

POLA KONSUMSI ORANG DENGAN HIV/AIDS (ODHA) PEREMPUAN KELOMPOK DUKUNGAN SEBAYA NUSA TENGGARA BARAT

Retno Mardhiati

Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka

E-mail: retno_m74@yahoo.co.id

ABSTRAK

ODHA perempuan yang tertular HIV dari suami lebih banyak mengalami penurunan percaya diri dan mutu hidup. Kepercayaan diri ini memengaruhi pola konsumsi makan ODHA perempuan. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan data kuantitatif. Desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara ODHA perempuan dengan kuesioner pada tahun 2012. Populasi penelitian ini adalah seluruh ODHA perempuan yang terdaftar menjadi anggota di Kelompok Dukungan Sebaya Nusa Tenggara Barat, berjumlah 25 orang. Sampel adalah total populasi, dengan teknik *sampling* yang digunakan adalah *sampling* jenuh. Hasil menunjukkan sebagian besar ODHA perempuan memiliki frekuensi mengonsumsi makanan lengkap 3 kali (72%), dan frekuensi konsumsi makanan camilan 2 kali (40%). ODHA perempuan paling banyak menyatakan jarang mengonsumsi sayuran setiap hari (40%) dan jarang mengonsumsi buah-buahan setiap hari (84%). Sebagian besar ODHA perempuan tidak pernah mengonsumsi makanan kemasan (68%) dan jarang mengonsumsi makanan cepat saji (60%). Kebiasaan minum susu pada ODHA perempuan sangat jarang sekali, hanya 4% yang menyatakan selalu minum susu. Kebiasaan minum teh manis juga jarang dilakukan (60%) dan sebagian besar tidak mengonsumsi kopi (56%). ODHA perempuan yang menyatakan sering mengonsumsi minuman kemasan ada 8%. Konsumsi obat herbal dan suplemen masih jarang dilakukan, paling banyak menyatakan tidak pernah mengonsumsi suplemen (44%) dan obat herbal (80%). Upaya pendekatan edukasi gizi merupakan hal yang penting untuk dilakukan pada ODHA perempuan melalui program Kelompok Dukungan Sebaya.

Kata kunci: HIV/AIDS, perempuan, ODHA, gizi

ABSTRACT

Women living with HIV infected from their husband are more experiencing decline in confidence and quality of live. This confidence influences the food consumption patterns. This is a descriptive research with quantitative data using cross sectional design. The data were collected by interviewing women living with HIV using questionnaire in 2012. The population in this study is the whole member of West Nusa Tenggara peer support group, totaling 25 person. The sample is the total population using saturated sampling technique. The result

shows that most of women living with HIV are having food consumption frequency three times (72%), and snack consumption frequency twice (40%). Most women living with HIV stated that they rarely consume vegetable everyday (40%) and rarely consume fruits everyday (84%), and most women living with HIV never consume packed food (68%) and rarely consume fast-food (60%). Milk consumption habit of women living with HIV is very rare, only 4% of the respondents who stated always consuming milk. Sweet tea drinking is also rarely done (60%) and most of the respondents don't consume coffee (56%). The proportion of the respondents who stated consuming packed drink often is 8%. Herbal medicine and supplement are still rarely consumed, and most of the respondents stated that they never consume supplement (44%) and herbal medicine (80%). Nutrition education approach effort is an important to do to women living with HIV through peer support group.

Key words: HIV/AIDS, women, people living with HIV (ODHA), nutrition

PENDAHULUAN

HIV adalah kependekan dari *Human Immunodeficiency Virus*, yaitu virus yang menyerang sel kekebalan tubuh manusia sehingga tubuh kehilangan daya tahan dan mudah terserang penyakit. 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.

Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan epidemik HIV yang berkembang paling cepat (UNAIDS, 2008). Sampai dengan Desember 2010 secara kumulatif Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2011) melaporkan ada 24.131 jumlah kasus AIDS dari 300 kabupaten/kota dan 32 provinsi yang melapor. Tingkat kumulatif rasio kasus AIDS Nasional sampai dengan Desember 2010 adalah 10,46 per

100.000 penduduk. Hingga akhir tahun 2009 diperkirakan di Indonesia terdapat 186.257 orang yang berusia antara 15-49 tahun yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) dan tersebar di 33 provinsi. Berdasarkan pemodelan pada tahun 2014 diperkirakan ODHA akan mencapai hampir tiga kali jumlah orang yang hidup dengan HIV dan AIDS, yaitu menjadi 541.700 orang (Depkes RI, 2008).

Peningkatan mutu hidup ODHA merupakan salah satu tujuan dari Strategi Rencana Aksi Nasional (SRAN) Penanggulangan AIDS tahun 2010 -2014 (Komisi Penanggulangan HIV/AIDS, 2010). Salah satu upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan mutu hidup ODHA adalah peningkatan kekuatan fisik ODHA. Kekuatan fisik ODHA ditunjang beberapa faktor antara lain asupan makanan, kepatuhan minum obat, dan aktivitas.

ODHA perempuan yang tertular HIV/AIDS dari suami, lebih banyak yang memiliki karakteristik pendidikan rendah, tidak bekerja, dan mutu hidup

(66,4%) yang lebih rendah daripada laki-laki. Dalam aspek pilar mutu hidup ODHA, ditemukan rasa percaya diri, pengetahuan HIV, akses layanan dukungan, perawatan dan pengobatan, serta aktivitas positif pada ODHA perempuan lebih rendah daripada laki-laki (Spiritia, 2011).

Kebanyakan ODHA menunjukkan penurunan berat badan sebelum meninggal, begitu pula pada ODHA perempuan. Hal ini tidak dapat dihindari sebagai konsekuensi dari infeksi HIV. Agar berat badan tidak menurun secara drastis dan masih dapat beraktivitas seperti sediakala, asupan gizi harus diperhatikan dengan baik. Mc Callan *et.al.* (1993) dalam Wilkes (2000) menyatakan bahwa penurunan berat badan pada penderita HIV dibagi dua, yaitu akut dan kronis. Penurunan berat badan akut terjadi jika penderita mengalami gejala infeksi oportunistik dan bersifat reversibel jika infeksi berhasil dihentikan, sedangkan penurunan berat badan kronis merupakan ciri khas sindrom pelisutan HIV (kakeksia). Kakeksia merupakan penurunan berat badan yang terjadi pada asupan gizi yang baik dan adekuat, bukan karena malnutrisi.

Ahli gizi Rumah Sakit Penyakit Infeksi Sulianti Saroso (RS PI-SS) menyatakan bahwa umumnya ODHA mengonsumsi zat gizi dibawah optimal. Biasanya mereka hanya mengonsumsi 70% kalori 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. Untuk memperpanjang hidup atau mempertahankan kondisi tubuh para penderita HIV, terlebih jika sudah memasuki stadium AIDS, tidak akan cukup hanya dengan menggunakan obat-obatan untuk mengurangi jumlah virus. Para penderita sangat memerlukan asupan gizi yang baik, tentu saja makanan yang layak sesuai dengan standar makanan yang mereka butuhkan untuk menambah kekebalan imunitas tubuh. Kekurangan kalori protein secara bermakna akan memengaruhi fungsi kekebalan pada pasien infeksi HIV. Karena nutrisi yang adekuat merupakan faktor esensial bagi sistem imun yang kompeten (Wilkes, 2000).

Memburuknya status gizi merupakan risiko tertinggi penyakit ini. Gangguan gizi pada pasien umumnya terlihat pada penurunan berat badan. Ada dua tipe penurunan berat badan pada penderita, yaitu penurunan berat badan yang lambat dan yang cepat. Penurunan berat badan yang cepat sering dihubungkan dengan infeksi oportunistik. Penurunan berat badan lebih dari 20% berat badan sulit diperbaiki dan sering mempunyai prognosis buruk. Memburuknya status gizi bersifat multifaktor, terutama disebabkan oleh kurangnya asupan makanan, gangguan absorpsi dan

metabolisme zat gizi, infeksi oportunistik, serta kurangnya aktivitas fisik. Gangguan gizi memegang peranan penting dalam patogenesis penyakit HIV/AIDS. Oleh karena itu, terapi diet dan konsultasi gizi diperlukan dalam upaya penyembuhannya.

Dalam memberikan dukungan dan motivasi kesadaran akan pola makan sehat dan pemenuhan kebutuhan zat gizi, diperlukan intervensi yang berkesinambungan pada ODHA. Program intervensi gizi untuk ODHA diharapkan dapat meningkatkan "Perilaku Sadar Gizi dan Pola Makan Sehat". Program intervensi penelitian ini dalam bentuk pemberian materi gizi, pembuatan menu sehat, cara pengelolaan bahan makanan mentah, pembuatan minuman herbal, dan praktik pembuatan makanan sehat. Intervensi dilaksanakan selama tiga bulan dalam bentuk suatu program Kelompok Dukungan Sebaya pada ODHA perempuan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan data kuantitatif. Desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara ODHA perempuan dengan kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan proses *editing, coding, entry*, dan *cleaning* data. Analisis yang digunakan analisis deskriptif.

Populasi penelitian ini adalah seluruh ODHA perempuan yang terdaftar

menjadi anggota Kelompok Dukungan Sebaya Nusa Tenggara Barat yang berjumlah 25 orang. Sampel adalah total populasi, dengan teknik sampling yang digunakan adalah sampling jenuh.

HASIL

ODHA perempuan yang menjadi responden penelitian ini ada 25 orang. Responden berasal dari Lombok Barat (24%), Lombok Tengah (8%), Lombok Utara (12%), dan Mataram (14%). Responden berasal dari kelurahan yang berbeda, kecuali Kelurahan Jagaraga ada 3 orang, Pagutan 2 orang, Sanubaya 2 orang, dan Abian Tunuh 2 orang.

Karakteristik ODHA Perempuan

Karakteristik ODHA perempuan yang diteliti meliputi usia, berat badan, tinggi badan, status pernikahan, jumlah anak yang dimiliki, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, agama, suku asli, dan status pendatang. ODHA perempuan yang menjadi responden penelitian paling banyak berusia 20-35 tahun, yaitu 24 orang (96%). Berdasarkan berat badan, ODHA perempuan lebih banyak yang memiliki berat badan 60 kg ke bawah (84%), namun ada 4 orang (16%) yang memiliki kategori obesitas. Gambaran tinggi badan ODHA perempuan di bawah 160 cm ada 48% dan 160 cm ke atas ada 52%. Sebanyak 11 orang (44%) ODHA perempuan adalah janda cerai mati. Suami meninggal disebabkan terinfeksi HIV/AIDS. ODHA yang belum menikah ada 1 orang (4%). Dari ODHA perempuan yang sudah menikah, paling

banyak memiliki 1 anak (40%). Pendidikan ODHA yang tidak lulus SD dan lulus SD masing-masing ada 8%. Dilihat dari hasil penelitian, ODHA perempuan paling banyak memiliki pendidikan tamat SMA yaitu 11 orang (44%). Ada 16 orang (64%) ODHA perempuan yang tidak bekerja. ODHA perempuan yang menjadi sampel penelitian ini sebagian besar beragama Islam dengan suku asli terbanyak dari Lombok (72%), sedangkan yang pendatang hanya 28%. Karakteristik ODHA perempuan yang menjadi responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik ODHA perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya Nusa Tenggara Barat (NTB)

Karakteristik	N	%
Umur		
< 20 tahun	0	0
20-35 tahun	24	96
> 35 tahun	1	4
Berat Badan		
Obesitas (> 60 kg)	4	16
Tidak Obesitas (\leq 60 kg)	21	84
Umur		
< 20 tahun	0	0
20-35 tahun	24	96
> 35 tahun	1	4
Berat Badan		
Obesitas (> 60 kg)	4	16
Tidak Obesitas (\leq 60 kg)	21	84
Tinggi Badan		
Tidak Tinggi (< 160 cm)	12	48
Tinggi (\geq 160 cm)	13	52
Status Pernikahan		
Belum menikah	1	4
Menikah	11	44
Janda cerai mati	11	44
Janda cerai hidup	2	8

Karakteristik	N	%
Jumlah anak yang dimiliki oleh ODHA yang sudah menikah		
Belum punya anak	4	16
1 anak	10	40
2 anak	8	32
3 anak atau lebih	3	12
Pendidikan Terakhir		
Tidak Tamat SD	2	8
Tamat SD	2	8
Tamat SMP	5	20
Tamat SMA	11	44
Tamat Diploma/S1/S2	5	20
Pekerjaan		
Tidak bekerja/ibu rumah tangga	16	64
PNS	1	4
Karyawan swasta	4	16
Wiraswasta/pedagang	1	4
Buruh tani	1	4
Guru honor	1	4
Perawat	1	4
Suku		
Ibu dan Bapak Suku Asli	11	44
Ibu atau Bapak Suku Asli	3	12
Ibu dan bapak bukan suku asli	11	44
Status pendatang		
Penduduk Asli	18	72
Pendatang	7	28
Total	25	100

Pola Makan ODHA Perempuan

Pola makan ODHA perempuan yang diamati meliputi frekuensi makanan yang dikonsumsi, konsumsi sayuran dan buah-buahan, konsumsi makanan kemasan dan *fast food*, konsumsi jenis minuman, dan konsumsi suplemen dan obat herbal. Tabel 2 menunjukkan sebagian besar ODHA perempuan memiliki frekuensi mengonsumsi makanan lengkap 3 kali (72%) dan frekuensi konsumsi makanan camilan 2 kali (40%).

Tabel 2. Frekuensi makanan ODHA perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya NTB

Frekuensi Makanan yang Dimakan ODHA Perempuan	n	%
Frekuensi Makanan Lengkap dalam Sehari		
Makan 1 kali	2	8
Makan 2 kali	3	12
Makan 3 kali	18	72
Makan lebih dari 3 kali	2	8
Frekuensi Makanan Camilan/ Kudapan dalam Sehari		
Makan 1 kali	9	36
Makan 2 kali	10	40
Makan 3 kali	4	16
Makan lebih dari 3 kali	2	8
Total	25	100

Tabel 3. Konsumsi Sayur dan Buah ODHA Perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya NTB

Konsumsi Sayur dan Buah	n	%
Makanan sayur setiap hari		
Tidak pernah	1	4
Jarang (1-2) hari	10	40
Sering (3-6) hari	9	36
Selalu 7 hari	5	20
Makanan buah setiap hari		
Tidak pernah	1	4
Jarang (1-2) hari	21	84
Sering (3-6) hari	2	8
Selalu 7 hari	1	4
Total	25	100

Tabel 3 menunjukkan ODHA perempuan paling banyak menyatakan jarang mengonsumsi sayuran (40%) dan buah-buahan setiap hari (84%). Tabel 4 menunjukkan sebagian besar ODHA perempuan tidak pernah mengonsumsi makanan kemasan (68%) dan jarang mengonsumsi makanan cepat saji (60%).

Tabel 4. Konsumsi makanan kemasan dan fast food ODHA perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya NTB

Konsumsi Makanan Kemasan dan Fast Food	n	%
Makanan kemasan dalam 30 hari terakhir		
Tidak pernah	17	68
Jarang (1-2) hari	7	28
Sering (3-6) hari	1	4
Selalu 7 hari	0	0
Makanan cepat saji dalam 30 hari terakhir		
Tidak pernah	7	28
Jarang (1-2) hari	15	60
Sering (3-6) hari	3	12
Selalu 7 hari	0	0
Total	25	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa kebiasaan minum susu pada ODHA perempuan sangat jarang sekali, hanya 4% yang menyatakan selalu minum susu. Kebiasaan minum teh manis juga jarang dilakukan (60%) dan sebagian besar tidak mengonsumsi kopi (56%). ODHA perempuan yang menyatakan sering mengonsumsi minuman kemasan ada 8%.

Tabel 5. Konsumsi minuman ODHA perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya NTB

Konsumsi Minuman	n	%
Konsumsi susu setiap hari		
Tidak pernah	12	48
Jarang (1-2) hari	11	44
Sering (3-6) hari	1	4
Selalu 7 hari	1	4
Konsumsi teh manis setiap hari		
Tidak pernah	3	12
Jarang (1-2) hari	15	60
Sering (3-6) hari	4	16

Selalu 7 hari	3	12
Konsumsi kopi setiap hari		
Tidak pernah	14	56
Jarang (1-2) hari	8	32
Sering (3-6) hari	0	0
Selalu 7 hari	3	12
Konsumsi minuman kemasan setiap hari		
Tidak pernah	8	32
Jarang (1-2) hari	15	60
Sering (3-6) hari	2	8
Selalu 7 hari	0	0
Total	25	100

Tabel 6. Suplemen dan obat herbal ODHA perempuan di Kelompok Dukungan Sebaya NTB

Konsumsi Obat Herbal	Konsumsi Suplemen	Suplemen dan Obat Herbal	n	%
Konsumsi suplemen dalam 30 terakhir				
Tidak pernah			11	44
Jarang			7	28
Sering tapi tidak setiap hari			6	24
Setiap hari			1	4
Konsumsi obat herbal setiap hari				
Tidak pernah			20	80
Jarang			2	8
Sering tapi tidak setiap hari			3	12
Setiap hari			0	0
Total			25	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa konsumsi obat herbal dan suplemen masih jarang dilakukan dan sebagian besar menyatakan tidak pernah mengonsumsi suplemen (44%) dan obat herbal (80%).

DISKUSI

Karakteristik ODHA perempuan banyak yang tidak bekerja. Jumlah ini

paling banyak ditemukan karena kondisi fisik yang tidak kuat menyebabkan mereka tidak bekerja, dan ada beberapa yang mendapatkan bantuan dana untuk biaya kehidupan rumah tangga dari orang tua dan keluarga. Sosial ekonomi yang rendah berkaitan dengan kemampuan membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang kurang baik. Pendidikan berkaitan dengan pemilihan bahan makanan dalam pemenuhan kebutuhan gizinya. Masyarakat yang berpendidikan rendah cenderung untuk memilih makanan yang bersifat mengenyangkan tanpa berpikir kebutuhan zat gizi, sedangkan masyarakat yang berpendidikan tinggi cenderung memilih makanan dengan pertimbangan kandungan zat gizi. Agama dapat juga memengaruhi asupan gizi seseorang, dikarenakan adanya konsep makanan dalam agama tertentu (Sulistyoningsih, 2011).

Pola makan yang seimbang adalah pola makan yang sesuai dengan kebutuhan disertai pemilihan bahan makanan yang tepat sehingga diperoleh status gizi yang baik. Asupan makanan kurang dari yang dibutuhkan akan menyebabkan tubuh kurus dan rentan terhadap penyakit. Pola makan ODHA perempuan yang diamati meliputi frekuensi makanan yang dikonsumsi, konsumsi sayuran dan buah-buahan, konsumsi makanan kemasan dan *fast food*, konsumsi jenis minuman, dan konsumsi suplemen dan obat herbal.

Pengaturan gizi penderita HIV/AIDS memungkinkan diberikan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) secara

oral atau sesuai dengan keadaan umum penderita. Penderita HIV/AIDS sangat membutuhkan kalori, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Gizi yang baik pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) memang dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas hidup ODHA sehingga hidup lebih sehat. Malnutrisi dapat menyebabkan komplikasi infeksi HIV/AIDS dan juga meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Pada saat orang terinfeksi HIV/AIDS, sistem kekebalan dalam tubuh akan menurun. Pada saat itu, bila terjadi malnutrisi, maka sistem imun akan turun dan kemungkinan timbulnya penyakit semakin besar. Gizi yang baik berarti terjadi asupan makanan yang baik, berat badan terjaga, dan jaringan otot, juga status mikronutrien dalam tubuh tetap dalam kondisi baik. Hasilnya, dapat menguatkan sistem imun sehingga mampu melawan HIV dan infeksi lainnya. Daya tahan terhadap infeksi pun meningkat, misalnya diare, tuberkulosis, dan infeksi pernapasan. Frekuensi makan dan jenis makanan yang dimakan akan menentukan terpenuhinya asupan gizi seseorang. Pola makan 3 kali makan besar diselingi 3 kali makanan kecil dianjurkan dalam sehari.

Padahal serat sayuran dan buah bermanfaat untuk detoksifikasi dan saluran pencernaan. Serat akan lebih banyak menghasilkan pengeluaran air liur yang berdampak pada terbentuknya enzim untuk pengolahan makanan. Gerak lambung, usus halus, usus besar akan optimal ketika makanan yang masuk

mengandung serat sayuran dan buah, sehingga terjadi penurunan tekanan intrakolon, pengurangan waktu transit dalam kolon, peningkatan frekuensi buang air besar dan mencegah gangguan di kolon (Beck, 2011).

Asupan diet yang tidak cukup bisa menyebabkan malabsorpsi, diare, gangguan metabolisme dan penyimpanan zat gizi sehingga terjadi defisiensi zat gizi. Berikutnya, defisiensi zat gizi ini bisa mendorong meningkatkan stres oksidatif dan menurunkan sistem imun. Akibatnya, replikasi HIV meningkat dan juga kemungkinan terkena penyakit semakin meningkat, juga morbiditas. Selain itu, orang yang terinfeksi HIV biasanya mengalami gejala yang berpengaruh pada asupan nutrisi yang bisa mengakibatkan terjadinya malnutrisi. Diantaranya, anoreksia atau kehilangan nafsu makan, diare, demam, mual dan muntah yang sering, infeksi jamur, dan anemia. Karena itu, ODHA mempunyai kebutuhan nutrisi tersendiri dibandingkan orang sehat.

Kebutuhan energi pada ODHA dihitung berdasarkan ada atau tidak adanya gejala seperti demam, penurunan berat badan, dan *wasting*. *Wasting* adalah terjadinya penurunan massa otot tubuh, gangguan fungsi metabolisme dan gangguan fungsi sistem imun, dan penurunan berat badan. Seseorang dikatakan mengalami *wasting* bila terjadi penurunan berat badan lebih dari 10% berat badan normal disertai dengan lebih dari 30 hari diare, demam, dan gangguan

penyakit lainnya. Dengan melihat kondisi tersebut, maka diperlukan asupan zat gizi yang memadai, seperti karbohidrat, protein, dan lemak pada ODHA. Selain itu, diperlukan zat gizi lain, yakni vitamin dan mineral. Pada ODHA, dibutuhkan tambahan energi karena energi digunakan untuk mengatasi infeksi HIV/AIDS dan juga infeksi oportunistik, malabsorpsi, dan gangguan metabolisme.

Kebutuhan zat gizi yang dapat meningkatkan daya tahan tubuh mutlak dibutuhkan oleh ODHA perempuan. Namun pemenuhan kebutuhan zat gizi tersebut tidak selalu dilakukan oleh ODHA. Hal ini dikarenakan beberapa faktor antara lain pendidikan, pengetahuan akan zat gizi makanan, dan perilaku sehat yang dimiliki oleh ODHA. Beberapa intervensi gizi pernah dilakukan di rumah sakit, intervensi yang dilaksanakan dalam bentuk pemberian makanan sesuai kebutuhan ODHA. Intervensi ini tidak mengubah perilaku sadar gizi sehingga pola makan ODHA ketika keluar dari rumah sakit tidak dapat memenuhi kebutuhan ODHA. Meminum suplemen merupakan salah satu cara untuk memenuhi kebutuhan unsur esensial bagi fungsi normal sebagian enzim dan sangat penting dalam pengendalian komposisi cairan tubuh. Untuk penderita HIV, dianjurkan memilih suplemen yang memberikan kalori tertinggi dengan volume paling kecil sehingga tidak menimbulkan dampak merasa kenyang (Wilkes, 2000).

Pola makan ODHA perempuan jarang mengonsumsi sayuran dan buah-buahan setiap hari. Kebiasaan minum susu pada ODHA perempuan sangat jarang sekali. Adanya program edukasi gizi yang berjalan secara konsisten dapat memberikan pengetahuan, pemahaman, dan mengubah perilaku makan ODHA perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beck ME. 2011. Ilmu Gizi dan Diet, Hubungannya dengan Penyakit-penyakit. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal P2PL. 2008. Pedoman Nasional Terapi Anti Retroviral pada Anak. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral. Jakarta.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2010. Strategi dan Rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS Tahun 2010-2014.
- Sulistyoningsih H. 2011. Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- UNAIDS (United Nations Joint Programme on HIV/AIDS). 2008. *Report on the Global AIDS Epidemic*. UNAIDS. Geneva.
- Wilkes GM. 2000. Gizi pada Kanker Infeksi HIV. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.
- Spiritia. 2008. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS. Jakarta.