

**PENGARUH KONSELING GIZI PADA PENDERITA HIV/AIDS
UNTUK PERUBAHAN PERILAKU MAKAN DAN STATUS GIZI
DI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

***EFFECT OF NUTRIENT COUNSELING TO HIV/AIDS PATIENTS
FOR CHANGE FEEDING BEHAVIOR AND NUTRIENT STATUS
AT RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR***

RUSDI RAZAK



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

**PENGARUH KONSELING GIZI PADA PENDERITA HIV/AIDS
UNTUK PERUBAHAN PERILAKU MAKAN DAN STATUS GIZI
DI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

RUSDI RAZAK

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

PRAKATA

Alhamdulillah, puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya serta salawat dan taslim atas junjungan Nabi besar Muhammad S.W.T, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan Judul : **“Pengaruh Konseling Gizi Pada Penderita HIV/AIDS Untuk Perubahan Perilaku Makan Dan Status Gizi Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**, yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan ini, saya ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orangtua saya, Ayahanda H. Abd. Razak Dg. Sila dan Ibunda Hj. Hadiah Dg. Baji yang telah memberi kasih sayang yang tak terhingga, dan selalu memberi dukungan baik secara moral maupun material sehingga saya dapat menyelesaikan studi ini.

Ucapan terima kasih untuk istri tercinta Hj. Malawanting Dg. Ngiji, SKM., yang tidak pernah merasa lelah dan selalu mendampingi selama penelitian dilapangan serta memberikan support baik moral maupun material, karena tanpa dukungannya saya tidak dapat menyelesaikan studi ini, dan untuk anak-anakku yang tercinta Ruchmayanti, Ruchmansyafri dan Ruchmayunita, terima kasih atas pengertian, kesabaran, keihlasan serta dukungan dan kerelaannya atas waktu yang seharusnya diisi dengan kehadiran bapak didekatnya telah berkurang selama ini.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu **Prof. Dr. dr. Nurpudji A. Taslim, MPH., Sp.GK.**, sebagai Ketua Komisi Penasehat dan Bapak

Dr. dr. H. Muh. Syafar, MS. sebagai Anggota Komisi Penasehat dalam penulisan Tesis ini yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dengan tulus dan ikhlas guna memberikan bimbingan, petunjuk serta dorongan semangat selama penulisan sampai dengan selesainya Tesis ini.

Selanjutnya ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, MSc., selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin
2. Bapak Dr. drg. Zulkifli Abdullah, MS. selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS., selaku Ketua Konsentrasi Gizi Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin yang selalu meluangkan waktunya memberikan bimbingan dan motivasi selama penulis mengikuti studi hingga penyelesaian penulisan tesis ini.
4. Bapak Prof. Dr. Veni Hadju, Ph.D., selaku penguji yang telah banyak memberikan masukan, kritik dan saran sehingga penyusunan tesis ini lebih sempurna.
5. Ibu Prof. Dr. dr. Suryani A. Armyn, M.Sc., Sp.GK., selaku penguji yang telah memberikan masukan, kritik, saran sehingga penyusunan tesis ini lebih sempurna.
6. Bapak Prof. Dr. dr. Muh. Rusli Ngatimin, MPH., selaku penguji atas perhatian, masukan, kritik dan saran untuk lebih menyempurnakan tesis ini.
7. Ibu Dr. drg. Nurshanti Sapada, selaku Direktur Utama RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan kegiatan penelitian

8. Bapak Prof. Dr. dr. Samsu, Sp.PD-KAI, selaku Ketua Tim Pokja HIV/AIDS RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan kegiatan penelitian.
9. Bapak Drs. Andi Akbar Halim, selaku Direktur Lembaga Sosial (LSM) Gaya Celebes Makassar yang telah banyak membantu dalam pengambilan sampel dan penyediaan ruangan pertemuan.
10. Ibu Shanti Reskiyanti, SKM., M.Kes., selaku Direktur Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) MHaRC Makassar yang telah banyak membantu dalam pengambilan sampel dan penyediaan ruangan pertemuan.
11. Bapak Azis, dan Ibu Amma selaku pendamping ODHA yang selalu setia membantu mengkoordinir pelaksanaan konseling gizi di lapangan.
12. Ibu St. Fatimah, DCN. M.Kes, selaku Kepala Instalasi Gizi dan Koordinator Konselor Gizi ODHA RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo dengan rela meninggalkan keluarga guna membantu dalam pemberian materi konseling gizi ODHA.
13. Ibu Hj. Murni selaku tenaga laboratorium klinik RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo yang dengan ikhlas membantu dalam pengambilan darah dan pemeriksaan Hb selama penelitian di lapangan.
14. Rekan-rekan penderita ODHA sebagai sampel dalam penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang dengan rela dan setia menjadi sampel dan mengikuti setiap kegiatan hingga penelitian berakhir.

15. Tim pengajar dan staf pengelola pada Program Magister Konsentrasi Gizi Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu dan pengalaman yang sangat berharga bagi penulis.
16. Rekan-rekan Mahasiswa Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin, atas kebersamaan dan kerjasamanya dan saling memotivasi selama proses studi berjalan.
17. Saudaraku Manjilala S.Gz, Ibu Ruth Aty, SKM serta rekan-rekan di Instalasi gizi RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu, yang telah banyak membantu dan memberikan support selama penulis melaksanakan studi hingga penyelesaian penulisan Tesis ini.

Penulis telah berupaya menyusun Tesis ini semaksimal mungkin, namun penulis menyadari dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, dari itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya inofatif untuk perbaikan dan penyempurnaan Tesis ini agar dapat memberikan manfaat serta bernilai ibadah bagi kita semua.

Semoga Allah SWT, dengan segala kebesaran-Nya senantiasa memberikan lindungan dan petunjuk kepada kita sekalian, Amiiin.

Makassar, Nopember 2008

Penulis

RUSDI RAZAK

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Prakata	iii
Abstrak	vii
Abstract	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Lampiran	xii
 I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
 II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum tentang Konseling	13
B. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan Konseling.....	36
C. Pengetahuan dan Keterampilan.....	40
D. Persepsi dalam Konseling	41
E. Keterampilan dalam Komunikasi Interpersonal	43
F. Konseling Gizi	47

G. Perilaku Makan Odha	49
H. Infeksi HIV/AIDS	53
I. Asuhan Gizi pada ODHA	65
 III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel	83
B. Kerangka Konsep	84
C. Hipotesis	85
D. Klasifikasi Variabel, Defenisi Operasional dan Kriteria Obyektif	85
 IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	91
B. Waktu dan Tempat Penelitian	91
C. Alur Penelitian	93
D. Populasi dan Sampel	94
E. Desain Intervensi (Konseling kepada ODHA)	96
F. Instrumen Pengumpulan Data	105
G. Pengolahan dan Analisis Data	106
H. Kontrol Kualitas	107
 V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	110
1. Gambaran umum lokasi penelitian	110
2. Karakteristik sampel	111
3. Perilaku makan	114
4. Asupan makanan dan status gizi	115

5. Analisis perubahan perilaku makan ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi	116
6. Analisis perubahan asupan zat gizi	117
7. Analisis perubahan status gizi ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi	118
B. Pembahasan	120
1. Konseling gizi untuk perubahan perilaku makan ODHA ..	120
2. Analisis perubahan asupan makanan (energi dan protein) sebelum dan sesudah konseling gizi	124
3. Analisis perubahan status gizi (BB, LILA, Hb, IMT) antara sebelum dan sesudah konseling gizi	127
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	134
A. Kesimpulan	134
B. Saran	134
DAFTAR PUSTAKA	136
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Teks	Halaman
1.	Desain Konseling Gizi kepada ODHA	99

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Teks	Halaman
1.	Pedoman Menyusun Menu Sehat Bergizi	67

DAFTAR TABEL

No.	Judul Tabel	Halaman
1.	Kriteria penilaian status gizi	87
2.	Desain Konseling gizi kepada ODHA	101
3.	Karakteristik sampel pada awal penelitian	112
4.	Karakteristik sampel pada awal penelitian	113
5.	Karakteristik sampel	113
6.	Perilaku makan sampel awal penelitian	114
7.	Asupan makanan sampel pada awal penelitian.....	116
8.	Hasil uji perilaku makan (pengetahuan, sikap dan praktek) antara sebelum dan sesudah makan	116
9.	Rata-rata asupan gizi (energi dan protein) sebelum dan sesudah konseling gizi	117
10.	Hasil uji perbedaan berat badan (BB) ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi	118
11.	Rata-rata hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi	118
12.	Rata-rata hasil pengukuran hemoglobin (Hb) ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi	119
13.	Rata-rata perubahan indeks massa tubuh (IMT) sebelum dan sesudah konseling gizi	120

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1	Prosedur dan Tahapan Konseling Behavioral.....	19
Gambar 2	Kerangka Konsep Penelitian	84
Gambar 3	Alur Penelitian	93
Gambar 4	Dokumentasi penelitian	166

DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul lampiran	Halaman
1.	Pernyataan menjadi responden	141
2.	Prosedur wawancara	142
3.	Prosedur pengukuran antropometri	143
4.	Kuesioner penelitian	146
5.	Formulir food recall 24 jam	150
6.	Formulir food frequency	151
7.	Cara perhitungan skor pengetahuan, sikap dan praktek ..	152
8.	Daftar bahan penukar	153
9.	Lefleat Gizi Seimbang	154
10.	Lefleat Menyiasati Nafsu Makan Rendah	155
11.	Lefleat tips untuk meningkatkan berat badan	156
12.	Lefleat mengatasi mual dan muntah	157
13.	Lefleat menjaga kebersihan makanan	158
14.	Lefleat apa yang harus saya makan ketika diare	159
15.	Hasil pengukuran status gizi sampel (TB,BB,IMT,Lila,Hb)..	160
16.	Hasil pengukuran timbangan BIA 530.....	161
17.	Dokumentasi kegiatan penelitian	166

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik akibat menurunnya system kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

Penyakit infeksi HIV & AIDS masih merupakan masalah kesehatan global, termasuk di Indonesia. Masalah yang berkembang sehubungan dengan penyakit infeksi HIV & AIDS adalah angka kejadian dan kematian yang masih tinggi. (Nasronudin, 2006).

Laju penyebaran infeksi HIV di Indonesia merupakan salah satu yang tercepat di dunia. Kasus HIV/AIDS terkonsentrasi pada populasi risiko tinggi, khususnya pada kelompok IDU (*intra venous drug user*) dan pekerja seks dimana penyebaran kasus berlangsung dengan cepat.

Jumlah kasus infeksi HIV/AIDS di Indonesia telah meningkat tajam. Pada estimasi tahun 2002 diperkirakan kasus HIV/AIDS di Indonesia mencapai 90.000-120.000 orang. Estimasi kedua pada tahun 2006 ternyata jumlah kasus HIV/AIDS sudah meningkat menjadi 190.000-210.000. Peningkatan ini ditunjang oleh penggunaan narkoba suntikan yang marak di kota-kota besar di Indonesia. Kasus HIV/AIDS yang cara penularannya

melalui penggunaan bersama jarum suntik pada kelompok pengguna narkoba mempunyai komplikasi medis yang rumit. (Samsuridjal Djauzi, 2007)

Data dari UNAIDS dan WHO memperkirakan bahwa jumlah orang yang terinfeksi HIV (ODHA) di seluruh dunia sampai dengan tahun 2005 mencapai 40,3 juta. Dalam tahun yang sama, 3,1 juta penduduk meninggal karena AIDS dan lebih dari ½ juta (570.000) adalah anak-anak. Jadi sejak pertama kali dikenal (1981), AIDS telah membunuh lebih dari 25 juta orang, mencapai rekor sebagai penyakit paling mematikan dalam sejarah.

Berdasarkan informasi terbaru yang dikumpulkan oleh Departemen Kesehatan melalui surveilans HIV/AIDS, surveilans perilaku dan berbagai hasil studi di lapangan diperoleh kesimpulan bahwa potensi ancaman epidemi HIV/AIDS di Indonesia semakin besar. Kasus pertama HIV/AIDS di Indonesia ditemukan pada tahun 1987 di Bali. Akan tetapi, penyebaran HIV di Indonesia meningkat setelah tahun 1995 (KPAN, 2003). Secara kumulatif pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS 1 Juli 1987 s/d 30 September 2007 telah mencapai angka 16.288 kasus dengan rincian 10.384 penderita AIDS dan 5.904 pengidap HIV, dengan kematian 2.287. Lebih memprihatinkan adalah tingginya persentase penderita pada usia produktif (53 % kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 25 % pada kelompok usia 30-39 tahun). Disamping itu telah terjadi pergeseran dalam cara penularannya yang semula hubungan seksual menjadi penyebab utama, kini kasus penularan terbanyak (49,5%) melalui penggunaan jarum suntik oleh penyalahgunaan napza (IDU). Penularan

melalui heteroseksual sebesar 41,9% dan homoseksual 4,0% (Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 10 Oktober 2007).

Hasil penelitian kerja sama Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan dengan Yayasan Informasi Riset Kesehatan (2007) melaporkan bahwa jumlah kumulatif pengidap HIV dan penderita AIDS di Propinsi Sulawesi Selatan berdasarkan faktor resiko sampai dengan Juni 2007 mencapai angka 1630 kasus (belum divalidasi dari rumah sakit), terbanyak ditemukan di Makassar sekitar 1553 orang dengan penularan melalui penggunaan jarum suntik oleh penyalahgunaan napza (IDU) 988, heteroseksual 333, homoseksual 75, darah donor terinfeksi 210, dan tidak diketahui 16. Dari 227 orang yang dirawat di Rumah Sakit DR Wahidin Sudirohusodo selama tahun 2007, 11 orang meninggal akibat mengidap HIV/AIDS. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa penggunaan narkoba suntik didominasi oleh kaum pria yaitu sebesar 96,0 % dari 400 sampel tersebar di Kota Makassar, usia produktif 16-27 tahun merupakan kelompok terbesar (79,5%). Pergantian jarum suntik yang tidak steril dengan persentasi yang masih tinggi merupakan perilaku beresiko terhadap penularan HIV/AIDS.

Data terakhir Sekretariat Pokja HIV/AIDS RS. Wahidin sudirohusodo makassar tercatat penderita HIV/AIDS sampai dengan September 2007 berjumlah 1786 orang, dirawat di rumah sakit hingga Juni 2007 berjumlah 402 orang dan meninggal 124 orang.

Sampai saat ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan AIDS atau membunuh virus HIV namun sudah ditemukan beberapa obat antiretroviral yang dapat menghambat perkembangbiakan HIV. Selama belum ada obat yang efektif dan terjangkau oleh masyarakat, maka pengobatan terutama

ditujukan untuk penyakit penyertanya dengan tujuan mempertahankan kualitas hidup ODHA (orang dengan HIV dan AIDS) (Spritia, 2004, Depkes 2003, Drain PK, et al., 2006).

Infeksi HIV akan memengaruhi status nutrisi (makronutrien dan mikronutrien) serta sistem imun orang dengan infeksi HIV & AIDS (ODHA). Perubahan status nutrisi tersebut disebabkan oleh berbagai faktor : anoreksia, hipermetabolik, hiperkatabolik, infeksi kronis, demam, penurunan intake nutrisi, mual, muntah, diare, malabsorpsi, peningkatan kebutuhan maupun kehilangan nutrisi, depresi, efek samping obat, radiasi, dan kemoterapi. Perubahan status nutrisi tersebut terkait erat dengan perjalanan penyakit infeksi HIV yang menyertainya. (Nasronudin, 2006).

Secara umum disebutkan rerata 75% status nutrisi yang masuk rumah sakit menurun, 40-55% mempunyai resiko malnutrisi, dan 12% malnutrisi berat. Di UPIPI RSU Dr. Sutomo, sindrom *wasting* terjadi pada lebih 90% penderita AIDS. (Nasronudin, 2006).

Asuhan gizi merupakan komponen penting dalam perawatan individu yang terinfeksi HIV/AIDS untuk memperbaiki dan mempertahankan status gizi, serta meningkatkan kekebalan tubuh ODHA (Batterham, 2005, Green W, 2003, Dao Halim, 2004). Mereka akan mengalami penurunan berat badan berkaitan erat dengan kurang gizi. Apabila tidak segera ditangani, akan mengalami malnutrisi berat yang mempengaruhi morbiditas karena terganggunya penyembuhan luka dan menurunnya daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sekitar 97% ODHA menunjukkan kehilangan berat badan

sebelum meninggal. Kehilangan berat badan tidak dapat dihindarkan sebagai konsekuensi dari infeksi HIV (Depkes, 2003, Kaiser, et al., 2006).

Status gizi ODHA sangat dipengaruhi oleh kebutuhan dan asupan zat gizi. Asupan zat gizi yang tidak memenuhi kebutuhan akibat infeksi HIV akan menyebabkan kurang gizi yang bersifat multifaktorial antara lain karena hilangnya nafsu makan, gangguan penyerapan sari makanan pada alat pencernaan, hilangnya cairan tubuh akibat muntah dan diare, gangguan metabolisme zat gizi, infeksi oportunistik dan penyakit lain penyerta HIV/AIDS (Friis Hendrik, 2005, Tirtawinata, 2006)

Memburuknya status gizi merupakan resiko tertinggi penyakit ini. Umumnya terlihat gangguan gizi pada penurunan berat badan. Akibat gangguan tersebut kesehatan umum penderita ODHA cepat menurun (Almatsier 2006). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Salma dkk, (2007) dalam studinya melaporkan bahwa dengan pemberian kapsul ikan gabus pada penderita ODHA dapat meningkatkan kadar albumin, asupan zat gizi energi dan protein, kadar Hb serta meningkatkan status gizi (BB, LILA, IMT). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Batterham (2005), dalam studinya melaporkan, jika seseorang dengan infeksi HIV mempunyai status gizi yang baik, maka daya tahan tubuh akan lebih baik sehingga memperlambat memasuki tahap AIDS.

Terapi diet dan penatalaksanaan gizi yang tepat dengan pemilihan bahan-bahan makanan makro dan mikronutrien berkualitas amat berperan

dalam upaya membantu memperbaiki status gizi, sehingga kualitas hidup ODHA akan lebih baik (Kaiser *et al*, 2006, Green W.,2003, Depkes 2003, Almatsier, 2006, Jahor F *et al.*, 2003)

Tanpa dukungan nutrisi yang adekuat, stres metabolik akibat infeksi akan menimbulkan kehilangan berat badan dan rusaknya sel bagian tubuh organ vital. Penurunan berat badan 10-20% dari semula akan sangat mengurangi kemampuan daya tahan tubuh dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas, bahkan kehilangan 40% berat badan dapat menyebabkan kematian. (Nasronudin, 2006).

Infeksi HIV bila tidak mendapat penatalaksanaan memadai dapat menjadi ancaman serius, potensial berkembang ke AIDS berat, syok septik hingga kegagalan multiorgan (MODS). Syok septik dengan sindrom disfungsi multiorgan merupakan manifestasi berat sebagai dampak dari respons tubuh selama berlangsungnya infeksi. Hal ini merupakan kondisi serius dengan angka kematian yang tinggi. (Nasronudin, 2006).

Penatalaksanaan nutrisi penting untuk mencegah sindrom *wasting* serta mengatasi progresivitas infeksi HIV ke AIDS, sepsis, MODS. Pemberian ARV dan antimikroba tetap diperlukan, tetapi tanpa intervensi terapi nutrisi yang memadai sulit untuk membendung dampak negatif ROS yang mendorong kematian sel serta progresivitas infeksi. Penatalaksanaan nutrisi dapat meningkatkan ketahanan terhadap AIDS, infeksi berat dan sepsis serta meningkatkan toleransi terhadap efek samping obat, proteksi kelangsungan

hidup sel, menjamin kelangsungan fungsi organ, memperbaiki fungsi sistem imun guna mencegah mikroorganisme lain termasuk virus non HIV, bakteri, protozoa, jamur, sel tumor. (Nasronudin, 2006).

Status gizi ODHA sangat dipengaruhi oleh kebutuhan dan asupan zat gizi. Asupan zat gizi yang tidak memenuhi kebutuhan akibat infeksi HIV akan menyebabkan kekurangan gizi yang bersifat kronis dan pada stadium AIDS terjadi keadaan kurang gizi yang kronis dan drastis yang mengakibatkan penurunan resistensi terhadap infeksi lainnya. (Batterham, 2005). Untuk mengatasi hal tersebut penatalaksanaan gizi yang baik untuk ODHA amat berguna untuk mempertahankan kesehatan dan status gizi serta meningkatkan kekebalan tubuh sehingga kualitas hidup akan lebih baik. (Tirtawinata, 2006, Green W., 2003, Depkes, 2003, Almatsier, 2006, Vincent 2003, Jahor F. *et al.*, 2003)

Penurunan berat badan yang tidak diharapkan dapat terjadi pada penderita HIV/AIDS yang disebabkan oleh faktor patologis, psikososial, situasional, development, cultural dan atau problem lingkungan. (nutrition diagnosis terms, 2006) Menurut Dr. Ditch Townsend bahwa hampir semua pasien AIDS akan mengalami kehilangan berat badan pada waktu tertentu dan akan menjadi kurus jika tidak dapat menelan disebabkan sakit pada mulut atau tenggorokan, diare, demam, batuk kering atau penyakit kanker dan menjadi kurus jika tidak berselera makan karena depresi. (Merawat ODHA di rumah, 2004).

Di Unit Perawatan Intermedit Penyakit Infeksi (UPPI) RSUD Dr. Sutomo telah dilakukan penelitian secara mendalam tentang konseling terhadap dua kelompok penderita terpapar dan belum terpapar HIV. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa pemberian konseling berdampak positif terhadap mekanisme coping sehingga pengaruh psikologis akibat dinyatakan terinfeksi HIV serta dampak biologis dari HIV dapat diredam melalui konseling yang pada perjalanan mekanismenya diikuti peningkatan kadar Hsp 70 hingga waktu tertentu. Efek protektif yang efektif dari Hsp inilah secara biologis ditandai oleh relatif bertahannya jumlah CD4. Secara psikologis serta fisik, memungkinkan aktivitas penderita pada skala normal dengan hasil pengukuran aktivitas penderita berada pada skor karnofski mendekati atau sama dengan 100. (Nasronudin, 2006).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pada pengobatan penyakit yang bersifat kronik, pada umumnya rendah. (Endang Basuki, 2004). Ketidakepatuhan ini selain merupakan salah satu hambatan untuk tercapainya tujuan pengobatan, juga mengakibatkan pasien ODHA mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan yang sebenarnya tidak diperlukan. Untuk mengatasi ketidakepatuhan tersebut, konseling gizi bagi penyandang ODHA beserta keluarganya diperlukan. Konseling gizi diperlukan karena penyakit ODHA adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup. Pengobatan dengan obat-obat penting, tetapi tidak cukup. Pengobatan ODHA memerlukan keseimbangan antara beberapa kegiatan yang merupakan

bagian integral dari kegiatan rutin sehari-hari seperti makan, tidur, kerja, dll. Pengaturan jumlah serta jenis makanan merupakan pengobatan yang tidak dapat ditinggalkan, walaupun banyak diabaikan oleh penyandang ODHA serta keluarganya. Berhasilnya pengobatan ODHA tergantung pada kerjasama antara petugas kesehatan dengan penyandang ODHA dan keluarganya. Penyandang ODHA yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS, kemudian selanjutnya mengubah perilakunya, akan dapat mengendalikan kondisi penyakitnya sehingga ia dapat hidup lebih lama.

Konseling gizi merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dalam penatalaksanaan nutrisi ODHA. Konseling tentang pengetahuan makanan dan minuman, kepekaan dan pengenalan terhadap beberapa hal yang potensial mendorong terjadinya malnutrisi seperti penurunan nafsu makan, mual, muntah, petunjuk tata cara evaluasi pemberian nutrisi dengan menstimulasi nafsu makan, dan intake suplemen tinggi protein. Semua pasien AIDS perlu mendapat penjelasan tentang lemahnya sistem imun yang memungkinkan penularan penyakit melalui makanan (demam tifoid, *Clostridium botulinum*, *Trichinella spiralis*, Tapeworms, Hepatitis virus A, dan lain-lain). Pengetahuan jenis, bentuk, tatacara pemberian, kualitas penting untuk mengatasi risiko tersebut. Infeksi oportunistik yang ditularkan melalui terapi nutrisi ditekan seminimal mungkin. Modifikasi bentuk, tatacara penyajian, makanan suplemen perlu diketahui dengan baik oleh OHDHA. (Penatalaksanaan nutrisi)

A. Rumusan Masalah

Pasien ODHA umumnya mengalami penurunan berat badan drastis dan berstatus gizi rendah disertai infeksi oportunistik. Konseling gizi merupakan satu bagian yang penting dalam keberhasilan terapi pada penderita HIV/AIDS. Apabila tidak segera ditangani, akan mengalami malnutrisi berat yang memengaruhi morbiditas karena menurunnya daya tahan tubuh terhadap infeksi, serta lamanya masa perawatan di rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang penelitian ini, maka dirumuskan permasalahannya sebagai berikut :

1. Apakah pemberian konseling gizi kepada pasien ODHA dapat meningkatkan perilaku makan (pengetahuan, sikap, praktek) ?.
2. Apakah ada perbedaan asupan zat gizi pasien ODHA sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi ?.
3. Apakah ada perbedaan status gizi pasien ODHA sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi ?.

B. Tujuan Penelitian

I. Tujuan Umum

Untuk menguji pengaruh konseling gizi kepada penderita ODHA terhadap perbaikan perilaku makan dan peningkatan status gizi selama perawatan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

II. Tujuan Khusus

1. Untuk menilai perubahan perilaku makan (pengetahuan, sikap, praktek) penderita ODHA sebelum dan sesudah konseling gizi.
2. Untuk menilai perubahan peningkatan asupan zat gizi (energi, protein) penderita ODHA sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.
3. Untuk menilai perubahan besar pertambahan berat badan, indeks massa tubuh, lingkaran lengan atas dan peningkatan kadar hemoglobin (status gizi) penderita ODHA sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.

C. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini akan menjadi bahan kajian ilmiah tentang pemberdayaan masyarakat, khususnya pada ODHA dalam upaya perbaikan perilaku makan (pengetahuan, sikap, praktek) guna mempertahankan dan meningkatkan status gizinya.
2. Mengkaji secara ilmiah pengaruh konseling gizi terhadap perbaikan perilaku makan (pengetahuan, sikap, praktek) dan status gizi ODHA.
3. Menjadi bahan informasi dan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dalam upaya perbaikan gizi ODHA.
4. Sebagai masukan berharga bagi Pemerintah Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan khususnya Dinas Kesehatan dalam menyusun program intervensi pencegahan bertambahnya angka kejadian dan mortalitas ODHA.

5. Sebagai masukan berharga bagi rumah sakit-rumah sakit yang akan memberikan pelayanan prima khususnya pada pasien ODHA selama perawatan melalui pemberian konseling gizi.
6. Menjadi bahan informasi bagi penelitian-penelitian selanjutnya, khususnya yang berkaitan dengan konseling gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Konseling

1. KONSELING “TRAIT & FACTOR”

Menurut teori ini, kepribadian merupakan suatu system sifat atau faktor yang saling berkaitan satu dengan lainnya seperti kecakapan, minat sikap dan temperamen. Perkembangan-perkembangan kemajuan individu mulai dari masa bayi hingga dewasa diperkuat oleh interaksi sifat dan faktor. Telah banyak diusahakan untuk membuat kategori orang-orang atas dasar dimensi-dimensi macam-macam sifat. Studi ilmiah yang telah dilakukan adalah: (1) mengukur dan menilai ciri-ciri seseorang dengan tes psikologis, (2) mendefinisikan atau menggambarkan diri seseorang, (3) membantu orang untuk memahami diri dan lingkungannya, dan (4) memprediksi keberhasilan yang mungkin dicapai dimasa mendatang.

Peranan konselor menurut teori Sifat dan faktor adalah memberitahukan konseli tentang berbagai kemampuannya yang diperoleh konselor melalui hasil testing. Berdasarkan hasil testing pula ia mengetahui kelemahan dan kekuatan kepribadian konseli. Konselor membantu konseli menentukan tujuan yang akan dicapainya sesuai dengan bakat hasil tes. Juga dengan memberitahukan sifat serta bakat konseli, maka konseli bisa mengelola hidupnya sendiri sehingga dapat hidup lebih berbahagia. Pendekatan teori ini

sering disebut kognitif rasional karena peranan konselor dalam konseling ialah memberitahukan, memberi informasi dan mengarahkan konseli.

2. KONSELING “RATIONAL EMOTIVE”

Ellis memandang bahwa manusia itu bersifat rasional dan juga irasional. Orang berperilaku dengan cara-cara tertentu karena ia percaya bahwa ia harus bertindak dengan cara itu. Orang mempunyai derajat yang tinggi dalam *sugestibilitas* dan *emosionalitas* yang negatif (seperti kecemasan, rasa berdosa, permusuhan dan sebagainya). Masalah-masalah emosional terletak dalam berpikir yang tidak logis. Dengan mengoptimalkan kekuatan intelektualnya, seseorang dapat membebaskan dirinya dari gangguan emosional. Para penganut teori RET percaya bahwa tidak ada orang yang disalahkan dalam sesuatu yang dilakukannya, tetapi setiap orang bertanggung jawab akan semua perilakunya.

Ada 12 pikiran tak rasional (ide rasional) yang dapat menimbulkan perilaku neorosis atau psikosis. Kedua belas ide irasional itu adalah:

- ✍ **Ide Irasional 1** : Bahwa manusia yang hidup dalam masyarakat mau tidak mau dapat di cintai ataupun ditolak oleh orang lain disekitarnya setiap saat.
- ✍ **Ide Irasional 2** : Bahwa seseorang yang hidup dalam masyarakat harus mempersiapkan diri secara kompeten, adekuat agar ia dapat mencapai kehidupan yang layak dan berguna bagi masyarakat.

- ✍ **Ide Irasional 3** : Bahwa banyak orang dalam kehidupan masyarakat yang tidak baik, merusak, jahat ataupun kejam dan oleh karena itu patut disalahkan, dihukum setimpal dengan dosanya.
- ✍ **Ide Irasional 4** : Bahwa kehidupan manusia senantiasa dihadapkan kepada berbagai kemungkinan malapetaka, bencana yang dahsyat, mengerikan, menakutkan yang mau tidak mau harus dihadapi oleh manusia dalam hidupnya.
- ✍ **Ide Irasional 5** : Bahwa ketidak-senangan atau penderitaan emosional dari seseorang muncul dari tekanan eksternal (hal-hal dari luar) dan bahwa individu hanya mempunyai kemampuan sedikit sekali untuk mengontrol perasaan-perasaannya.
- ✍ **Ide Irasional 6** : Bila ada sesuatu hal atau peristiwa yang berbahaya atau menakutkan, maka individu harus berusaha keras untuk menghadapi dan mengatasi depresi atau yang bertentangan.
- ✍ **Ide Irasional 7** : Bahwa lebih mudah untuk menjauhi kesulitan-kesulitan hidup tertentu dan tanggung jawab diri daripada berusaha untuk menghadapi dan menanganinya hanya untuk menghargai bentuk disiplin diri.
- ✍ **Ide Irasional 8** : Bahwa sisa-sisa pengalaman masa lalu semuanya sangat penting karena hal itu berpengaruh sangat kuat terhadap kehidupan individu dan menentukan perasaan dan perilaku individu yang ada sekarang.

- ✍ **Ide Irasional 9** : Bahwa individu akan lebih baik untuk menghindarkan diri daripada mengerjakan sesuatu; dan bahwa sesuatu situasi atau peristiwa akan dipandang sebagai hal membahayakan jika tidak secepatnya ditemukan pemecahan yang baik terhadap kehidupan yang bertentangan.
- ✍ **Ide Irasional 10** : Bahwa individu akan mencapai kebahagiaan hidup dengan menyenangkan diri sendiri.
- ✍ **Ide Irasional 11** : Bahwa individu akan mencapai suatu derajat yang tinggi dalam hidupnya untuk merasakan sesuatu yang menyenangkan, atau memerlukan kekuatan supernatural untuk mencapainya.
- ✍ **Ide Irasional 12** : Bahwa individu secara umum mempunyai nilai diri sebagai manusia dan penerimaan diri untuk tergantung dari kebaikan penampilan individu dan tingkat penerimaan oleh orang lain terhadap individu.

Tugas konselor menurut Ellias ialah membantu individu yang tidak bahagia dan menghadapi hambatan, untuk menunjukkan bahwa; (a) kesulitannya disebabkan oleh persepsi yang terganggu dan pikiran-pikiran yang tidak logis, dan (b) usaha memperbaikinya adalah harus kembali kepada sebab-sebab permulaan. Konselor yang efektif akan membantu klien untuk mengubah pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak logis.

Tujuan utama dari rasional-emotif adalah menunjukkan kepada klien bahwa verbalisasi diri mereka merupakan sumber gangguan emosionalnya. Kemudian membantu klien agar memperbaiki cara berpikir, merasa dan

berperilaku, sehingga ia tidak lagi mengalami gangguan emosional di masa yang akan datang.

3. KONSELING BEHAVIORAL

Konselor behavioral membatasi perilaku sebagai fungsi interaksi antara pembawaan dengan lingkungan. Perilaku yang dapat diamati merupakan suatu kepedulian dari para konselor sebagai kriteria pengukuran keberhasilan konseling.

Dalam konsep behavioral, perilaku manusia merupakan hasil belajar, sehingga dapat diubah dengan manipulasi dan mengkreasi kondisi-kondisi belajar. Pada dasarnya, proses konseling merupakan suatu penataan proses atau pengalaman belajar untuk membantu individu mengubah perilakunya agar dapat memecahkan masalahnya.

Thoresen (Shertzer & Stone, 1980,188) memberi ciri konseling behavioral sebagai berikut :

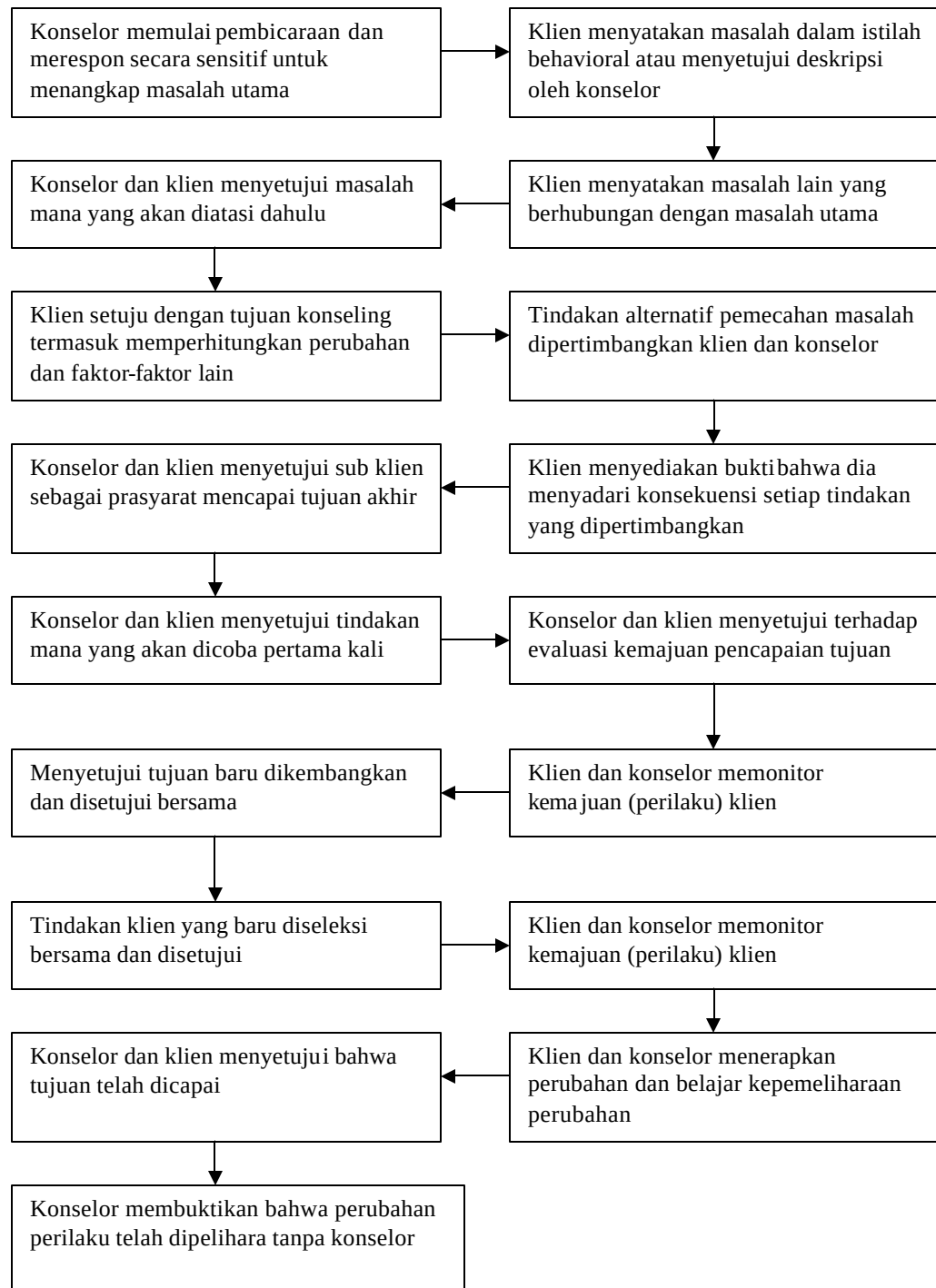
- (1) Kebanyakan perilaku manusia dipelajari dan karena itu dapat diubah.
- (2) Perubahan-perubahan khusus terhadap lingkungan individual dapat membantu dalam mengubah perilaku-perilaku yang relevan. Prosedur-prosedur konseling berusaha membawa perubahan-perubahan yang relevan dalam perilaku klien dengan mengubah lingkungan.
- (3) Prinsip-prinsip belajar special seperti "*reinforcement*" dan "*social modeling*", dapat digunakan untuk mengembangkan prosedur-prosedur konseling.

- (4) Keefektifan konseling dan hasil konseling dinilai dari perubahan dalam perilaku-perilaku khusus di luar wawancara prosedur-prosedur konseling.
- (5) Prosedur-prosedur konseling tidak statik, tetap atau ditentukan sebelumnya, tetapi dapat secara khusus didisain untuk membantu klien dalam memecahkan masalah khusus.

Selanjutnya dikatakan bahwa terapi behavioral berusaha menerapkan metode dan prosedur eksperimental ke dalam praktek klinis. Oleh karena itu maka terapi yang baik adalah praktek dari ilmu yang baik.

Menurut Krumboltz dan Thoresen (Shertzer & Stone, 1980,190), konseling behavioral merupakan suatu proses membantu orang untuk belajar memecahkan masalah interpersonal, emosional dan keputusan tertentu. Penekanan istilah belajar dalam pengertian ini adalah atas pertimbangan bahwa konselor membantu orang (klien) belajar atau mengubah perilaku. Penekanan istilah belajar memecahkan masalah interpersonal, emosional dan keputusan tertentu. Penekanan istilah belajar dalam pengertian ini adalah atas pertimbangan bahwa konselor membantu orang (klien) belajar atau mengubah perilaku. Konselor berperan membantu dalam proses belajar dengan menciptakan kondisi yang sedemikian rupa sehingga klien dapat mengubah perilakunya serta memecahkan masalahnya.

Gambar 1. Prosedur dan Tahapan Konseling Behavioral



(Sumber Pietrofesa (1978) Authentic Counselor Chicago Rand McNally College Publishing, hlm. 100-101).

4. KONSELING PSIKOANALISA

Tujuan konseling psikoanalitik adalah untuk membentuk kembali struktur karakter individu dengan membuat yang tidak sadar menjadi sadar pada diri klien. Proses konseling dipusatkan pada usaha menghayati kembali pengalaman-pengalaman masa kanak-kanak. Pengalaman masa lampau ditata, didiskusikan, dianalisa dan ditafsirkan dengan tujuan untuk merekonstruksikan kepribadian. Konseling analitik menekankan dimensi afektif dalam membuat pemahaman ketidak-sadaran. Tilikan dan pemahaman intelektual sangat penting, tetapi yang lebih penting adalah mengasosiasikan antara perasaan dan ingatan dengan pemahaman diri.

4. KONSELING PSIKOLOGI INDIVIDUAL

Konstruk utama psikologi individual adalah bahwa perilaku manusia dipandang sebagai suatu kompensasi terhadap perasaan inferioritas (harga diri kurang). Perasaan lemah dan tidak berdaya timbul dan berkembang karena pengalaman hidup anak bersama orang dewasa atau pandangan kekurangan dalam organ tubuh, Adler mempercayai prinsip fundamental motivasi dengan kompensasi terhadap perasaan rendah diri, dapat menjelaskan hampir seluruh perilaku manusia. Manusia dikuasai oleh perasaan banyak kekurangan dan tidak sempurna, dan oleh karena itu mereka mereaksi terhadap perasaan tidak senang itu dengan mencari kesempurnaan, kebebasan dan keunggulan. Istilah yang digunakan oleh Alder ialah "*inferiority complex*" untuk menggambarkan keadaan perasaan

harga diri kurang yang senantiasa mendorong individu untuk kompensasi mencapai keunggulan. Perilaku merupakan suatu upaya untuk mencapai keseimbangan.

Tujuan konseling menurut Adler adalah mengurangi intensitas perasaan rasa rendah diri (*inferior*), memperbaiki kebiasaan-kebiasaan yang salah dalam persepsi, menetapkan tujuan hidup, mengembangkan kasih sayang terhadap orang lain, dan meningkatkan kegiatan. Klien harus mencapai tilikan mengenai kesalahan gaya hidupnya, menghadapi mekanisme superioritas dan mengembangkan minat sosial. Klien harus dibantu untuk percaya diri, dan tidak khawatir akan langkah yang akan ditempuhnya. Konselor memberikan pelayanan secara baik sebagai ko-partisipan dalam prosesnya, tetapi perubahan diri merupakan tanggung jawab klien.

Strategi konseling biasanya melibatkan pola hidup sekarang yang nampak dan menelusuri ke belakang hingga konselor dan klien memperoleh kejelasan mengenai tujuan superioritasnya. Menurut Ansbacher & Anbacher (Shertzer & Stone, 1980, 204) ada *tiga komponen pokok dalam proses konseling*. Ketiga komponen tersebut adalah :

1. Memperoleh pemahaman gaya hidup klien yang spesifik, gejala dan masalahnya, melalui empati, intuisi dan penaksiran konselor. Dalam unsur ini konselor membentuk hipotesis mengenai gaya hidup dan situasi klien.

2. Proses menjelaskan kepada klien, dalam komponen ini hipotesis gaya hidup yang dikembangkan dalam komponen pertama, harus ditafsirkan dan dikomunikasikan kepada klien sehingga dapat diterima. Psikologi Individual menekankan pentingnya membantu klien untuk memperoleh tilikan terhadap kondisinya. Penjelasan konselor hendaknya sederhana dan terarah sehingga jelas bagi klien dan cocok dengan pengalamannya sendiri.
3. Proses memperkuat minat sosial, klien dengan menghadapkan mereka, secara seimbang, dan menunjukkan minat dan kepedulian mereka.

5. KONSELING ANALISIS TRANSAKSIONAL

Berne membagi psikoterapi konvensional menjadi dua kelompok yaitu *pertama* kelompok yang melibatkan sugesti, dukungan kembali (reassurance), dan fungsi parental lainnya, dan *kedua*, adalah kelompok yang melibatkan pendekatan “rasional”, dengan menggunakan konfrontasi dan interpretasi seperti terapi non-direktif dan psikoanalisa. Menurut Berne, pendekatan struktural transaksional, mengatasi kelemahan fundamental kedua macam kelompok di atas. Analisa transaksional dapat meningkatkan kecakapan klien untuk mentoleransi dan mengendalikan kecemasan dan membuat mereka dapat mengatasi tindakan.

Tugas utama konselor yang menggunakan analisis transaksional adalah mengajar bahasa dan ide-ide sistem untuk mendiagnosa transaksi dan membantu individu untuk hidup dalam ego state dewasa dengan ego lainnya

berfungsi secara tetap. Konselor transaksional selalu aktif, menghindari keadaan diam yang terlalu lama, dan mempunyai tanggung jawab untuk memelihara perhatian pada transaksi. Hubungan transparansi dihindari, tetapi bila hal itu muncul kemudian dihadapi dengan generalisasi dari transaksi anak-anak. Analisis transaksional dapat diterapkan dalam konseling individual dan kelompok.

6. KONSELING “CLIENT-CENTERED” (BERPUSAT PADA KLIEN)

Pendekatan konseling “*client-centered*” atau yang berpusat pada klien menekankan pada kecakapan klien untuk menentukan isu yang penting bagi dirinya dan pemecahan masalah dirinya. Yang paling penting dalam kualitas hubungan konseling adalah pembentukan suasana hangat, permisif dan penerimaan yang dapat membuat klien untuk menjelajahi struktur dirinya dalam hubungan dengan pengalamannya yang unik. Individu dapat menghadapi karakteristiknya yang tidak dapat diterima tanpa perasaan terancam. Individu bergerak menuju penerimaan diri dari nilai-nilainya, dan dapat mengubah aspek-aspek dirinya yang dipilihnya sebagai modifikasi yang diperlukan.

Konseling yang berpusat pada klien memusatkan pada pengalaman individual. Setiap individu bukan semata-mata penjumlahan bagian-bagian atau organ-organ seperti hati, jantung, otak dan sebagainya, melainkan merupakan suatu koordinasi semua bagian tersebut. Kesehatan merupakan keseimbangan yang layak dari dunia yang mengandung kepentingan

bersama. “saya” dan “engkau” berubah menjadi “kami” dalam suatu ikatan yang baru terbentuk. Pertemuan ini akan menghasilkan perubahan-perubahan baru bila timbul ketidakpuasan diantara mereka.

7. KONSELING TERAPI GESTALT

Tujuan utama konseling Gestalt adalah untuk meningkatkan proses pertumbuhan klien dan membantu klien mengembangkan potensi manusiawinya. Fokus utama dalam konseling Gestalt ialah bantu individu melalui transisinya dari keadaan yang selalu dibantu oleh lingkungan ke keadaan mandiri (*self-support*). Melalui proyeksi dirinya kepada konselor, klien diharapkan menjadi sadar bahwa baik dirinya maupun konselor ternyata tidak memiliki pribadi yang sempurna. Artinya bahwa ada bagian kepribadiannya yang hilang, seperti yang dialami oleh setiap orang. Bagian yang hilang itu merupakan pusat. Hal ini perlu, sebab menurut Perls, tanpa suatu pusat berarti segala sesuatu berlangsung pada bagian perifel (lapis luar) sehingga tak ada suatu titik yang akan merupakan awal kegiatan dan usaha mengatasi dunia.

Konseling kadang disebut penyuluhan, adalah suatu bentuk bantuan. Suatu proses pelayanan yang melibatkan kemampuan professional pada pemberi layanan. Orang yang sebelumnya merasa atau tidak dapat berbuat banyak dan setelah mendapat layanan menjadi dapat melakukan sesuatu. (Mappiare,A, 2002)

Gustad, 1953 (Gerald, C. 2003) mengemukakan bahwa konseling adalah suatu proses yang berorientasikan belajar yang dilakukan dalam lingkungan sosial yang sederhana dari orang ke orang dimana seseorang konselor mencoba membantu klien dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien dan dalam hubungan dengan program personalia untuk mengetahui lebih banyak mengenal dirinya untuk belajar bagaimana menggunakan pengertiannya dalam hubungannya dengan tujuan yang ditetapkan secara wajar dan dihayati secara jelas hingga akhirnya klien dapat menjadi anggota masyarakat yang lebih produktif dan bahagia.

Frank Parson (Prayitno,1999) mendefenisikan konseling sebagai bantuan yang diberikan kepada individu untuk dapat memilih, mempersiapkan diri dan memegang suatu jabatan serta mendapat kemajuan dalam jabatan yang dipilihnya itu. Dalam konseling titik berat pembicaraan adalah memberitahukan seseorang terhadap kewajibannya dalam penempatan dirinya sehingga mendapat jawaban sekitar problem yang dihadapinya dan mengetahui bagaimana penyelesaiannya.

Tujuan konselor dalam konteks konseling merupakan pantulan dari falsafah selaku dasar pijak tiap-tiap konselor. Sesuai dengan keragaman falsafah konselor, tujuan pun sangat beragam. Persoalan keragaman tujuan konselor ini dapat direduksi dengan mengembalikan tujuan-tujuan itu kedalam kelompok-kelompok tujuan atas tingkat kematangan. Meskipun dalam hal ini

masih ditemukan keragaman corak penamaan, namun tidak ada pertentangan prinsip dan sifatnya. (Gerald Corey, 1988).

Tujuan akhir konselor seperti klien punya aktualisasi diri, penerimaan diri, berguna untuk dalam hal bahwa tujuan-tujuan itu menyediakan suatu konsep dan kerangka acuan bagi konselor,. Klien menjadi orang menerima diri, dan mengaktualisasikan diri. Jadi, permasalahan bukanlah berkenaan dengan tujuan-tujuan akhir ini.

Dilain pihak Pietrofesa 1978, mengatakan bahwa tujuan konseling secara khusus adalah unik bagi tiap klien dan bersangkutan dengan pelbagai faktor, misalnya ekspektasi klien; sedangkan tujuan jangka panjang dan tujuan proses adalah sama bagi setiap konseling.

Menurut Prayitno, 1999, (Astuti, W.2001) konseling kelompok adalah konseling perorangan yang dilaksanakan didalam suasana kelompok. Didalam konseling kelompok terjadi komunikasi pengalihan informasi dari seseorang konselor (komunikator) kepada sekelompok orang atau sasaran dengan tujuan untuk mengubah perilakunya. Dan dua faktor peranan yang penting dari seseorang komunikator dalam komunikasi yaitu :

1. Daya tarik sumber

Seseorang komunikator akan berhasil dan mampu mengubah sikap, opini dan perilaku sasaran melalui mekanisme daya tarik jika pihak sasaran (komunikan) merasa bahwa komunikator ikut serta dengannya. Dengan kata lain komunikan merasa ada kesamaan antara komunikator

dengannya sehingga komunikan bersedia ikut dan taat pada isi pesan yang dilancarkan oleh komunikator.

2. Kredibilitas sumber

Faktor ini bisa menyebabkan komunikasi berhasil ialah kepercayaan komunikan kepada komunikator. Kepercayaan ini banyak bersangkutan dengan profesi atau keahlian yang dimiliki oleh seseorang komunikator (Margaretha, 2003).

Komunikasi sebagai suatu sistem didefinisikan sebagai suatu aktifitas dimana semua komponen atau unsur yang mendukungnya saling berinteraksi satu sama lain dalam menghasilkan luaran (Seprivivo, 1982), atau dengan kata lain seperangkat komponen yang saling bergantung satu sama lain. Suatu sistem senantiasa memerlukan sifat-sifat, yakni menyeluruh saling bergantung, berurutan, mengontrol dirinya, seimbang, berubah, adaptif dan memiliki tujuan.

Dalam konseling petugas hanya sebagai fasilitator sedangkan keputusan ditetapkan oleh klien sendiri. Tindakan yang akan diambil merupakan keputusannya sendiri walaupun mungkin bila diperlukan akan diarahkan oleh konselor. Menurut Corey Gerald, 1988 tujuan konseling kelompok meliputi beberapa hal :

1. Klien lebih menyadari diri, bergerak kearah kesadaran penuh atas kehidupan batinnya dan menjadi kurang melakukan penyangkalan dan pendistorsian.

2. Klien menerima tanggung jawab yang lebih besar atas dirinya, menerima perasaan-perasaan sendiri, menghindari tindakan menyalahkan lingkungan dan orang lain.
3. Klien menjadi lebih berpegang pada kekuatan batin dan pribadinya sendiri, menghindari tindakan memainkan peranan orang tak berdaya dan menerima kekuatan yang dimilikinya untuk mengubah kehidupannya sendiri.
4. Klien menjadi lebih mempercayai diri sendiri serta bersedia mendorong dirinya untuk melakukan apa yang dipilih untuk dilakukannya.
5. Klien menjadi lebih sadar atas alternatif-alternatif yang mungkin bagi dirinya sendiri dan menerima konsekuensi dari pilihannya.
6. Klien memperjelas nilai-nilainya sendiri, mengambil perspektif yang lebih jelas atas masalah-masalah yang dihadapinya dan menemukan penyelesaian bagi konflik yang dialaminya.

Pelayanan konseling mengembangkan sejumlah fungsi yang hendak dipenuhi melalui pelaksanaan kegiatan konseling. Fungsi-fungsi konseling yang dimaksud mencakup :

- a. Fungsi pemahaman, yaitu konseling yang akan menghasilkan pemahaman tentang sesuatu oleh pihak-pihak tertentu sesuai dengan kepentingan pengembangan diri, baik pemahaman tentang diri, dan lingkungan “yang lebih luas”, fungsi pemahaman seyogyanya menjadi landasan dalam melakukan berbagai jenis layanan. Tanpa dilandasi oleh pemahaman

yang benar. Misalnya pemahaman tentang konseling petugas, akan membuat yang diberikan akan menjadi sangat tidak efisien dan tidak efektif dalam mencapai tujuan yang diharapkan.

- b. Fungsi pencegahan, yaitu konseling yang akan menghasilkan tercegahnya atau terhindarnya berbagai permasalahan yang mungkin timbul, yang akan dapat mengganggu, menghambat, ataupun menimbulkan kesulitan dan kerugian-kerugian tertentu dalam proses perkembangannya. Sekalipun fungsi pencegahan ini memiliki nilai yang strategis, akan tetapi program konseling yang secara khusus mengarah pada fungsi ini masih sangat jarang dilakukan secara khusus.
- c. Fungsi pengentasan, yaitu konseling yang akan menghasilkan terentaskannya atau teratasinya berbagai masalah yang dialami oleh petugas pelayanan kesehatan.
- d. Fungsi pemeliharaan, yaitu konseling yang akan menghasilkan terpelihara dan terkembangkannya berbagai potensi dan kondisi positif konseling petugas dalam rangka perkembangan dirinya secara mantap dan berkelanjutan sehingga berbagai jenis layanan yang diberikan untuk terpelihara dan terkembangkan potensi konseling petugas sesuai dengan kebutuhan dan keadaan petugas itu sendiri. (Mulyadi, A, 2003)

Tujuan umum pelayanan konseling pada dasarnya sejalan dengan tujuan pendidikan itu sendiri, karena konseling merupakan bagian integral dari sistem pendidikan menilik pada Undang-undang Nomor 2 tahun 1989 tentang

sistem pendidikan Nasional, tujuan pendidikan adalah terwujudnya manusia Indonesia seutuhnya yang cerdas, yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan berbudi pekerti luhur memiliki pengetahuan dan keterampilan kesehatan jasmani dan rohani, kepribadian yang mantap dan mandiri, serta rasa tanggung jawab kemasyarakatan dan kebangsaan.

Dalam meneliti tujuan-tujuan konseling, kita menemukan sekelompok tujuan yang beraneka ragam termasuk penyusunan kembali kepribadian, penemuan makna dalam hidup, penyembuhan gangguan emosional, penyesuaian terhadap masyarakat, peredam kecemasan, serta penghapusan tingkah laku aladaktif dan belajar pola-pola tingkah laku adaktif. (Corey, G. 2003)

Sesuai dengan pengertian konseling sebagai upaya membentuk perkembangan kepribadian itu sendiri secara optimal maka secara umum layanan konseling harus dikaitkan dengan pengembangan sumber daya manusia. Upaya konseling dimaksud diselenggarakan melalui pengembangan segenap potensi individu secara optimal dengan memanfaatkan berbagai sarana dan cara berdasarkan norma-norma yang berlaku dan mengikuti kaidah-kaidah professional. Secara khusus konseling adalah untuk membantu petugas agar dapat mencapai tujuaan-tujuan perkembangan yang meliputi aspek pribadi, sosial dan karir.

Abin Syamsuddin Makmun 2002, mengemukakan sejumlah layanan yang dapat dilakukan yang mencakup :

- a. *Inventory services*, yaitu pengumpulan informasi mengenai diri petugas yang bersangkutan serta hal-hal yang relevan dan bertalian dengan dirinya.
- b. *Information service*, yaitu pemberian informasi kepada bersangkutan baik tentang keadaan dirinya, program-programnya, rencana karirnya, serta lingkungannya.
- c. *Placement service*, yaitu penempatan yang bersangkutan pada program-program, jenis kegiatan ditempat kerjanya dan sebagainya yang sesuai dengan latar belakang dan kondisi objektif dirinya.
- d. *Konseling service*, yaitu penyuluhan dalam usaha meyakinkan diri atas keadaan dirinya menyadari masalah-masalah yang dihadapinya; serta dapat mencari dan memilih masalah alternative tindakan yang dipandang terbaik bagi dirinya.

Bimbingan secara individual biasanya disebut konseling atau penyuluhan. Dengan penyuluhan, seorang konselor memberikan bantuan dengan komunikasi langsung, hubungan empat mata antar dua pribadi, melalui percakapan dalam rangka mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dalam melaksanakan penyuluhan, konselor sedapat mungkin bersikap simpatik dan penuh pengertian. Konselor sebaiknya dapat turut merasakan apa yang dirasakan oleh orang yang diberikan konseling. Seorang konselor perlu bersikap seperti itu, supaya orang yang bersangkutan dapat menaruh

kepercayaan penuh terhadap konselor dan dengan demikian keberhasilan konseling tersebut.

Ada tiga macam konseling adalah :

1. Konseling yang langsung, (*Direktife konseling*).

Pada konseling ini konselor mengambil peranan penting dan berusaha memberi pengarahannya yang sesuai dengan penyelesaian masalahnya. Konselor seolah-olah menjadi pusatnya dalam proses penyelesaian masalah.

2. Konseling yang tidak langsung, (*Non Directive Konseling*).

Sebagai kebalikan dari Directife Konseling maka non Directife Konseling menempatkan sipenerima konseling dalam posisi pusat penyuluhan. Sipenerima menjadi pusat daripada tindakan-tindakan dan proses konseling ini. Konselor hanya mendengarkan, menampung dan mengembalikan keputusan-keputusan yang dikemukakan oleh yang bersangkutan. Akhirnya orang yang diberikan konseling sendiri yang memilih penyelesaian masalah yang telah dikemukakannya sendiri.

3. Konseling Elektic, (*Electic KOnseling*).

Adalah campuran dari Directife dan Nondirectife Konseling. Pada Electic Konseling, Konselor menampung pembicaraan dan penyaluran semua perasaan kekesalan disamping konselor juga memberikan pengarahannya dalam mencari dan menemukan pemecahan persoalannya. (Gunarsa, 2000).

Perkembangan individu mempunyai implikasi penting bagi konseling terutama dalam hal-hal :

Tujuan konseling dapat difokuskan dalam perkembangan klien, upaya-upaya yang memungkinkan klien lebih maju dalam menguasai tugas dan krisis perkembangan.

1. Proses konseling, dari segi perkembangan individu, tidak lain dari rangkaian upaya yang berkelanjutan dalam pemahaman diri, kesadaran potensialitas pribadi, kesadaran akan tuntutan budaya terhadap diri serta penemuan cara-cara memanfaatkan kapasitas pribadi sepanjang proses perkembangan.
2. Teknik-teknik pemahaman individu oleh konselor dan teknik-teknik pemahaman diri dan lingkungan oleh klien merupakan hal yang sangat esensial dalam konseling. Tak pelak lagi, sebanyak mungkin teknik pemahaman sangat perlu digunakan oleh konselor dan klien sebelum dan selama proses konseling. Maksudnya tidak lain adalah untuk memperoleh keterangan kontinuitas perkembangan klien, sejarah keberhasilan dan kegagalan penguasaan tugas dan kritis perkembangan yang lalu dan yang sekarang, tuntutan khusus sub budaya lingkungan dan potensialitas klien.
3. Interview konseling menjadi medium utama pengolahan keterangan secara bersama-sama konselor dan klien medium pengambilan keputusan, dan medium belajar menguasai tugas dan krisis klien. Interview konseling

benar-benar merupakan rangkaian proses belajar yang berkesinambungan.

Dalam membuat struktur untuk melakukan konseling Stewart, 1986 membuat suatu model yang diperkenalkan sebagai Stewart model, terdiri dari enam tahap secara berurutan sebagai berikut :

1. Penentuan tujuan konseling

Konselor bersama klien menentukan konseling setelah klien mengungkapkan keinginannya memperoleh bantuan. Hal ini penting untuk menunjukkan adanya motif yang jelas dari pihak klien dan arah bantuan yang akan diberikan oleh konselor. Pada tahap ini konselor menjadi pendengar yang aktif dan berusaha meyakinkan klien bahwa dia adalah seorang yang mempunyai makna sebagai pribadi.

2. Perumusan konseling

Konselor dan klien menyetujui bagaimana mencapai tujuan yang diinginkan. Pada tahap ini klien membutuhkan bantuan untuk mengembangkan pendapatnya tentang fungsi dari konseling dan dicapai kesepakatan mengenai tujuannya.

3. Pemahaman kebutuhan klien

Konselor memperhatikan tanggapan klien tentang kesulitan pribadi dan perasaan yang ada disekelilingnya. Konselor bekerjasama dengan klien berupaya memeriksa faktor-faktor yang berkaitan dengan munculnya

kesulitan sebanyak mungkin agar terencana tindakan lebih lanjut yang dapat dirumuskan.

4. Penjajakan berbagai alternative

Konselor bertanggung jawab untuk menunjukkan berbagai kemungkinan dan alternatif pemecahan masalah pada suatu saat, untuk meyakinkan adanya kemajuan. Kadang-kadang konselor tidak memutuskan sesuatu langkah yang perlu diambil oleh klien, tetapi klien sendiri yang menentukan (dalam hal ini jelas mengikuti pendekatan terpusat pada klien). Klien harus belajar memperkirakan akibat-akibat dari setiap langkah dengan mempertimbangkan berbagai factor yang berpengaruh.

5. Perencanaan suatu tindakan

Seiring dengan tumbuhnya pengertian dan kestabilan kehidupan perasaan pada klien dengan bantuan dari konselor, klien mulai bisa melangkah lebih mantap untuk melakukan tindakan kearah tercapainya tujuan dari konseling. Dalam melaksanakan tindakan, biasanya akan lebih mudah kalau klien memilih sendiri tindakan mana yang sebaiknya akan dilakukan. Namun factor pribadi pada klien akan mempengaruhi hal ini. Pada tahap ini konselor mengamati, menilai terhadap apa yang telah terjadi pada klien, apakah konseling perlu diteruskan atau dihentikan sementara (terminasi) , karena tujuan sudah tercapai.

6. Penghentian masa konseling

Penghentian konseling ini bukan hanya penting pada proses konseling, melainkan sudah memiliki tiga fungsi yakni :

- a) Memeriksa kesiapan klien dalam menghadapi berakhirnya konseling dan mengkonsolidasi proses belajarnya.
- b) Mengatasi bersama factor afeksi (kehidupan perasaan) yng tersisa dan menyelesaikan dengan baik hal-hal yang punya arti penting mungkin intensif dalam hubungan konselor dan klien.
- c) Memaksimalkan pengalihan proses belajar dan meningkatkan kepercayaan diri pada klien mengenai kemampuannya untuk mempertahankan perubahan yang telah diperoleh selama menjalani konseling.

B. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan Konseling

Unsur penting lainnya dalam konseling adalah pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Bidang konseling, karya sosial dan psikologi merupakan bidang yang sangat dinamis. Teori-teori dan penemuan-penemuan baru muncul setiap saat, kadang-kadang dirasakan agak terlalu cepat. Meskipun cakupan pengetahuan ini dapat menimbulkan kebingungan, hal ini menegaskan adanya kebutuhan bagi seorang konselor untuk cukup terdidik dalam teori konseling dan dilengkapi dengan keterampilan-keterampilan konseling. Inilah sebabnya, mengapa para profesional konseling harus menjalani suatu program pelatihan ditingkat universitas sebagai indikasi bahwa mereka telah memenuhi persyaratan-persyaratan dasar agar dapat

disebut sebagai konselor. pengalaman memang membantu, tapi harus dengan kepiawaian, yang semakin meningkat dalam praktek konseling. Tidak mencukupi jika hanya menggantungkan diri pada pengalaman pribadi.

Konselor sebagai penolong juga dituntut mempunyai pandangan yang tepat. Sejumlah konselor memandang diri mereka sendiri sebagai orang yang dapat melakukan apa saja dan menjadi apa saja. Mereka akhirnya mengambil terlalu banyak tanggung jawab atas kebutuhan klien dan sering kali terlalu cepat untuk mengatasi masalah-masalah dengan satu cara tertentu yang menyebabkan klien tidak dapat ikut ambil bagian dalam pemecahan masalah.

Satu cara pandang yang lebih membantu adalah tidak melupakan bahwa konselor hanyalah memberi bantuan, dan bukan penyelamat yang maha kuasa. Ia diharapkan mempunyai keahlian untuk membantu orang mengatasi masalah-masalah mereka, dengan tekanan pada menolong, dan bukannya menyelesaikan. Klien masih harus menyelesaikan tugas tersebut, tetapi konselor siap didekatnya untuk membantu ia menyelesaikan tugas itu.

Para penulis dalam bidang konseling sepakat bahwa terdapat kualitas-kualitas tertentu yang membantu konselor. Saya mengumpulkan kualitas-kualitas berikut ini

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum

orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. *Awereness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya).
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru. Sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif antara lain :

- a. Tahu (*knowledge*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk kedalam penentuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan apa yang dipelajari.

- b. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai sesuatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagai terhadap objek yang dipejari.
- c. Analisis (*analisis*) diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi, kemampuan ini dapat dilihat dari menggambarkan, membedakan, memisahkan mengelompokkan, dan sebagainya.
- d. Evaluasi (*evaluation*), diartikan sebagai kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi. Penilaian itu berdasarkan suatu criteria yang telah ditentukan.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk tindakan seseorang, unsur dasar tersebut dapat meliputi :

1. Pengetahuan atau pengertian dan pemahaman tentang apa yang akan dilakukannya.
2. Keyakinan dan kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukan.
3. Dorongan atau motivasi untuk berbuat yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakan.

C. Pengetahuan dan keterampilan

Para penulis dalam bidang konseling sepakat bahwa terdapat kualitas-kualitas tertentu yang membantu konselor, memiliki kesadaran akan diri dan nilai-nilai, percaya, bersikap hangat dan penuh perhatian, mampu memperlihatkan sifat menerima, empati dan memiliki pengetahuan. Sebagai tambahan perhatikan daftar yang dibuat oleh Albert Ellis (1985):

1. Konselor sungguh-sungguh berminat untuk menolong klien mereka dan berusaha sekuat tenaga merealisasikan minat ini.
2. Tanpa syarat mereka harus memandang klien mereka sebagai pribadi.
3. Percaya kepada kemampuan *terapeutis* mereka sendiri.
4. Mereka memiliki pengetahuan luas tentang teori-teori dan praktek-praktek konseling; luwes, tidak picik, dan terbuka untuk mendapatkan keterampilan-keterampilan baru serta mencobanya.
5. Mereka mampu menghadapi dan menyelesaikan keruwetan-keruwetan mereka sendiri; tidak cemas, tidak tertekan, tidak bersikap bermusuhan, tidak membiasakan diri mereka sendiri merosot, tidak mengasihani diri, tidak disiplin.
6. Mereka sabar, tekun dan berusaha keras dalam kegiatan-kegiatan terapeutis mereka.
7. Mereka bersikap etis dan bertanggung jawab, dan menggunakan konseling hampir seutuhnya demi kebaikan klien dan bukannya untuk kebaikan pribadi.

8. Mereka bertindak secara professional dan tepat dalam bidang *therapeutis*, tetapi tetap sanggup mempertahankan sikap manusiawi, spontan dan gembira dalam bekerja.
9. Mereka optimistis, mampu memberi semangat dan memperlihatkan pada klien bahwa apapun kesulitan yang dihadapi klien, mereka dapat berubah.
10. Mereka berhasrat untuk menolong semua klien mereka, dan dengan besar hati bersedia merujuk orang-orang yang mereka anggap tidak dapat mereka tolong kepada rekan-rekan seprofesi lainnya. Mereka juga harus berusaha untuk tidak terlalu acuh tak acuh atau terlalu terlibat dengan klien mereka. Merekaaa harus waspada terhadap pengandaian-pengandaian merka yang mengarah pada sikap terlalu menguntungkan atau terlalu meremehkan sejumlah klien mereka.

D. Persepsi dalam konseling

Persepsi merupakan suatu proses ransangan / penginderaan yang membuat manusia sadar akan adanya ransangan. (Walgito,1997). Persepsi ialah memberikan makna pada stimulus inderawi (*sensory stimuli*). Yang menentukan persepsi bukan jenis atau bentuk stimuli tetapi karakteristik orang yang memberikan respons pada stimuli itu (Rahat, J.2001).

Persepsi dalam konseling yang bisa mempengaruhi menentukan pilihan dan pengambilan keputusan. George and Cristiani,1981 lebih lanjut menjelaskan bahwa konseling bertujuan untuk membantu seseorang belajar mengenai keseluruhan dari proses pengambilan keputusan sehingga pada

akhirnya ia bisa melakukan sendiri Reaves, 1965 yang mengemukakan, tujuan utama konseling ialah merangsang seseorang untuk melakukan penilaian, menentukan, menerima dan bertindak atas dasar pilihannya.

Para konselor yang condong pada orientasi kognitif, sedikit masih ada unsur efektifnya, menyatakan tujuan konseling sebagai pembuatan keputusan mengenai hal-hal yang penting bagi seseorang konseli. Dalam hal ini, konselor tidaklah menetapkan keputusan-keputusan yang dibuat konseli, ataupun memilihkan cara alternative bagi tindakan konseli. Konseli harus tahu mengapa dan bagaimana ia membuat keputusan. Ia belajar memperlihatkan konsekuensi-konsekuensi yang mungkin timbul berkenaan dengan pengorbanan pribadi, waktu, tenaga, uang dan resiko-resiko lainnya.(Mappiare, A, 2002).

Tujuan utama sistem persepsi adalah menentukan apa yang ada disitu dan dimana dia berada artinya, menentukan identitas dan lokasi objek. Tetapi tampaknya ada tujuan lainnya dari system persepsi kita untuk mempertahankan penampilan objek walaupun kesannya berubah. Kemampuan persepsi kita pelajari atau diturunkan masalah pengasuhan lawan yang telah kita ketahui kita lahir dengan kemampuan persepsi seperti yang sekarang kita miliki. Cara persepsi kita lalui dengan pengalaman dengan objek-objek (Alkinson).

Kemampuan persepsi dalam konseling yaitu sejauh mana seseorang mampu memaknakan sesuatu dengan tepat sesuai dengan objek yang diterimanya. Persepsi adalah suatu proses menyeleksi stimulus dan diartikan.

Dengan kata lain persepsi merupakan suatu proses pemberian arti atau makna terhadap objek, penerimaan stimulus pengorganisasian stimulus dan penafsiran stimulus, dan penafsiran terhadap stimulus yang telah diorganisasikan dengan cara mempengaruhi pembentukan sikap dan perilaku. (Mangkunegara A.P, 2003).

Berdasarkan hasil uji dari Rogers dan Bose tentang pengkategorian adopter berdasarkan keinovatifan yang dibagi menjadi 5 kategori adopter yaitu ;1) Inovator yaitu meliputi 2,5% individu yang pertama kali mengadopsi suatu inovasi, 2) Pelopor meliputi 13,5%, 3) Pengikut dini meliputi 34%, 4) Pengikut akhir meliputi 34%, 5) Golongan kolot meliputi 16%.(Hanafi Abdullah, 1981)

E. Keterampilan dalam Komunikasi Interpersonal

Konsep diri merupakan factor yang sangat menentukan dalam komunikasi interpersonal, karena setiap orang bertindak laku banyak bergantung pada kualitas konsep diri. Kecenderungan untuk bertindak laku sesuai dengan konsep diri disebut nubuat yang dipenuhi sendiri. (Rakhmat, J, 2001). Dalam kenyataannya hampir semua orang mengalami kesulitan menghadapi proses pertumbuhan dan perkembangannya. Tidak semua orang yang berpengaruh terhadap proses perkembangan seseorang, bisa memperlihatkan tindakan sama dan konsisten, sehingga selalu menghadapi sesuatu yang baru yang belum tentu disenangi atau dituruti. Akar persoalan seperti ini menjadi tanda bahwa kehidupan tidak mungkin terhindar dari persoalan yang setiap kali harus dihadapi dan karena itu membutuhkan

kemampuan, keterampilan dan juga kemauan dan kesanggupan untuk menghadapi seseorang melalui proses interaksi dengan dunia luar, bisa belajar sesuatu, memperoleh sesuatu dengan cara untuk menghadapi dan mengatasi masalah tergantung dari kemampuan dan keterampilan dasar yang dimiliki, apakah ia akan bisa mengatasi atau tidak. Yang jelas ialah acap kali masih perlu uluran tangan dan kesediaan orang lain untuk membantu dan mengajarkan bagaimana seharusnya dan sebaiknya menghadapi masalah dan menyelesaikannya.

Hal ini bisa diberikan secara sistematis oleh seorang konselor dan inilah salah satu tujuan dari konseling, yakni meningkatkan keterampilan untuk menghadapi sesuatu. (George and Cristiani, 1981) mengatakan : membantu orang belajar untuk menghadapi situasi dan tuntutan baru adalah tujuan penting dari tujuan konseling.

Orang yang memerlukan keterampilan atau setidaknya perlu mengamati orang lain yang terampil menjalankan sendiri praktik itu. Dalam keterampilan, komunikator tetap mengarahkan diri pada perilaku yang dapat diobservasi. Tentu saja keterampilan tertentu yang diperlukan itu akan mempunyai variasi yang bersifat substansial. (Graeff J,A and Elder, P 1996).

Sebagai makhluk sosial, seseorang diharapkan mampu membina hubungan yang harmonis dengan lingkungan sosialnya, mulai dari ketika kecil disekolah dengan teman sebaya, rekan sepekerjaan atau dari seprofesi dan dalam keluarga. Kegagalan dalam hubungan penyesuaian diri yang antar

perorangan adalah kegagalan dalam penyesuaian diri yang antara lain disebabkan oleh kurang tepat memandang atau menilai diri sendiri atau kurangnya keterampilan untuk menyesuaikan diri.

Konseling bertujuan untuk meningkatkan kualitas kehidupan seseorang sehingga pandangan dan penilaian terhadap diri sendiri bisa lebih objektif serta meningkatkan keterampilan dalam penyesuaian diri agar lebih efektif. (Gunarsa, S, 1992). Kemampuan komunikasi merupakan sebagian dari kompetensi intelektual konselor. Oleh karena konseling, terutama latar interview, sangat bergantung pada komunikasi yang jelas. Beberapa penelitian yang diungkapkan oleh Brammer, 1985, membuktikan hal ini, dengan menyimpulkan bahwa kemampuan helper menegaskan, mengkhususkan oleh kalimat-kalimat helpi, akan memungkinkan dan merumuskan pemikiran lebih tajam mengenai masalahnya.

Poin-poin tepat komunikasi konselor perlu konkrit dari khusus maksud, yaitu 1). Fokus masalah, 2). mengidentifikasi team penting, 3). Menfokuskan pada suatu team, 4) mengarahkan team kesuatu tujuan. Karena pentingnya hubungan komunikasi interpersonal ini, kita akan membicarakan beberapa theory tentang hubungan interpersonal.

Teori-teori ini memberikan perspektif untuk memandang proses hubungan interpersonal dan memberikan penjelasan tentang factor-faktor yang mempengaruhi hubungan interpersonal. Tiga factor dalam komunikasi interpersonal yang menumbuhkan hubungan interpersonal yang baik :

percaya (trust), sikap support (supportiveness), dan sikap terbuka (open mindedness), (Rakhmat, J, 2001).

Berdasarkan pengertian komunikasi yang dikemukakan diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan oleh sumber kepada penerima melalui saluran atau media agar terjadi perubahan (kognitif,afektif,psikomotor) dan apa gangguan, adalah segala sesuatu yang dapat mengganggu kelancaran proses komunikasi, baik berupa factor fisik maupun faktor psikologis.

Setiap komponen saling terkait satu dengan yang lainnya, dan memiliki peranan dalam menentukan kelancaran suatu komunikasi. Berdasarkan uraian tentang diatas maka pengertian komunikasi memiliki karakteristik sebagai berikut:

a. Komunikasi merupakan suatu proses

Sebagai suatu proses, komunikasi merupakan serangkaian tindakan atau peristiwa yang terjadi secara berurutan serta berkaitan satu dengan yang lainnya dan selalu mengalami perubahan yang berlangsung terus menerus dengan melibatkan banyak unsur atau faktor-faktor yang dimaksud seperti pelaku komunikasi, pesan, saluran, hasil, tepat dan waktu serta situasi pada waktu komunikasi.

b. Komunikasi adalah upaya yang disengaja dan mempunyai tujuan

Tindakan komunikasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan disengaja sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai didalamnya.

Tindakan yang dilakukan secara sadar dan disengaja dimaksudkan bahwa komunikasi yang dilakukan secara terkontrol dan terkendali sesuai dengan keinginan pelakunya.

Komunikasi yang efektif antara pihak satu dan pihak yang lain, jika ada seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain dengan tujuan tertentu artinya komunikasi hanya bisa terjadi kalau didukung oleh adanya sumber, pesan, media, penerima dan efek.

F. Konseling Gizi

Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi interpersonal antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali, mengatasi dan membuat keputusan yang benar dalam mengatasi masalah gizi yang dihadapi. Konseling dalam bidang gizi merupakan suatu upaya preventif dan promotif yang bersifat jangka panjang dan menengah menuju perbaikan gizi masyarakat. Dalam bidang kesehatan diharapkan bahwa sudah ada kesiapan mental dari sasaran untuk merubah perilakunya, namun kenyataannya tidak selalu demikian, sehingga perlu adanya konseling. Konseling merupakan suatu pendekatan yang paling banyak digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk membantu individu dan keluarganya.

Banyak professional kesehatan menggunakan kemampuan konseling dalam pekerjaan mereka, walaupun tidak semua profesional kesehatan adalah konselor. Selain menggunakan kemampuan konseling, dapat juga menggunakan metode komunikasi yang lain seperti memberikan instruksi,

informasi, advis dan petunjuk. Pemberian informasi dan advis berpusat pada hubungan satu arah, yaitu penolong/konselor dalam posisi kuat sebagai seorang ahli dalam mengontrol situasi. Konseling berpusat pada hubungan dua arah, yaitu konselor memberikan dukungan pada seseorang yang membutuhkan pertolongan untuk mencapai sebuah kekuatan dan kontrol untuk diri mereka sendiri. Kewajaran hubungan antara konselor dan klien dan proses yang terjadi pada hubungan itu merupakan titik sentral konseling (Gable, 2005).

Salah satu tujuan dari konseling adalah memfasilitasi perubahan tingkah laku klien. Rogers memandang bahwa perubahan tingkah laku sebagai suatu akibat dari adanya proses konseling. Perubahan tingkah laku di sini adalah perubahan berpikir dan pemahaman yaitu dari ketidaktahuan klien tentang masalah yang dihadapinya hingga ia memahami dan mengerti masalahnya. Menurut Yeo, konseling tidak hanya terpusat pada masalah, tetapi penekanannya lebih kepada membantu klien untuk memanfaatkan kekuatan yang ada padanya dan mampu menangani masalah hidup dengan penuh percaya diri.

Dari aspek ilmu perilaku kesehatan, tak kalah pentingnya melihat bagaimana *lifestyle* muncul ke permukaan sebagai tantangan untuk mewujudkan hidup sehat dalam konteks tantangan nilai budaya. Mengacu pada konteks “DOA” *Disability Oriented Approach* yang sangat menekankan bahwa untuk hidup sehat diperlukan keseimbangan “*agent, host and*

environment” setiap orang untuk hidup sehat diminta untuk mampu beradaptasi terhadap ekosistem, nilai budaya dan perilaku dasar masyarakat setempat di mana yang bersangkutan lahir, dibesarkan dan berinteraksi sesamanya. (Ngatimin, 2005).

G. Perilaku Makan ODHA

Perilaku sehat (*health behavior*) menurut Becker (1974) yaitu tingkah laku atau tindakan nyata yang dilakukan seseorang untuk memelihara atau meningkatkan status kesehatannya. Salah satu cara yaitu dengan pemilihan makanan bergizi. (Husaini, dkk. 2001). Perilaku makan ODHA dapat dilihat atau dinilai dari pengetahuan, sikap dan praktek sehingga membentuk perilaku atau kebiasaan makan sehari-hari. Adapun pengertian dari pengetahuan, sikap dan praktek yang membentuk perilaku adalah sebagai berikut:

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Menurut kamus bahasa Indonesia (1980) pengetahuan adalah berasal dari kata tahu yang berarti setelah melihat, mengerti, menyaksikan,

mengalami atau diajarkan, sedangkan kata pengetahuan itu sendiri berarti segala yang diketahui. (Kodyat, 1996)

Pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan, juga dapat diperoleh dari pengetahuan orang lain, antara lain dengan mendengar, melihat langsung melalui alat komunikasi seperti TV, radio, buku dan lain-lain (Kodyat,1996). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Proses adopsi perilaku menurut penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus terlebih dahulu
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation* (Menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
4. *Trial*, Orang mulai mencoba perilaku baru
5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak

didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, maka tidak akan berlangsung lama.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden.

b. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau obyek, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan satu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan predisposisi suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu terhadap suatu penghayatan terhadap obyek (Notoatmodjo, 2003).

Pengertian sikap menurut Azwar (2003) adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek yang bersangkutan. Sikap mempunyai dimensi yang karakteristik yaitu arah, intensitas, keluasan, konsistensi, dan spontanitas.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dengan menanyakan pendapat seseorang terhadap sesuatu hal melalui pernyataan

yang kemudian ditanyakan pendapatnya dengan beberapa alternatif jawaban misalnya sangat setuju, setuju, tidak tahu, tidak setuju dan sangat tidak setuju (Azwar, 2003).

c. Praktek

Praktek atau tindakan adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata yang dapat diobservasi langsung melalui wawancara dan kegiatan responden, merupakan bentuk tindakan nyata seseorang. Menurut Notoatmodjo (2003), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam tindakan. Untuk mewujudkannya diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas juga diperlukan faktor-faktor dari pihak lain, misalnya suami, orang tua, atau mertua sangat penting untuk mendukung praktek atau tindakan.

Praktek dapat terbagi dalam beberapa tingkatan yaitu persepsi, respon terpimpin, mekanisme dan adopsi. Persepsi adalah tahap mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Respon terpimpin, bila seseorang dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar berdasarkan contoh. Tahap mekanisme adalah apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan. Adopsi adalah merupakan praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi tingkat kebenaran tindakan tersebut.

Menurut Androgogi dalam Thaha (2003), reaksi perubahan perilaku yang disebabkan pemberian konseling pada orang dewasa akan bisa dinilai setelah 1 bulan. Dalam proses perubahan perilaku, hendaknya disadari bahwa perubahan pengetahuan ke sikap dan seterusnya ke perbuatan, bukan merupakan garis lurus. Terdapat beberapa catatan bahwa perubahan pengetahuan ke sikap, sangat dipengaruhi oleh persepsi yang bersangkutan tentang masalah dan perubahan yang dimaksud. Begitu pula bila sikap telah berubah, maka keadaan itu merupakan predisposisi untuk perubahan perilaku. Bahwa meskipun perilaku telah berubah dari “*what is*” ke “*what should be*” tidak berarti bahwa kegiatan *health education* telah berhasil dan berakhir. Melalui *outcome* harus ditunjukkan adanya perbaikan data statistik yang mendukung makna perubahan perilaku (Ngatimin, 2005).

H. Infeksi HIV/AIDS

1. Definisi

AIDS (*Acquired immunodeficiency syndrome*) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). HIV adalah virus yang hidup dan berkembang biak di dalam sel darah putih (sel kekebalan tubuh) sehingga merusak sistem kekebalan tubuh (Daili, 2005).

2. Etiologi

AIDS disebabkan oleh virus yang disebut HIV. Virus ini ditemukan oleh Montagnier, seorang ilmuwan Perancis (Institute Pasteur, Paris, 1983), yang

mengisolasi virus dari seorang penderita dengan gejala limfadenopati, sehingga pada waktu itu dinamakan *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Gallo (National Institute of Health, USA, 1984) menemukan virus HTL-III (*Human T Lymphotropic Virus*) yang juga adalah penyebab AIDS.

3. Patogenesis

Virus masuk ke dalam tubuh manusia terutama melalui perantara darah, semen dan sekret vagina. Sebagian besar (75%) penularan terjadi melalui hubungan seksual. HIV tergolong retrovirus yang mempunyai materi genetik RNA. Bilamana virus masuk ke dalam tubuh penderita (sel hospes), maka RNA virus diubah menjadi DNA oleh enzim *reverse transcriptase* yang dimiliki oleh HIV. DNA pro-virus tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam sel hospes dan selanjutnya diprogramkan untuk membentuk gen virus (Townsend, 2002)

Salah satu gen virus adalah tat yang dapat mempercepat replikasi dan pertumbuhan virus baru sehingga terjadi penghancuran limfosit T4 secara besar-besaran yang akhirnya menyebabkan sistem kekebalan tubuh menjadi lumpuh. Kelumpuhan sistem kekebalan tubuh ini mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik dan keganasan yang merupakan gejala-gejala klinis AIDS (Fauci A.S., Lane H.C., 2005, Boisot S, Pier GB, 2004).

4. Gambaran Klinis

Infeksi HIV memberikan gambaran klinis yang tidak spesifik dengan spektrum yang lebar, mulai dari infeksi tanpa gejala (asimtomatik) pada

stadium awal sampai pada gejala-gejala yang berat pada stadium yang lebih lanjut. Perjalanan penyakit lambat dan gejala-gejala AIDS rata-rata baru timbul 10 tahun sesudah infeksi, bahkan dapat lebih lama lagi. Menurunnya hitungan sel CD4 dibawah 200/ml menunjukkan perkembangan yang semakin buruk. Keadaan yang memburuk juga ditunjukkan oleh peningkatan B2 mikro globulin, p24 (antibodi terhadap protein *care*) dan juga peningkatan IgA (Djauzi S., 2003)

Untuk kepentingan klinis, khususnya berkaitan dengan inisiatif pengobatan dan memperkirakan prognosis, klasifikasi yang lebih memadai ialah dengan memakai hitungan sel CD4 karena perkembangan jumlah sel CD4 dalam darah sangat berkaitan dengan status imunitas penderita.

a. Infeksi Akut : CD4: 750-1000

Gejala infeksi akut biasanya timbul sesudah masa inkubasi selama 1-3 bulan. Gejala yang timbul umumnya seperti influenza (*flu-like syndrome*; demam, artralgia, malaise, anoreksia), gejala kulit (bercak-bercak merah, urtikaria), gejala syaraf (sakit kepala, nyeri retrobulber, radikulopati, gangguan kognitif dan afektif), gangguan gastrointestinal (nausea, vomitus, diare, kandidiasis orofaringis). Pada fase ini penyakit tersebut sangat menular karena terjadi viremia. Gejala tersebut, merupakan reaksi tubuh terhadap masuknya virus dan berlangsung kira-kira 1 - 2 minggu. Serokonversi terjadi pada fase ini dan antibodi virus mulai dapat dideteksi kira-kira 3 - 6 bulan sesudah infeksi.

b. Infeksi Kronis Asimtomatik : CD4 > 500/ml

Setelah infeksi akut berlalu maka selama bertahun-tahun kemudian, umumnya sekitar 5 tahun, keadaan penderita tampak baik saja, meskipun sebenarnya terjadi replikasi virus secara lambat di dalam tubuh. Beberapa penderita mengalami pembengkakan kelenjar limfe menyeluruh, disebut limfadenopati generalisata persisten (LGP), meskipun ini bukanlah hal yang bersifat prognostik dan tidak berpengaruh bagi hidup penderita. Namun mulai terjadi penurunan jumlah sel CD4 sebagai petunjuk menurunnya kekebalan tubuh penderita, tetapi masih berada pada tingkat 500/ml.

c. Infeksi Kronis Simtomatik

Fase ini dimulai rata-rata sesudah 5 tahun terkena infeksi HIV. Berbagai gejala penyakit ringan atau lebih berat timbul pada fase ini, tergantung pada tingkat imunitas penderita.

1). Penurunan Imunitas Sedang : CD4 200 - 500

Pada awal sub-fase ini timbul penyakit-penyakit yang lebih ringan misalnya reaktivasi dari herpes zoster atau herpes simpleks, namun dapat sembuh spontan atau hanya dengan pengobatan biasa. Penyakit kulit seperti dermatitis seboroik, veruka vulgaris, moluskum kontangiosum atau kandidiasis oral sering timbul.

Keadaan yang disebut AIDS (CDC, revisi 1993) dapat terjadi pada sub-fase ini; misalnya bila sudah ditemukan sarkoma kaposi, limfoma non-Hodgkin dan lainnya. ARC (*AIDS Related Complex*) adalah

keadaan yang ditandai oleh paling sedikit dua gejala dari gejala-gejala berikut:

- ✍ Demam yang berlangsung > 3 bulan
- ✍ Penurunan berat badan > 10%
- ✍ Limfadenopati berlangsung > 3 bulan
- ✍ Diare,
- ✍ Kelelahan dan keringat malam;

dengan ditambah paling sedikit 2 kelainan laboratorium berikut:

- ✍ T4 < 400/ml
- ✍ Ratio T4/T8 < 1.0
- ✍ Leukotrombositopenia dan anemi
- ✍ Peningkatan serum immunoglobulin
- ✍ Penurunan blastogenesis sel limfosit
- ✍ Tes kulit anergi

2). Penurunan Imunitas Berat : CD4 < 200

Pada sub fase ini terjadi infeksi oportunistik berat yang sering mengancam jiwa penderita, seperti *Pneumocystitis carinii* (PCP), toksoplasma, *Cryptococcosis*, tuberkulosa, *Cytomegalo virus* (CMV) dan lainnya. Viremia terjadi untuk kedua kalinya dan boleh dikatakan tubuh sudah dalam keadaan kehilangan kekebalannya, dapat dilihat infeksi oportunistik, keganasan atau keadaan lain yang sudah menunjukkan keadaan AIDS (Daili, 2005).

5. Diagnosis

Diagnosis ditujukan kepada 2 hal yaitu : keadaan terinfeksi HIV dan AIDS. Hal ini dilakukan karena terdapat perbedaan langkah-langkah penting dalam menghadapi kedua keadaan itu, baik dari sudut epidemiologi, pengobatan-perawatan-konseling maupun prognosis.

a. Diagnosis Dini Infeksi HIV

Diperlukan dalam hal patogenesis dan perjalanan penyakit juga perkembangan pengobatan. Keuntungan menemukan diagnosis dini : intervensi pengobatan fase infeksi asimtomatik dapat diperpanjang, menghambat perjalanan penyakit ke arah AIDS, pencegahan infeksi oportunistik, konseling dan pendidikan untuk kesehatan umum penderita. Penyembuhan (bila mungkin) hanya dapat terjadi bila pengobatan pada fase dini (Zavasky D.M. *et al.*, 2001).

Diagnosis dini ditegakkan melalui pemeriksaan laboratorium dengan petunjuk dari gejala-gejala klinis atau dari adanya perilaku risiko tinggi individu tertentu (Djauzi S., 2003).

b. Diagnosis AIDS

AIDS merupakan stadium akhir infeksi HIV. Penderita dinyatakan sebagai AIDS bila dalam perkembangan infeksi HIV selanjutnya menunjukkan infeksi-infeksi dan kanker oportunistik yang mengancam jiwa penderita . Selain infeksi dan kanker dalam penetapan CDC juga termasuk ensefalopati, sindrom kelelahan dengan AIDS dan hitungan CD4 < 200/ml. CDC menetapkan kondisi dimana infeksi HIV sudah dinyatakan sebagai AIDS (Abbas A.K. *et al.*, 2005).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penderita infeksi HIV dibagi atas 2 bagian yaitu untuk infeksi dini HIV dan infeksi yang sudah lanjut termasuk AIDS. Perbedaan tatalaksana terletak pada prinsip pencegahan yang dapat dilakukan pada fase dini untuk mencegah timbulnya infeksi oportunistik serta memperpanjang hidup penderita, sedangkan pada tahap yang lanjut kita hanya dapat memberikan pengobatan untuk infeksi oportunistik dan keganasan serta perawatan pada fase terminal (Djauzi S., 2003). Pada fase terminal, dimana penyakit sudah tak teratasi, pengobatan yang diberikan hanyalah bersifat simptomatik dengan tujuan agar penderita merasa cukup enak, bebas dari rasa mual, sesak, mengatasi infeksi yang ada dan mengurangi rasa cemas (Fauci A.S., Lane H.C., 2005).

7. Pencegahan

Sampai saat ini belum ditemukan vaksin atau obat-obat yang efektif untuk mencegah atau menyembuhkan AIDS/infeksi HIV, sehingga untuk menghindari terinfeksi HIV dan menekan penyebarannya cara yang utama adalah tindakan pencegahan melalui perubahan perilaku. Pencegahan penularan ditujukan terhadap kontak perorangan melalui hubungan seksual, penularan melalui darah, penularan perinatal, dan melalui jarum suntik yang terkontaminasi (Murni S., 2003, KPAN, 2003, Daili, 2005).

8. Nutrisi Pada Infeksi HIV/AIDS Terhadap Perubahan Berat Badan

Infeksi HIV akan mempengaruhi status nutrisi (makronutrien dan mikronutrien) serta sistem imun orang dengan infeksi HIV & AIDS (ODHA). Perubahan status nutrisi tersebut disebabkan oleh berbagai faktor : anoreksia, hipermetabolik, hiperkatabolik, infeksi kronis, demam, penurunan intake nutrisi, mual, muntah, diare, malabsorpsi, peningkatan kebutuhan maupun kehilangan nutrisi, depresi, efek samping obat, radiasi, dan kemoterapi. Perubahan status nutrisi tersebut terkait dengan perjalanan penyakit infeksi HIV yang menyertainya, sehingga menyebabkan penurunan berat badan . (Dao, 2004, Oiwos E, 2003. Batterham, 2005,)

HIV cenderung menyerang jenis sel tertentu, yaitu sel-sel yang mempunyai antigen permukaan CD4, terutama sekali limfosit T4 yang memegang peranan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Selain limfosit T4, virus juga dapat menginfeksi sel monosit dan makrofag, sel Langerhans pada kulit, sel dendrit folikuler pada kelenjar limfe, makrofag pada alveoli paru, sel retina, sel serviks uteri dan sel-sel mikroglia otak. Virus yang masuk ke dalam limfosit T4 selanjutnya mengadakan replikasi sehingga menjadi banyak dan akhirnya menghancurkan sel limfosit itu sendiri (Boisot S, Pier G.B., 2004)

.Tanpa dukungan nutrisi yang adekuat, stres metabolik akibat infeksi akan menimbulkan kehilangan berat badan dan rusaknya sel bagian tubuh organ vital. Penurunan berat badan 10-29% dari semula akan sangat

mengurangi kemampuan daya tahan tubuh dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas, bahkan kehilangan 40% berat badan dapat menyebabkan kematian. Malnutrisi akibat respons metabolik dan biokimia dalam tubuh mempunyai kontribusi dalam mekanisme pertahanan, yang selanjutnya menentukan hasil setiap episode infeksi. Pada perkembangan selanjutnya diketahui bahwa perubahan kondisi klinis tidak tergantung pada asupan nutrisi saja, tetapi juga akibat proses penyakit berupa respons metabolik maupun biokimia dalam tubuh. Respons metabolik dan biokimia tersebut terdiri atas hipermetabolisme, proteolisis dan hilangnya nitrogen, peningkatan glukogenolisis, termasuk peningkatan kadar ROS. Secara umum disebutkan rerata 75% status nutrisi pasien yang masuk rumah sakit menurun, 40-55% mempunyai resiko malnutrisi, dan 12% malnutrisi berat. DI UPIPI RSU Dr. Soetomo, sindrom *wasting* terjadi pada lebih 90% penderitanya AIDS.

Masuknya HIV kedalam tubuh selain memunculkan gejala juga memicu terjadinya perubahan biokimia nutrisi berupa kehilangan zat nutrisi dalam tubuh. HIV memengaruhi makrofag, monosit, limfosit untuk mengeluarkan mediator kimiawi dan sitokin proinflamatori. Salah satu dampak dari keluarnya mediator tersebut memicu hepar untuk meningkatkan ambilan asam amino, Zn, Fe, protein reaktan fase akut dan kompleks lipoprotein trigliserida, serta sintesis enzim (*scavenger enzyme*) yang kemudian dilepas ke dalam plasma. Penelitian Friis (2001) terhadap ODHA di Zimbabwe menunjukkan 31,5% mengalami defisiensi asam folat, ferritin, seng (Zn) dan hemoglobin. Dampak

defisiensi Zn berpengaruh terhadap sistem imun. Defisiensi Fe atau minimalnya deposit ferritin pada ODHA mendorong diperlukan tambahan 6 mg/hari.

Di negara-negara berkembang, infeksi HIV akan lebih mudah jatuh ke stadium AIDS maupun sepsis karena ODHA dengan status imunokompromise tersebut hidup di lingkungan dengan kejadian berbagai infeksi yang tinggi. Oleh karena itu, tidak jarang bila ODHA mudah mengalami infeksi oportunistik seperti tuberkulosis, pneumonia, diare infeksius, dermatitis, herpes simpleks, herpes zoster, meningitis, juga sepsis yang semakin memperjelek status nutrisinya.

Pada saat berlangsungnya infeksi akut terjadi peningkatan metabolik dan konsumsi O_2 diikuti dengan percepatan proses anabolik dan katabolik. Sel-sel hepar dan jaringan limfoid secara cepat akan meningkatkan sintesis protein yang diperlukan untuk mekanisme defensif tubuh dengan mempercepat proliferasi sel-sel fagosit dan limfoid. Proses katabolik juga dipercepat guna mendukung kebutuhan anabolik dan meningkatkan energi yang dibutuhkan guna memelihara tingkat metabolik yang tinggi bila terjadi anoreksia atau penurunan konsumsi makanan. Cadangan protein rantai cabang yang labil dalam otot dan jaringan somatik memberi tambahan substrat asam amino yang dibutuhkan. Ini digunakan untuk produksi glukosa dan untuk sintesis protein baru yang dibutuhkan untuk pertahanan tubuh. Walaupun terjadi peningkatan anabolik dan katabolik secara simultan selama

infeksi HIV & AIDS, komponen katabolik secara klinis jauh lebih terlihat ditandai dengan kerusakan protein otot rangka dalam bentuk kehilangan berat badan dan masa otot sehingga muncul sindrom *wasting*. Zat makanan serta energi yang disimpan akan digunakan melebihi batas konsumsi seharusnya, sehingga mengakibatkan pemborosan protein dan terjadi keseimbangan nitrogen negatif.

Pada fase infeksi akut, yaitu *ebb* fase demam berlangsung dalam beberapa jam (4-6 jam) ditandai dengan usaha tubuh untuk mengembalikan, perfusi ke arah normal, tubuh berusaha menahan air dan garam. Pada fase kedua, yaitu *flow* fase terjadi proses katabolisme yang progresif berlangsung selama sehari-hari atau bulan tergantung berhasil tidaknya tubuh mengatasi proses katabolik. Simpanan nitrogen yang labil dikeluarkan, depo lemak digunakan dan terjadi status kaketik (*cachetic*) yang juga mengganggu fungsi imunitas. Setiap defisiensi atau ketidakseimbangan zat makanan yang memengaruhi sintesis protein dapat menyebabkan gangguan fungsi beberapa mekanisme pertahanan tubuh.

Perubahan nutrisi tersebut ditandai oleh penurunan berat badan, kehilangan masa otot dan lemak, defisiensi vitamin dan mineral, menurunnya fungsi imun, meningkatnya kerentanan terhadap infeksi oportunistik, lebih progresifnya laju perjalanan penyakit dari infeksi HIV ke tingkat yang lebih berat yaitu AIDS hingga sepsis. Pada infeksi HIV sering terjadi defisiensi berbagai trace mineral dan vitamin termasuk selenium dan vitamin A.

Lemahnya sistem antioksidan pada infeksi HIV disebabkan menurunnya integritas sistem enzim (*scavenger enzyme*) selain karena produksi ROS yang berlebihan juga merupakan rentetan pengaruh penurunan asupan *trace* mineral seperti selenium, tembaga (Cu), seng (Zn), dan mangan (Mn); serta penurunan nutrisi yang mengandung vitamin E, A, C, dan β -karoten dalam sitoplasma dan lipid membran sel.

Pada pasien terinfeksi HIV sering mengalami gangguan asupan nutrisi yang menyebabkan menurunnya fungsi biologis tubuh. Bahkan pada pasien terjadi perubahan kondisi klinis bukan hanya karena masalah asupan nutrisi saja, tetapi juga akibat proses penyakit yang cenderung kronis.

I. Asuhan Gizi pada ODHA

Asuhan gizi merupakan komponen penting dalam perawatan individu yang terinfeksi HIV. Mereka akan mengalami penurunan berat badan dan hal ini berkaitan erat dengan kurang gizi. Asuhan gizi dan terapi gizi medis bagi ODHA sangat penting bila mereka juga mengkonsumsi obat-obat antiretroviral (Depkes, 2003). Makanan yang dikonsumsi mempengaruhi penyerapan ARV dan obat infeksi oportunistik dan sebaliknya penggunaan ARV-OI dapat menyebabkan gangguan gizi. Beberapa jenis ARV-OI harus dikonsumsi pada saat lambung kosong, beberapa obat lainnya tidak. Pengaturan diet dapat juga digunakan untuk mengurangi efek samping obat ARV-OI. (Spritia, 2004, Green W.,2003)

Status gizi ODHA sangat dipengaruhi oleh kebutuhan dan asupan zat gizi. Asupan zat gizi yang tidak memenuhi kebutuhan akibat infeksi HIV akan menyebabkan kekurangan gizi yang bersifat kronis dan pada stadium AIDS terjadi keadaan kurang gizi yang kronis dan drastis yang mengakibatkan penurunan resistensi terhadap infeksi lainnya. (Batterham, 2005). Untuk mengatasi hal tersebut penatalaksanaan gizi yang baik untuk ODHA amat berguna untuk mempertahankan kesehatan dan status gizi serta meningkatkan kekebalan tubuh sehingga kualitas hidup akan lebih baik. (Tirtawinata, 2006, Green W., 2003, Depkes, 2003, Almatsier, 2006, Vincent 2003, Jahor F. *et al.*, 2003)

1. Paket Asuhan Gizi

a. Pemantauan Status Gizi

Pemantauan status gizi bertujuan untuk mengetahui kondisi ODHA apakah mempunyai status gizi normal, kurang atau buruk. Pemantauan ini dilakukan dengan cara :

1). Anamnesis Diet

Dilakukan dengan cara menanyakan pola makan yang dilakukan selama 2 atau 3 hari sebelumnya untuk mengetahui pola makan dan asupan zat gizi serta mengetahui kemungkinan potensi kekurangan zat gizi (Arisman, 2004)

2). Pengukuran Antropometri

Data berat badan diambil dengan menggunakan alat ukur BIA 530 dengan ketelitian 0,00 kg, data tinggi badan diukur dengan

menggunakan mikrotis dengan ketelitian 0,1 cm dan LILA diukur dengan menggunakan pita Pengukur LILA dengan Ketelitian 0,1 cm. Dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan untuk mengetahui Indeks Massa Tubuh (IMT) serta pengukuran lingkaran atas (LILA) untuk mengetahui seberapa jauh terjadi kekurangan zat gizi makro seperti Kurang Energi Protein. (Hartono, 2000)

3). Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan adalah pemeriksaan Hb, albumin dan prealbumin, kolesterol, trigliserida, fungsi hati, dan kadar zat gizi mikro dalam darah misalnya : zat besi, magnesium, asam folat, vit B12, vit A, dll (Supariasa, 2002, Gibson S., 2005).

b. Intervensi Gizi

Intervensi gizi harus dilakukan secara komprehensif meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bekerja sama dengan berbagai profesi yang terkait dengan pelayanan ODHA. Di rumah sakit, pelayanan dilakukan oleh Tim Asuhan Gizi. Intervensi gizi dan promotif sangat perlu dilakukan untuk menyebarkan informasi tentang pentingnya mempertahankan status gizi yang optimal agar orang yang terinfeksi HIV tidak cepat masuk dalam stadium AIDS. Pada ODHA yang mendapatkan obat ARV dan OI perlu diperhatikan efek ARV-OI terhadap fungsi pencernaan seperti mual, muntah, diare karena

keadaan ini dapat mempengaruhi asupan gizi dan status gizi mereka (Depkes, 2003, Green W., 2003, Spritia, 2003)

c. Konseling Gizi

Tujuan konseling gizi agar ODHA mendapatkan jaminan kebutuhan gizi yang cukup, aman, terjangkau, sesuai dengan kondisi kesehatan dan kemampuan/daya beli keluarga. Konseling mencakup penyuluhan tentang HIV/AIDS, pengaruh infeksi HIV pada status gizi, terapi gizi medis dan penyusunan diet, termasuk pemilihan bahan makanan setempat, cara memasak, cara penyajian, keamanan makanan dan minuman, serta aspek psikologis dan efek samping dari ARV-OI yang mempengaruhi nafsu makan (Murni S., 2003, Dao, Halim, 2004).

2. Terapi Gizi Medis

Terapi gizi medis merupakan terapi dasar selain terapi dengan obat-obatan. Terapi gizi medis perlu dilakukan segera setelah status HIV diketahui (Jahor F. *et al.*, 2003). Pada prinsipnya terapi diet harus mengandung kalori yang memadai, protein yang sesuai dan berkualitas tinggi, bahan makanan yang mempunyai efek anti oksidan yang tinggi serta mengandung vitamin dan mineral yang cukup (Green W 2003, Tang *et al.*, 2005, Fauwzi *et al.*, 2005, Kaiser *et al.*, 2006, Reiten Dj., 2005).

a. Tujuan Terapi Gizi Medis pada ODHA

1. Meningkatkan status gizi dan daya tahan tubuh.
2. Mencapai dan mempertahankan berat badan normal.

3. Memberi asupan zat gizi makro dan mikro sesuai dengan kebutuhan.
4. Meningkatkan kualitas hidup.
5. Menjaga interaksi obat dan makanan agar penyerapan obat lebih optimal.

b. Prinsip Gizi Medis pada ODHA

Tinggi kalori tinggi protein (TKTP) diberikan bertahap secara oral (melalui mulut). Kaya vitamin dan mineral, dan cukup air.

c. Syarat Diet pada ODHA

1. Kebutuhan zat gizi dihitung sesuai dengan kebutuhan individu.
2. Mengonsumsi protein yang berkualitas dan sumber hewani dan nabati seperti daging, telur, ayam, ikan, kacang-kacangan dan produk olahannya, susu.
3. Banyak makan sayuran dan buah-buahan secara teratur, terutama kaya vitamin A (beta-karoten), zat besi dan sumber zat anti oksidan lainnya.
4. Menghindari makanan yang diawetkan dan makanan yang beragi (tape, brem). Makanan bersih bebas dari pestisida dan zat-zat kimia.
5. Bila ODHA mendapatkan obat antiretro viral, pemberian makanan disesuaikan dengan jadwal minum obat dimana ada obat yang diberikan saat lambung kosong, pada saat lambung harus penuh, atau diberikan bersama-sama dengan makanan.
6. Menghindari makanan yang merangsang alat pencernaan (untuk mencegah mual).

7. Diberikan dalam porsi kecil tetapi sering.
8. Minum susu setiap hari, susu yang rendah lemak dan sudah dipasteurisasi; jika tidak dapat menerima susu sapi, dapat diganti dengan susu kedelai.
9. Rendah serat, makanan lunak/cair, jika ada gangguan saluran pencernaan.
10. Menghindari rokok, kafein dan alcohol.
11. Sesuaikan syarat diet dengan infeksi penyakit yang menyertai (TB, diare, sarkoma, oral kandidiasis). Jika oral tidak bisa, berikan dalam bentuk enteral dan parenteral secara aman (*Naso Gastric Tube* = NGT) atau intravena (IV) (Depkes, 2003, Spritia, 2004).

d. Kebutuhan Zat Gizi Makro ODHA

Umumnya ODHA mengkonsumsi zat gizi di bawah optimal. Biasanya mereka hanya mengkonsumsi 70% kalori atau 65% dari total yang diperlukan oleh tubuh. Konsumsi zat gizi yang demikian tidak memenuhi kecukupan kalori yang meningkat karena peningkatan proses metabolisme sehubungan dengan infeksi akut (Depkes, 2003).

Untuk mencukupi kebutuhan kalori diberikan Energi Tinggi sekitar 2000-3000 Kkal/hari, pada perhitungan energi diperhatikan faktor stres, aktifitas fisik, kenaikan suhu tubuh. Tambahkan energi sebanyak 13% untuk setiap kenaikan suhu 1 derajat celsius (Almatsier, 2006).

Protein 1,5-2 gram/kg BB/hari untuk memelihara dan mengganti jaringan sel tubuh yang rusak. Pemberian protein disesuaikan bila ada

kelainan ginjal dan hati. Kebutuhan kalori yang berasal dari lemak dianjurkan sebesar 10 -25 % dari total kalori sehari (Daldiyono dan Thaha,1998, Hill L., 2000, Jaya W., 2002). Khusus pada ODHA dianjurkan mengkonsumsi lemak yang berasal dari MCT agar penyerapan lebih baik dan mencegah diare. Kebutuhan zat gizi makro tersebut diatas harus dipenuhi untuk mencegah penurunan berat badan yang drastis. Minyak ikan (asam lemak omega 3) diberikan bersama minyak MCT dapat memperbaiki fungsi kekebalan. (Almatsier, 2006, Depkes, 2003)

e. Suplementasi Zat Gizi Mikro ODHA

Prinsip pemberian terapi gizi adalah pemberian zat gizi untuk pembentukan sel-sel dalam tubuh. Namun dipihak lain HIV bersifat merusak sel-sel tersebut sehingga terjadi suatu persaingan dalam tubuh ODHA. Apabila pada saat terjadi pengrusakan sel-sel dalam tubuh terdapat pula kekurangan zat gizi maka fase AIDS akan terjadi lebih cepat. Selain penurunan berat badan, ODHA sangat rentan terhadap kekurangan zat gizi mikro (Spritia, 2006). Kekurangan zat gizi mikro dapat menurunkan sistim imun tubuh untuk memerangi infeksi virus dan bakteri. Oleh karena itu perlu suplemen multizat gizi mikro terutama yang mengandung vitamin B12, B6, A, C, E, dan mineral Zn, Se dan Cu (Green W, 2003, Drain P.K., *et al.*, 2006, Kaiser *et al.*, 2006, Reiten, Dj., 2005). Pemberian protein alternatif ikan gabus yang mengandung zat Gizo mikro Zn, Cu, Se, dan Fe ternyata dapat memperbaiki status Gizi penderita HIV/AIDS yang dirawat di Rumah Sakit (Nurpudi A. Taslim dkk, 2005).

Dukungan suplemen selenium

Pemberian suplemen selenium (100 mikrogram perhari), β -karoten (60 mg per hari) dapat meningkatkan fungsi enzim antioksidan daripada yang hanya diberikan β -karoten saja. Selenium dapat menurunkan dampak negatif ROS pada infeksi HIV.

Dukungan suplemen seng

Hasil penelitian di Itali dengan pemberian suplemen seng (200 mg per hari) selama 1 bulan dapat menurunkan insiden infeksi oportunistik (terutama pneumonia, pneumokistik karini dan kandidiasis), dapat menjaga stabilitas berat badan, meningkatkan jumlah CD4 penderita AIDS yang mendapat ARV dibandingkan penderita yang mendapat ARV tanpa suplemen seng (Muzzioli, 2000). Penelitian Patrick (2003) dengan pemberian suplemen seng sulfat 0,45 mg/kg/hari selama 10 minggu dapat meningkatkan sel CD4 secara signifikan (280 ke 390 mm³) dengan kenaikan berat badan 7 pounds, serta menghambat munculnya infeksi oportunistik. (normal 0,5-1,5 mg/1,8-23 μ mol/l).

Dukungan zat besi

Koreksi terhadap anemia dapat menghambat progresivitas infeksi HIV dan memperpanjang usia harapan hidup ODHA. Anemia sering terjadi pada ODHA dan infeksi HIV berat disertai peningkatan cadangan besi di sumsum tulang, otot, liver diakibatkan oleh tidak dilepaskannya Fe dalam plasma, dan faktor lain (pengguna ZDV, merokok, transfusi). Peningkatan cadangan besi potensial mendorong terjadinya infeksi mikrobial dan

mencetuskan pembentukan stres oksidatif. Kadar zat besi serum 10-30 $\mu\text{mol/l}$).

Dukungan Vitamin E

Upaya untuk meningkatkan kadar vitamin E dalam serum dapat mencegah progresivitas infeksi HIV, meningkatkan CD4, memperpanjang usia harapan hidup. ODHA dengan kadar vitamin E $\geq 23,5$ mmol/l sejak pertama kali dinyatakan AIDS, 34% lebih lama hidupnya dari pada yang kadarnya rendah. Vitamin E dengan daily value (DV) 30-800 IU dan upper tolerable limit (UTL) 1000 IU penting diberikan guna menghambat pengaruh negatif antiretroviral (ARV) terutama protease inhibitor (PI). Di Kanada pemberian vitamin E (800 IU) dan vitamin C (1000 mg) per hari selama tiga bulan dapat menurunkan ROS dan viral load serta menurunkan efek toksik tidak langsung IL-6 dan TNF melalui kerusakan oksidatif, menghambat replikasi HIV melalui NF- κ B melalui sitosol dan produksi ROS mitokondria.

Dukungan suplemen vitamin A

Vitamin A dapat menurunkan kesakitan, progresivitas infeksi HIV, serta mortalitas akibat AIDS. Penelitian Coutts dkk (1995) dengan pemberian suplemen Vitamin A dosis tinggi ($> 20,000$ IU per hari) dapat membantu memulihkan status imun serta menurunkan diare pada 50% pada pasien terinfeksi HIV, serta menurunkan 92% kematian AIDS terkait diare.

Dukungan Vitamin C

Dukungan vitamin C dengan daily value (DV) 60-1,000 mg bermanfaat untuk mencegah laju progresivitas infeksi HIV dengan upper tolerable limit (UTL) 2000 mg. Normal dalam serum 2-20 mg/l, 11-113 $\mu\text{mol/l}$.

3. Gejala Klinis dan Keterkaitannya dengan Gangguan Gizi Anoreksia dan Disfagia

Pada umumnya pasien AIDS mengalami penurunan nafsu makan. Hal ini dapat disebabkan oleh pengaruh obat-obatan ARV yang diminum. Disamping 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.

1. 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 mengkonsumsi buah-buahan yang rendah serat dan tinggi kalium dan magnesium seperti jus pisang dan jus alpukat. Kehilangan elektrolit melalui diare kronis, mual dan muntah, memerlukan natrium, kalium, klorida, mengganti kehilangan cairan tersebut.

2. Sesak Nafas

Dianjurkan makanan tinggi lemak dan rendah karbohidrat untuk mengurangi kadar CO_2 , dengan porsi kecil tetapi sering. Bila asupan

makanan 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 pasien dalam posisi setengah tidur agar aliran O₂ ke paru lebih optimal (Hill. L, 2000, Depkes, 2003)

3. Gangguan Penyerapan Lemak (Malabsorpsi Lemak).

Pasien dengan gangguan penyerapan lemak diberikan diet rendah lemak. Dianjurkan menggunakan sumber lemak dengan ikatan rantai sedang (Medium Chain Triglyceride/MCT). Minyak ikan (asam lemak Omega-3) diberikan bersamaan MCT dapat memperbaiki fungsi kekebalan. Perlu tambahan vitamin yang larut dalam lemak yaitu vit A, D, E dan K (Almatsier, 2006, Sukartin, 2006).

4. Demam

Pada pasien 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 (Hill L., 2000).

5. Penurunan Berat Badan

Pasien yang berat badannya menurun secara drastis harus dicari penyebabnya. Karena hampir semua pasien AIDS akan mengalami kehilangan berat badan pada waktu tertentu. Pasien akan menjadi kurus disebabkan diare, demam, batuk kering atau penyakit kanker dan tidak

berselera makan karena depresi. Sering disebut Wasting Aids Sindrom (Spritia, 2006). Bila pasien tidak dapat makan secara oral maka diberikan secara enteral. Makanan yang dianjurkan adalah tinggi kalori tinggi protein secara bertahap dengan porsi kecil tapi sering serta padat kalori dan rendah serat. (Almatsier, 2006)

4. Penilaian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan individu suatu kelompok yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat gizi lain, diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri. Untuk memperkirakan status gizi seseorang, perlu dilaksanakan pengukuran-pengukuran penilaian status gizi dilakukan melalui penilaian konsumsi pangan, penilaian klinik, pemeriksaan laboratorium dan pengukuran antropometri (Almatsier, 2002, Supariasa, 2002). Sedangkan menurut Gibson S. (2005), status gizi adalah hasil keseimbangan konsumsii zat-zat gizi dengan expenditure sehingga individu dikatakan dalam keadaan gizi normal apabila terdapat keseimbangan normal.

Penilaian status gizi sejak pasien masuk perawatan harus dilakukan sebagai bagian dari perawatan dan skrining awal untuk mengidentifikasi risiko malnutrisi. Penilaian status gizi dapat dilakukan secara antropometri, biokimia dan klinik.

a. Penilaian Status Gizi secara Antropometri

Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2002).

1. Berat Badan

Pengukuran berat badan menjadi prinsip dasar pengkajian nutrisi dalam asuhan medik. Perlu dipertimbangkan kalau kita menggunakan berat badan sebagai satu – satunya kriteria untuk menentukan keadaan nutrisi: Berat badan harus dimonitoring untuk memberi informasi yang memungkinkan intervensi nutrisi preventif secara dini, guna mengatasi kecenderungan penurunan/ penambahan berat yang tidak dikehendaki. Berat badan harus dievaluasi dalam konteks riwayat berat, baik gaya hidup maupun status berat yang terakhir (Hartono, 2000)

2. Indeks Masa Tubuh (IMT)

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun ke atas) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai resiko penyakit-penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi produktifitas kerja. Oleh karena itu pemantauan keadaan tersebut perlu dilakukan secara berkesinambungan, salah satu cara dengan mempertahankan berat badan yang ideal atau normal. Indeks Masa

Tubuh (IMT) digunakan untuk pengukuran bobot berat badan yang memiliki hubungan linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal pertambahan berat badan searah dengan pertambahan tinggi badan dan merupakan indikator yang baik untuk mendapatkan proporsi tubuh yang normal dan untuk membedakan orang kurus dan gemuk. Berat badan yang sesuai dengan tinggi badan tertentu dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Berat Badan (m)} \times \text{Berat Badan (m)}}$$

Bila berat badan sebelum sakit lebih/diatas normal maka penurunan karena sakit/kurang gizi menjadi tidak akurat karena berat badannya masih termasuk normal. Bila ada edema, acites dapat mengoreksi berat badan menjadi normal yang sebenarnya telah menjadi malnutrisi. Bila terjadi peningkatan berat badan dapat digunakan untuk mengestimasi kecukupan intake zat gizi.

Penilaian status gizi berdasarkan timbangan Body Composition Analyzer (BIA) 530 sebagai berikut :

Status gizi untuk pria dewasa :

- kurang : IMT < 22 kg/m²
- normal : IMT = 22 kg/m²
- lebih : IMT > 22 kg/m²

Status gizi untuk wanita dewasa :

- kurang : $IMT < 21 \text{ kg/m}^2$
- normal : $IMT = 21 \text{ kg/m}^2$
- lebih : $IMT > 21 \text{ kg/m}^2$ (Instruction Manual BIA 530)

3. LILA

Lingkar Lengan Atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak di bawah kulit. Enam puluh persen protein tubuh terdapat dalam jaringan otot. Untuk orang dewasa status gizi kurang bila LILA $< 23,5 \text{ cm}$ (Supariasa, 2002).

b. Penilaian Status Gizi Secara Biokimia

Pemeriksaan biokimia dalam penilaian status gizi memberikan hasil yang lebih tepat serta obyektif daripada menilai konsumsi makanan dan pemeriksaan lain. Pemeriksaan biokimia yang sering digunakan adalah teknik pengukuran kandungan berbagai zat gizi dan substansi kimia lain dalam darah serta urine. Hasil pengukuran tersebut kemudian dibandingkan dengan standar normal yang telah ditetapkan. Cara ini dapat memberikan gambaran perubahan komposisi akut dalam waktu yang singkat (Supariasa, 2002, Gibson S., 2005).

1. Pengukuran Kehilangan Massa Jaringan (*Lean Body Mass*)

Pengukuran cara ini dengan mengukur kadar kreatinin dalam urine. Kreatinin adalah hasil dari metabolisme keratin yaitu substrat utama pada otot.

Nilai normal kadar kreatinin urine adalah :

- Laki-laki = 20-26 mg/kg BB/24 jam
- Perempuan = 14-22 mg/kg BB/24 jam

2. Nitrogen urine dalam 24 jam

Cara ini untuk mengestimasi intake protein dengan menilai nitrogen balance. Bila hasilnya negatif maka intake protein tidak cukup. Cara menghitung dengan menggunakan rumus :

$$\text{Nilai nitrogen balance} = \frac{\text{Protein intake}}{6,25} - (\text{urinary urea nitrogen} + 4)$$

3. Status Protein Visceral

Cara ini adalah cara tidak langsung yaitu dengan mengukur kadar protein transport untuk mengidentifikasi risiko malnutrisi.

a). Kadar Albumin Serum

Albumin merupakan protein aktif, bersifat labil yang disintesis di hati secara cepat dan terus-menerus. Sintesis ini sangat bergantung dari suplai asam amino dari diet yang beredar dalam darah. Masa jejak albumin antara 18-20 hari. Albumin mempunyai fungsi utama memberikan tekanan osmotik koloid kapiler yang mencegah cairan plasma keluar dari kapiler (Wilson, 1996).

Depresi kadar albumin juga dihubungkan dengan penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi yang memperlambat penyembuhan,

peningkatan morbiditas dan mortalitas serta lamanya masa perawatan di rumah sakit (Stepanuk, 2000).

Nilai kadar albumin memberikan indikasi sebagai berikut :

Penurunan ringan	: 3-3,5 gr %
Penurunan sedang	: 2,4-2,9 gr %
Penurunan berat	: < 2,4 gr %
Nilai normalnya	: 3,5-4,5 gr %

(Daldiyono dan Thaha, 1989, Tirtawinata, 2006, Wilson 1996)

b). Kadar Transferin

Transferin juga termasuk protein aktif, mempunyai masa jedah lebih pendek dibanding albumin yaitu sekitar 6 hari. Transferin adalah senyawa pengikat zat besi yang dapat mencegah penyakit infeksi. Apabila ada kuman penyakit yang menyerang tubuh maka transferin akan mengikat zat besi dari kuman itu tidak dapat berkembang biak, dengan demikian infeksi dapat dicegah.. Penurunan kadar transferin juga mengindikasikan adanya defisiensi protein yang lebih cepat (status akut protein) dibanding dengan kadar albumin.

Normal	: 200 – 300 mg%
Penurunan sedang	: 100 – 250 mg%
Penurunan berat	: < 100 mg%.

(Tirtawinata, 2006)

c). Haemoglobin

Hemoglobin (Hb) adalah molekul protein yang mengandung zat besi dan merupakan pigmen darah yang membuat darah berwarna merah. Fungsi Hb sebagai alat transportasi oksigen. Zat besi memegang peranan penting dalam sistem kekebalan tubuh. Sel darah putih yang berfungsi menghancurkan bakteri yang masuk tubuh, tidak dapat bekerja secara efektif apabila tubuh kekurangan zat besi.

Nilai normal Hb :

Pria dewasa : 13,0 gr/dl

Wanita dewasa : 12,0 gr/dl

(Sumber : WHO, 1975)

a. Goal Setting

Goal setting merupakan langkah untuk merumuskan tujuan konseling. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari langkah assessment konselor bersama dengan klien dalam bentuk pertemuan menyusun dan merumuskan tujuan yang ingin dicapai dalam konseling gizi.

1. Tujuan Umum :
Meningkatkan perilaku makan (pengetahuan, sikap dan praktek) guna memenuhi asupan makanan dalam mempertahankan dan meningkatkan status gizi ODHA.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Penderita ODHA mampu meningkatkan perilaku makan (pengetahuan, sikap dan praktek) dalam waktu 4 minggu.
 - b. Penderita ODHA dapat mengantisipasi gejala infeksi dengan mengkonsumsi makanan sesuai dengan penyakitnya dalam waktu 4 minggu.
 - c. Penderita ODHA dapat mengetahui dan memenuhi kebutuhan gizinya dalam waktu 4 minggu.
 - d. Penderita ODHA dapat mempertahankan dan meningkatkan status gizinya dalam waktu 4 minggu.

b. Implementasi

Konseling gizi dilakukan dalam bentuk kelompok yang terdiri dari dua kelompok, satu kelompok yang berjumlah 17 orang dan kelompok lainnya berjumlah 16 orang. Materi konseling yang dipilih berdasarkan masalah yang dihadapi ODHA yaitu dengan judul “Gizi seimbang, meningkatkan status gizi dan immunitas ODHA” yang dibawakan oleh seorang konselor gizi ODHA dan dibantu oleh peneliti. Teknik konseling yang diterapkan dalam penelitian ini yaitu berupa latihan perilaku asertif dan pembentukan perilaku model yaitu dengan menggunakan permainan dan diskusi-diskusi kelompok serta memberikan kesempatan kepada anggota kelompok yang telah berhasil untuk mengungkapkan dan membagikan keberhasilannya kepada anggota kelompok lainnya. Alat Bantu yang digunakan berupa LCD, lefleaf dan food model. Waktu yang digunakan dalam konseling gizi ini selama 90 menit.