobatan dan Perawatan. 1997. *Pedoman Penatalaksanaan, Perawatan, Pengobatan dalam Penanggulangan AIDS*. Jakarta: Komite Nasional Penanggulangan HIV/AIDS.
11. Fitriana, 2010. "Gambaran Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap RSUD Cibinong Tahun 2010 dengan Diagram Kartesius." Skripsi. S1 Kesehatan Masyarakat, Peminatan Manajemen Rumah Sakit, STIKes Mitra RIA Husada. Jakarta.
12. *Gizi dan Kesehatan*. 25 November 2008, diunduh dari <http://www.eurekaindonesia.org/gizi-yang-baik-untuk-orang-dengan-hivaids>
13. Handayani, Vynna Budi. 2009. "Gambaran Asupan Makan Zat Gizi Makro dan Status Gizi Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta." Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah. Surakarta.
14. Harahap, Syaiful W. 1999. Masalah TBC di Indonesia. *Warta AIDS*, no.40, 15 Maret 1999. Diunduh dari <http://edukasi.kompasiana.com/2010/11/02/masalah-tbc-di-indonesia/HIV/AIDS>. 20 April 2010. Diunduh dari <http://toorestpoenya.blogspot.com/2010/04/hiv-aids-20.html>
15. Informasi Dasar HIV/AIDS Slide. 2007. "Hidup Sehat Mencegah HIV/AIDS". Surakarta: Yayasan Pelita Ilmu.
16. Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2003- 2007. *Strategi Nasional Penanggulangan HIV AIDS*. Komisi Penanggulangan AIDS.
17. Kilas Balik 30 Tahun Rumah Sakit Ketergantungan Obat. 2002. Jakarta: Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.
18. Komisi Penanggulangan AIDS dan IAKMI. 2009. *Meningkatkan Komitmen, Membangun Sinergi*. Komite Penanggulangan AIDS.
19. Kompas. 2 September 2010. *Minum Obat Teratur Tantangan Odha*. Jakarta. Diunduh dari <http://health.kompas.com/read/2010/09/02/02470385/Minum.Obat.Teratur.Tantangan.ODHA>
20. Lapau, Buchari. 2007. *Prinsip Dan Metodologi Epidemiologi*. Jakarta: Uhamka Press.
21. Lembaran Informasi Pengobatan. 5 Maret 2007. Tips Pengelolaan Efek Samping Antiretroviral. Diunduh

- dari <http://www.odhaindonesia.org/content/tips-pengelolaan-efek-samping-arv>
16. Media Komunikasi dan Informasi. 1994. *Berita AIDS Indonesia*. Vol. III, no. 3.
 17. Moehji, Sjahmien. 2003. *Ilmu Gizi 2, Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Paps Sinar Sinanti.
 18. Munawaroh, Lailatul. 2006. "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu, Pola Makan Balita Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan". Skripsi. Fakultas Ilmu Keolahragaan. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Negeri Semarang. Diunduh dari <http://digilib.unnes.ac.id/gsd/collect/skripsi/archives/HASH0116.dir/doc.pdf>
 19. Notoatmojo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
 20. Okezone Berita Komunitas HIV/AIDS. 14 Agustus 2007. Gizi Seimbang Bagi ODHA. Diunduh dari <http://www.aids-ina.org/modules.php?name=News&file=article&sid=440>
 21. Prevalensi HCV Pada ODHA Penasun Tinggi. 19 Oktober 2010. Diunduh dari <http://www.satuportal.net/content/indepth-report-prevalensi-hcv-pada-odha-penasun-tinggi>
 22. Ratna, Maya Riqi. 2009. "Evaluasi Manajemen Penyelenggaraan Makanan Institusi Di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta." Karya Tulis Ilmiah. Fakultas Ilmu Kesehatan Jurusan Gizi. Universitas Muhamaddiyah. Surakarta.
 23. Ronald Jonathan. National Trainer Care, Support, and Treatment IMAI-HIV/AIDS. Seminar "Global Diseases 2nd Continuing Professional Development", Bandar Lampung. Minggu, 15 November 2009 diunduh dari <http://www.satudunia.net/content/tahun-2010-diperkirakan-130-ribu-orang-di-indonesia-positif-hiv-aids>
 24. Santoso, Soegeng dan Anne Lies Ranti. 1999. *Kesehatan Dan Gizi*. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
 25. Simanjuntak, Richardo M. 2 Maret 2009. Membangun Ekonomi Odha. FISIP UNPAD: Bandung. Diunduh dari <http://www.satudunia.net/content/membangun-ekonomi-odha>
 26. Tempo Interaktif. 24 Oktober 2007. 40 Persen Odha Meninggal Karena TBC. Jakarta. Diunduh dari <http://www.arsip.net/id/link.php?lh=AQ8NUQ0PVQMD>
 27. Widianti, Efri. 2007. "Bahaya Merokok, Penyimpangan Seks, Dan Bahaya Penyalahgunaan Minuman Keras/Napza." Makalah. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Padjajaran. Bandung.