

HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KUALITAS HIDUP ORANG DENGAN HIV/AIDS DI SEMARANG

Kevin Anderson¹, Setyo Gundi Pramudo², Muchlis Achsan Udji Sofro²

¹Mahasiswa Program Studi S-1 Ilmu Kedokteran Umum, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

² Staf Pengajar Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
JL. Prof. H. Soedarto, SH., Tembalang-Semarang 50275, Telp. 02476928010

ABSTRAK

Latar belakang: Kualitas hidup pasien HIV dipertimbangkan sebagai salah satu indikator keberhasilan terapi, selain pemberian ARV. Disamping itu, status gizi pasien HIV ternyata ikut berperan dalam mempengaruhi progresivitas penyakit, yang berdampak besar pada kualitas hidup. Sehingga perlu diketahui lebih lanjut mengenai hubungan diantara keduanya.

Tujuan: Mengetahui hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup ODHA.

Metode: Penelitian ini bersifat observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian dilaksanakan di RSUP Dr. Kariadi Semarang dan BKPM Semarang pada periode waktu Maret – Juni 2016. Subjek penelitian adalah pasien HIV/AIDS rawat jalan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Status gizi diukur dengan kuesioner PG-SGA, sementara kualitas hidup diukur dengan kuesioner SF-36. Data berdistribusi normal diuji menggunakan uji korelasi *Pearson* dan data berdistribusi tidak normal diuji menggunakan uji korelasi *Spearman*.

Hasil: Secara umum, ODHA pada penelitian ini memiliki status gizi dan kualitas hidup yang baik. Uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan kualitas hidup ODHA ($p=0,001$). Jika dijabarkan per domain, maka terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan domain masalah fisik, masalah emosional, nyeri, vitalitas, kesejahteraan mental pada SF-36 ($p = 0,001$), sedangkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan domain fungsi fisik, fungsi sosial, dan persepsi kesehatan umum (nilai p secara berurutan = 0,053 ; 0,328 ; 0,308).

Kesimpulan: Hubungan yang bermakna didapatkan antara status gizi, menurut skor PG-SGA dengan kualitas hidup menurut SF-36, serta secara khusus pada 5 domain kualitas hidup, seperti masalah fisik, masalah emosional, nyeri, domain vitalitas, kesejahteraan mental. Pada domain lain, tidak didapatkan hubungan yang bermakna.

Kata kunci: status gizi, kualitas hidup, HIV/AIDS

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN PERSON LIVING WITH HIV/AIDS IN SEMARANG

Background: Quality of life of HIV patients needs to be considered as an indicator for a successful treatment in HIV patients, besides ARV therapy. On the other hand, nutritional status also turned out to have a major role in influencing the disease progression, which is also related to the quality of life. As a result, it is important to know the association between the two of them.

Aim: To identify the association between nutritional status and quality of life in PLWHA.

Methods: This cross-sectional study used the PG-SGA tool as an indicator for nutritional status, and SF-36 questionnaire to measure quality of life. This study was conducted in RSUP Dr Kariadi Semarang and BKPM Semarang between March - June 2016. Participants, who fulfill the inclusion and exclusion criteria were recruited from PLWHA in RSUP Dr Kariadi and BKPM Semarang. Pearson's correlation test was used to assess the association between nutritional status and quality of life for the normal distributed data, while the abnormal distributed data was assessed using Spearman's rank correlation test.

Results: In general, the subjects had a good nutritional status and quality of life. Statistically, there was a significant association between nutritional status and quality of life. If we looked closer at several domains, there was a significant association between PG-SGA score and role physical, role emotional, bodily pain, vitality, mental health ($p=0.001$), while there were no significant association between PG-SGA score and physical function, social function, general health domains. ($p = 0,053 ; 0,328 ; 0,308$ respectively).

Conclusions: A significant association was observed between nutritional status determined by PG-SGA score and quality of life according to SF-36, also in particular with the other 5 domains of quality of life, such as role physical, role emotional, bodily pain, vitality and mental health domains. There are no significant association on the other domains.

Keywords: nutritional status, quality of life, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala yang disebabkan karena menurunnya sistem kekebalan tubuh secara progresif akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk salah satu jenis retrovirus.¹

Di Indonesia, masalah penanganan HIV/AIDS mendapat perhatian yang serius. Kemenkes RI melaporkan bahwa jumlah kumulatif penderita HIV dari tahun 1987 sampai September 2014 : 150.296 orang, dengan kasus terbanyak pada Provinsi DKI Jakarta (32.782 kasus).² Jumlah mortalitas penyakit AIDS : 1,5 juta jiwa, yang terdiri dari 1,3 juta orang dewasa dan 190.000 anak berusia <15 tahun.²

Selain itu, masalah gizi terkait dengan infeksi HIV juga perlu mendapat perhatian. Menurut hasil penelitian pada tahun 2012 di RS Cipto Mangunkusumo, proporsi pasien HIV/AIDS yang memiliki status gizi baik sebanyak 74%, sedangkan yang memiliki status gizi kurang sebanyak 26%.³ Penelitian lain yang dilakukan pada RSUP Dr. Kariadi Semarang pada Desember 2010–Mei 2011 menunjukkan bahwa terdapat 22 pasien (52,38%) dengan status gizi di bawah normal/*underweight* berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT).⁴ Disamping itu,

berdasarkan hasil analisis konsumsi yang dilakukan oleh Wanda Patty di RSUD Labuang Baji Makassar pada tahun 2010, diperoleh rata-rata asupan zat gizi pasien HIV/AIDS kurang. Penderita HIV/AIDS di RSUD Labuang baji Makassar memiliki status gizi kurang 65,96% dan status gizi normal 34,04%.⁵

Seperti pada penyakit kronik lainnya, pada penyakit HIV / AIDS, kualitas hidup pasien juga merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Salah satu tingkat keberhasilan dari terapi HIV bukan hanya dilihat dari tampilan klinisnya saja, akan tetapi juga dilihat dari kualitas hidupnya.⁶ Implementasi dari terapi ARV (*Anti Retro Viral*) bisa dikatakan berhasil bila kualitas hidupnya baik. Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan dalam berhubungan dengan tujuannya, pengharapan, norma-norma dan kepedulian menyatu dalam hal yang kompleks kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, level kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan-kepercayaan personal dan hubungannya dengan hal-hal yang penting pada lingkungan. Banyak hal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HIV/AIDS antara lain, progresivitas penyakit, disabilitas pasien, stigma sosial di masyarakat, jangka waktu pengobatan, efek samping dari pengobatan tersebut.⁶

Status gizi pasien HIV juga merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam penanganan pasien, selain pemberian ARV karena berkaitan dengan kualitas hidup, progresivitas penyakit, kelangsungan hidup dan status fungsional dari pasien.⁷ Status gizi yang buruk pada pasien HIV/AIDS disebabkan karena asupan gizi yang tidak adekuat, adanya perubahan laju metabolisme tubuh, perubahan mekanisme kerja traktus digestivus, interaksi obat dengan zat gizi.⁸ Keadaan malnutrisi ini dapat menyebabkan turunnya imunitas, meningkatkan resiko untuk terkena infeksi oportunistik, dan mempengaruhi absorpsi obat ARV dalam tubuh.⁸ Tahap akhir dari keadaan malnutrisi ini adalah *HIV wasting syndrome*. Oleh karena itu, status gizi yang buruk pada pasien HIV dapat mempercepat progresivitas penyakit menjadi AIDS, mortalitas yang meningkat dan penurunan waktu harapan hidup.⁹

Oleh karena itu berdasarkan uraian diatas, maka perlu diketahui hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Sehingga diharapkan

penelitian ini dapat memberikan informasi lebih jauh untuk meningkatkan kualitas tatalaksana ODHA kedepannya.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Kriteria inklusi penelitian ini adalah pasien HIV berumur > 18 tahun, komunikatif, mampu bekerja sama dengan baik, dan bersedia sebagai responden dengan menandatangani lembar *informed consent*. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah pasien HIV yang dirawat inap. Sampel diambil dengan cara *consecutive sampling*. Setelah dihitung berdasarkan rumus besar sampel didapatkan minimal 74 sampel untuk penelitian ini.

Variabel bebas penelitian ini adalah status gizi ODHA. Variabel terikat penelitian ini adalah kualitas hidup ODHA. Disamping itu, juga terdapat variabel perancu antara lain, usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial dan ekonomi, dukungan sosial dan keluarga, interaksi sosial serta stigma sosial.

Pada penelitian dilakukan pengolahan dan analisis data secara statistik menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* untuk normalitas data serta uji hubungan *Pearson* untuk data dengan distribusi normal dan *Spearman* untuk data yang berdistribusi tidak normal.

HASIL

Pada periode penelitian (Maret sampai dengan Juni 2016) didapatkan sampel sebanyak 76 pasien HIV yang menjalani rawat jalan di klinik VCT RSUP Dr. Kariadi Semarang dan BKPM Semarang dengan metode *consecutive sampling*.

Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	n (%)
Jenis kelamin	
• Laki-laki	46 (60,5%)
• Perempuan	30 (39,5%)
Pendidikan	

• SD / dibawahnya	8(10,5%)
• SMP	13(17,1%)
• SMA	21(27,6%)
• SMK/SMEA	20(26,3%)
• D3/Diploma	5(6,6%)
• S1 / lebih	9 (11,8%)
Pekerjaan	
• Swasta	49 (64,5%)
• Ibu rumah tangga	12 (15,8%)
• Apoteker	1 (1,3%)
• Buruh	3 (3,9%)
• Guru	1 (1,3%)
• Mahasiswa	4 (5,3%)
• Ojek	1 (1,3%)
• Pabrik	1 (1,3%)
• Relawan	1 (1,3%)
• Belum bekerja	3 (3,9%)
Pendapatan per bulan	
• < 1 jt	32 (42,1%)
• 1jt – 3jt	32 (42,1%)
• 3jt – 5jt	11 (14,5%)
• > 5jt	1 (1,3%)
Status gizi	
• Gizi baik (PG-SGA A)	56 (73,7%)
• Gizi sedang (PG-SGA B)	13 (17,1%)
• Gizi buruk (PG-SGA C)	7 (9,2%)

Tabel 2. Usia subjek penelitian

Kategori	Rerata \pm SB	Minimum	Maximum
Usia	35,28 \pm 10,181	21	75

Pada tabel ini, dapat dilihat bahwa sebagian besar subjek penelitian adalah laki-laki, yaitu sebanyak 46 responden (60,5%) dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 21 responden (27,6%) dan SMK sebanyak 20 responden (26,3%). Jika dilihat dari pekerjaannya, subjek untuk penelitian ini memiliki pekerjaan yang sangat beragam, dengan mayoritas subjek bekerja di swasta, yaitu sebanyak 49 responden (53,9%). Berdasarkan data pendapatan per bulan, sebagian besar subjek memiliki pendapatan < Rp1 juta per bulan (42,1%) atau antara Rp.1 juta – Rp.3 juta per bulannya (42,1%), masing-masing berjumlah 32 responden. Usia subjek secara keseluruhan adalah 35,28 \pm 10,181 tahun dengan usia termuda 21 tahun dan usia tertua 75 tahun.

Ditinjau dari status gizi berdasarkan skor PG-SGA, 56 responden penelitian memiliki status gizi baik (73,7%) dengan gizi sedang mencakup 13 responden (17,1%) dan gizi buruk hanya 7 responden penelitian (9,2%).

Kualitas Hidup

Kualitas hidup subjek penelitian yang diukur dengan SF-36 digambarkan melalui tabel berikut ini.

Tabel 3. Hasil pengukuran kualitas hidup secara umum

Kategori	Rerata \pm SB (min-max)	Proporsi
Kualitas Hidup total	2617,17 \pm 614,75 (815 – 3475)	0,75

Dari tabel berikut dapat disimpulkan bahwa secara umum, kualitas hidup subjek penelitian baik (proporsi > 0,5), dengan proporsi 0,75 dan nilai rerata skor SF-36 sebesar 2617,17 \pm 614,75.

Hubungan kategori skor PG-SGA dengan kualitas hidup ODHA

Hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup ODHA dapat digambarkan melalui tabel berikut ini.

Tabel 4. Hubungan antara skor PG-SGA dengan kualitas hidup ODHA

Kategori	Koefisien Korelasi	P
Kualitas hidup total	-0,433	0,001

Pada tabel diatas, dapat dilihat bahwa hubungan antara status gizi dengan kualitas hidup ODHA adalah bermakna ($p=0,001$) dengan derajat korelasi sedang (Koefisien Korelasi = -0,433).

Pengukuran kualitas hidup sesuai domain

Pengukuran kualitas hidup dengan SF-36 dapat dijabarkan kembali menjadi 8 domain dengan hasil sebagai berikut.

Tabel 5. Hasil pengukuran kualitas hidup sesuai domain

Domain Kualitas hidup	Rerata \pm SB (min-max)	Proporsi
Fungsi fisik	785,53 \pm 240,945 (0 – 1000)	0,78
Masalah fisik	286,84 \pm 134 (0 – 400)	0,72
Masalah emosional	211,84 \pm 104,52 (0 – 300)	0,71
Vitalitas	299,47 \pm 87,146 (100 – 400)	0,75
Kesejahteraan mental	382,11 \pm 101,434 (80 – 500)	0,76
Fungsi sosial	152,96 \pm 47,428 (25 – 350)	0,43
Nyeri	157,96 \pm 47,323 (25 – 200)	0,79
Persepsi kesehatan umum	340,46 \pm 76,482 (175 – 500)	0,68

Pada tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa ODHA mempunyai kualitas hidup yang baik pada hampir seluruh domain (proporsi >0,5), kecuali pada domain fungsi sosial (proporsi = 0,43).

Hubungan skor PG-SGA dengan masing-masing domain kualitas hidup

Hubungan antara kategori skor PG-SGA dengan masing-masing domain kualitas hidup pada SF-36 dijabarkan melalui tabel berikut ini.

Tabel 6. Hubungan skor PG-SGA dengan masing- masing domain kualitas hidup pasien

Domain kualitas hidup	Koefisien Korelasi	P
Fungsi fisik	-0,223	0,053
Masalah fisik	-0,381	0,001
Masalah emosional	-0,361	0,001
Vitalitas	-0,484	0,001
Kesejahteraan mental	-0,485	0,001
Fungsi sosial	-0,114	0,328
Nyeri	-0,360	0,001
Persepsi kesehatan umum	-0,119	0,308

*Uji korelasi Spearman

Pada tabel diatas, dapat dilihat bahwa hubungan antara skor PG-SGA dengan domain masalah fisik, masalah emosional dan nyeri adalah bermakna ($p = 0,001$) dengan derajat korelasi lemah. (Koefisien korelasi secara berurutan = -0,381 ; -0,361 ; -0,360). Selain itu, juga terdapat hubungan yang bermakna antara skor PG-SGA dengan domain vitalitas, kesejahteraan mental dengan derajat korelasi sedang (Koefisien korelasi secara berurutan = -0,484 ; -0,485). Sedangkan hubungan antara skor PG-SGA dengan domain fungsi fisik, fungsi sosial, dan persepsi kesehatan umum adalah tidak bermakna (nilai p secara berurutan = 0,053 ; 0,328 ; 0,308).

Analisis faktor perancu

Faktor-faktor diluar variabel yang diteliti juga dianalisis secara statistik untuk mengetahui apakah faktor tersebut mempengaruhi hasil penelitian terhadap kualitas hidup.

Tabel 7. Analisis faktor perancu terhadap kualitas hidup

Variabel	P
Jenis kelamin	-0,096
Usia	0,253
Pendapatan per bulan	0,266
Pendidikan terakhir	0,228

Menurut hasil analisis statistik terhadap faktor perancu, didapatkan hubungan yang tidak bermakna antara jenis kelamin, usia, pendapatan per bulan, pendidikan terakhir terhadap kualitas hidup. Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel-variabel tersebut tidak mempengaruhi hasil penelitian secara statistik.

Subjek pada penelitian ini, sebagian besar mempunyai status gizi baik (PG-SGA A). Hal ini disebabkan karena sebagian besar sampel yang kami kaji, sudah menjalani terapi ARV dengan baik dan menjadi bagian dari kelompok dukung sebaya. Selain itu, subjek yang kami kaji juga terbatas pada stadium klinis HIV 1 dan 2, karena progresivitas penyakit HIV pada pasien di dalam kelompok dukung sebaya ini juga dapat dikontrol dengan baik.

Subjek yang kami kaji pada penelitian ini memiliki kualitas hidup yang baik (proporsi > 0.5). Jika dilihat lebih jauh pada masing-masing domain, hampir seluruh domain juga mempunyai kualitas hidup yang baik, kecuali pada domain fungsi sosial. Hal ini disebabkan karena masih adanya anggapan masyarakat bahwa penyakit HIV/AIDS dapat menular melalui kontak tubuh, dan masih adanya stigma buruk yang beredar pada masyarakat, sehingga ODHA tidak dapat melakukan interaksi sosial dengan baik dengan sekitarnya.¹⁰

Pada penelitian ini, dijumpai hubungan yang bermakna antara skor PG-SGA dengan kualitas hidup yang diukur dengan skor SF-36 dengan derajat korelasi sedang. Hasil ini sesuai dengan penelitian *Ananya, dkk*, dimana status gizi berkorelasi positif dengan kualitas hidup secara keseluruhan.¹¹ Hal ini juga disebabkan karena adanya hubungan yang erat antara status gizi dengan progresivitas penyakit dan terapi ARV.¹² Oleh karena itu, dengan diperbaikinya status gizi, diharapkan progresivitas penyakit dapat berjalan lebih lambat, sehingga kualitas hidup pasien menjadi lebih baik.

Pada pengkajian lebih dalam dengan masing-masing domain, dijumpai hubungan yang bermakna antara status gizi dengan 5 domain kualitas hidup, yaitu masalah fisik, masalah emosional, vitalitas, kesejahteraan mental dan nyeri. Sedangkan untuk domain lainnya, yaitu fungsi fisik, fungsi sosial dan persepsi kesehatan umum dijumpai hubungan yang tidak bermakna dengan skor PG-SGA.

Jika dilihat dari komponen kualitas hidup, skor PG-SGA berhubungan dengan semua indikator kuat komponen mental dan hanya 2 dari komponen fisik. Hasil ini berbeda dengan penelitian *Folasire, dkk* yang mengatakan bahwa SGA memiliki korelasi dengan domain fisik dan domain psikologis.¹³

Untuk fungsi fisik, hal ini disebabkan karena adanya beberapa faktor lain, seperti pekerjaan dan persepsi pasien itu sendiri. Orang yang sehari-harinya bekerja dengan banyak menggunakan kekuatan fisik dan keterampilan, cenderung memiliki fungsi fisik yang baik.¹⁴ Selain itu, jika menurut pasien fungsi fisiknya masih baik, maka ia akan mengisi kuesioner tersebut dengan status fungsi fisik baik, meskipun pada kenyataannya terdapat beberapa gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Namun, menariknya keterlibatan ODHA dalam KDS juga mempengaruhi bagaimana kualitas hidupnya secara fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian *Haroen, dkk* yang mengemukakan bahwa pelayanan perawatan yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.¹⁵

Kegiatan yang mereka lakukan dalam KDS antara lain :

- Pertemuan KDS rutin setiap bulan untuk membangun keakraban, dan saling mendukung antar anggota KDS, sekaligus berdiskusi untuk menambah pengetahuan mengenai penyakitnya.
- Acara yang diselenggarakan baik dari dalam, maupun dari luar KDS antara lain, Acara peringatan Hari Ibu, Hari Kesetiakawanan Sosial Nasional, dan Hari HIV/AIDS Sedunia yang telah digelar di Aula Gubernuran Jawa Tengah dengan dihadiri oleh Gubernur Jawa Tengah, Bibit Waluyo, para ibu PKK, dan Dharma Wanita.
- Pelayanan konseling individu untuk membantu ODHA menyelesaikan masalah yang dihadapi ODHA dalam terapinya, penjelasan mengenai perjalanan penyakit yang dideritanya, serta kepatuhan minum obat.

Untuk indikator fungsi sosial juga mungkin terdapat bias, karena pertanyaan kuesioner menyangkut tentang bagaimana pasien bersosialisasi dengan keluarga dan lingkungannya, dimana bagi sebagian ODHA hal tersebut sifatnya sangat sensitif, sehingga belum tentu semua responden bersedia untuk menjawab jujur. Disamping itu, menurut penelitian *Valentine dkk*, dukungan keluarga, dukungan sosial dan relasi antar individu juga ikut mempengaruhi fungsi

sosial ODHA.¹⁶ Pasien HIV yang mendapat dukungan keluarga dan sosial serta relasi antar individu yang baik akan merasa diterima dalam lingkungan sosialnya, sehingga dapat melakukan tanggung jawab nya dengan baik dalam lingkungan sosialnya. Untuk domain persepsi kesehatan umum, nilainya sangat dipengaruhi oleh subjektivitas dari pasien. Bila pasien memiliki motivasi yang tinggi untuk hidup, tidak menganggap penyakitnya sebagai suatu beban, serta mendapat dukungan sosial dari keluarga maupun dari masyarakat, maka ia akan mempunyai persepsi kesehatan umum yang baik, meskipun pada kenyataannya status gizi nya buruk.¹⁷

Penelitian ini masih memiliki beberapa keterbatasan antara lain, faktor-faktor perancu pada penelitian, antara lain stigma sosial dan dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat belum dapat kami kendalikan sepenuhnya dan terdapat subjektivitas pada pengisian kuesioner baik untuk status gizi dan kualitas hidup sehingga memungkinkan adanya bias.

Peneliti berharap dapat dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan status gizi dengan kualitas hidup ODHA dengan mengontrol faktor perancu yang ada dan pada populasi penelitian yang lebih luas, disamping dari RSUP Dr Kariadi Semarang dan BKPM Semarang.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Pada penelitian ini, secara umum, ODHA mempunyai kualitas hidup dan status gizi yang baik. Terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi yang diukur dengan skor PG-SGA dengan kualitas hidup yang diukur dengan skor SF-36.

Bila dijabarkan lebih jauh mengenai per domainnya, maka dapat dilihat hubungan yang bermakna antara status gizi dengan domain masalah fisik, masalah emosional, nyeri, vitalitas dan kesejahteraan mental. Untuk domain lain, tidak didapatkan hubungan yang bermakna.

Saran

Pada penelitian selanjutnya, disarankan agar dapat lebih mengontrol faktor perancu yang ada, seperti dukungan sosial, stigma sosial serta subjektivitas dari kuesioner itu sendiri. Selain itu, perlu dilakukan penelitian diwilayah yang lebih luas, disamping RSUP Dr. Kariadi Semarang dan BKPM Semarang, agar hasil penelitian dapat lebih mewakili populasi umum yang ada. Sesuai dengan hasil penelitian ini, hendaknya tatalaksana ODHA tidak hanya terbatas pada terapi ARV

dan konseling pada klinik VCT saja, namun juga melibatkan tenaga kesehatan dibidang lain, khususnya ahli gizi, sehingga diharapkan tatalaksana yang dilakukan dapat lebih komprehensif. Keikutsertaan dalam KDS juga perlu dipertimbangkan dalam tatalaksana ODHA karena terbukti dapat meningkatkan status gizi dan kualitas hidup ODHA.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djoerban Z, Djauzi S. HIV/AIDS di Indonesia. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, dkk, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2014. p. 887.
2. Kementerian Kesehatan RI. Data Statistik HIV di Indonesia 2014. 2014. p. 1–8.
3. Reuwpassa J. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Keadaan Status Gizi Pasien HIV/AIDS Berdasarkan Indeks Massa Tubuh di RSUPN Cipto Mangunkusumo Tahun 2012 [Skripsi]. 2012;
4. Udji Sofro MA, Angita I, Isbandrio B. Karakteristik Pasien HIV/AIDS dengan Kandidiasis Orofaringeal di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Medica Hosp.* 2013;1:164–8.
5. Yusuf AM. Hubungan Asupan Antioksidan dan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi [Skripsi]. 2015;
6. Handajani YS, Djoerban Z, Irawan H. Quality of life people living with HIV/AIDS: outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta. *Acta Med Indones.* 2012;44(4):310–6.
7. Swaminathan S, Padmapriyadarsini C, Sukumar B, Iliayas S, Kumar SR, Triveni C, et al. Nutritional status of persons with HIV infection, persons with HIV infection and tuberculosis, and HIV-negative individuals from southern India. *Clin Infect Dis.* 2008;46(6):946–9.
8. Stambullian M, Feliu S, Slobodianik NH. Nutritional status in patients with HIV infection and AIDS. *Br J Nutr.* 2007;98 Suppl 1:S140–3.
9. Paton NI, Sangeetha S, Earnest A, Bellamy R. The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2006;7(5):323–30.

10. Hardiansyah, Amiruddin R, Arsyad DS. Kualitas Hidup Orang Dengan HIV dan AIDS di Kota Makassar. *Media Kesehat Masy Indones*. 2014;1–11.
11. Bhowmik A, Ghugre P, Udipi S, Guha SK. Nutritional Status and Quality of Life of Women with HIV /AIDS. *Am J Infect Dis*. 2012;8(1):13–8.
12. de Pee S, Semba RD. Role of nutrition in HIV infection: review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. *Food Nutr Bull*. 2010 Dec;31(4):S313–44.
13. Folasire OF, Folasire AM, Sanusi RA. Measures of Nutritional Status and Quality of Life in Adult People Living with HIV / AIDS at a Tertiary Hospital in Nigeria. *Food Nutr Sci*. 2015;(March):412–20.
14. Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V, Mittal C, Agarwal S. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci*. Medknow Publications; 2006 Jan 1;60(1):3.
15. Haroen H, Juniarti N. Kualitas Hidup Wanita Penderita AIDS dan Wanita Pasangan Penderita AIDS di Kabupaten Bandung Barat. *Maj Keperawatan Unpad*. 2012;12(1).
16. Odili VU, Ikhurionan IB, Usifoh SF, Oparah AC. Determinants of quality of life in HIV/AIDS patients. *West African J Pharm*. 2011;22(1):42–8.
17. Patel AA, Donegan D, Albert T. The 36-item short form. *J Am Acad Orthop Surg*. 2007 Feb;15(2):126–34.