

**GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA
PENDERITA TB PARU DI UPTD
PUSKESMAS BETUN TAHUN
2016-2018**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**IMELDA TRENSIANA TIMU
PO.5303333181033**

**PROGRAM STUDI ANALIS KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
2019**

**GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA
PENDERITA TB PARU DI UPTD
PUSKESMAS BETUN TAHUN
2016-2018**

KARYA TULIS ILMIAH

*Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Dalam Menyelesaikan Program Pendidikan Ahli Madya Analis Kesehatan*



**OLEH :
IMELDA TRENSIANA TIMU
PO.5303333181031**

**PROGRAM STUDI ANALIS KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

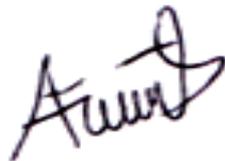
**GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA
PENDERITA TB PARU DI UPTD
PUSKESMAS BETUN TAHUN
2016-2018**

Oleh :

**IMELDA TRENSIANA TIMU
PO.5303333181033**

Telah disetujui untuk mengikuti ujian

Pembimbing



**Adrianus Ola Wuan S.Si.,M.Sc
NIP. 198504112010121003**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA
PENDERITA TB PARU DI UPTD
PUSKESMAS BETUN TAHUN
2016-2018**

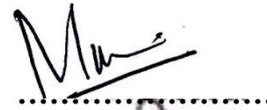
Oleh :

**Imelda Trensiana Timu
PO.5303333181033**

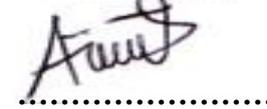
Telah dipertahankan didepan Tim Penguji
Pada tanggal 09 Juli 2019

Susunan Tim Penguji

1. Marni Tangkelangi,SKM.,M.Kes



2. Adrianus Ola Wuan , S.Si.,M.Sc



Karya tulis ilmiah ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Analis Kesehatan

Kupang, 24 Juli 2019
Ketua Program Studi Analis Kesehatan Poltekes Kemenkes Kupang



**Agustina W. Djuma, S.Pd., M.Sc
NIP. 197308011993032001**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Imelda Trensiana Timu

NomorIndukMahasiswa : PO.5303333181033

Dengan ini saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Kupang, 09 Juli 2019

Yang menyatakan



Imelda Trensiana Timu

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karna atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA PENDERITA TB PARU DI UPTD PUSKESMAS BETUN TAHUN 2016-2018”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dibuat atas inisiatif Penulis sebagai wahana aplikasi dari ilmu yang diperoleh pada perkuliahan. Disamping itu guna memenuhi tuntutan akademis bahwa sebagai mahasiswa jurusan Analis Kesehatan tingkat (III) diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah.

Penulis telah banyak memperoleh bantuan bantuan dari berbagai pihak dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu R.H.Kristina, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Ibu Agustina W . Djuma S.pd, M.Sc selaku Ketua Jurusan Analis Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Ibu Marni Tangkelangi, SKM.M.Kes selaku Penguji I yang dengan penuh kesabaran telah mengoreksi penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Adrianus Ola Wuan, S.Si, M.Sc selaku pembimbing yang dengan penuh ketulusan telah memberikan kesempatan dan bimbingan bagi penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan. Yang telah mendidik dan memberikan ilmunya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
5. Bapak Adrianus Ola Wuan, S.Si.M.Sc sebagai pembimbing Akademik selama penulis menempuh pendidikan di Jurusan Analis Kesehatan.
6. Kepada suami dan anak-anak tercinta Welem CH. Thomas (Naldo, Christin, Novan varyy, dan Gilbert) yang selalu mendoakan dan mendukung penulis
7. Bapak dan mama serta kakak adik tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung penulis

8. Kepada ade tersayang (Ince Timu Sek.) yang telah setia menemani dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Teman-teman seperjuangan RPL Angkatan 01 yang telah membantu dan menghibur dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Akhirnya penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu kritik dan saran demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini sangat penulis harapkan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

INTISARI

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah menjadi faktor predisposisi terpenting dalam berkembangnya penyakit Tuberculosis (TB) sejak awal, dimana sepertiga penderita yang terinfeksi HIV di dunia memiliki *koinfeksi* dengan *TB Paru*. Menurut WHO tahun 2002 terdapat 8,8 juta kasus baru Tuberculosis (TB) dan 3,9 juta adalah kasus yang disertai dengan infeksi Human Immunodeficiency (HIV). Tuberculosis merupakan infeksi oportunistik tersering (40%) pada infeksi HIV dan menjadi penyebab kematian paling tinggi pada ODHA. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kejadian HIV/AIDS terhadap penderita TB Paru di puskesmas Betun tahun 2016-2018. Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan secara retrospektif dengan melihat rekam medik pasien dari tahun 2016-2018. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa berdasarkan umur gambaran kejadian HIV/AIDS pada penderita TB Paru meningkat pada usia ≥ 21 tahun sebanyak 96 responden, kemudian diikuti kelompok usia ≤ 20 tahun sebanyak 10 responden dimana kejadian TB+HIV/AIDS pada usia ≥ 21 tahun 6 penderita (5,35%), kelompok usia ≤ 20 tahun tidak ada kejadian. Berdasarkan tingkat Pekerjaan TB+HIV/AIDS 3 penderita dari kelompok Wiraswasta (2,68%), 2 penderita dari kelompok IRT (1,79%), 1 penderita dari kelompok PNS (0,89%). Berdasarkan Jenis Kelamin, kejadian TB+HIV pada laki-laki sebanyak 4 penderita (3,57%) dan kejadian TB+HIV pada perempuan sebanyak 2 penderita (1,78%).

Kata Kunci : Tuberculosis, HIV/ AIDS, PuskesmasBetun.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
INTISARI	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BABI. PENDAHULUAN	1
A.Latar Belakang.....	1
B.Rumusan Masalah.....	4
C.Tujuan Penelitia	4
D.Manfaat Penelitian	4
BABII.TINJAUAN PUSTAKA	6
A.Defenisi HIV.....	6
B.Defenisi Tuberculosis	14
BAB III. METODE PENELITIAN	19
A.Jenis Penelitian	19
B.Tempat dan Waktu Penelitian.....	19
C.Variabel Penelitian.....	19
D.Populasi.....	19
E.Sampel dan teknik sampel.....	19

F.Definisi Oprasiona.....	20
G.Prosedur Penelitian	20
H.Analisa Data.....	20
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	21
A.Gambaran Lokasi Penelitian.....	21
B.Hasil Penelitian	22
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	28
A.Kesimpulan	28
B.Saran.....	29
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel4.1.Kateristik subjek penelitian.....	22
Tabel4.2.Distribusi frekuensi penderita TB dan TB+HIV berdasarkan umur, jenis kelamin dan pekerjaan di Puskesmas Betun Tahun 2016-2018	23
Tabel4.3.Distribusi penderita TB+HIV berdasarkan umur di Puskesmas Betun periode 2016-2018	24
Tabel4.4. Distribusi penderita TB+HIV berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Betun periode 2016-2018.....	25
Tabel4.5. Distribusi penderita TB+HIV berdasarkan Jenis Pekerjaan di Puskesmas 'Betun periode 2016-2018	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. : Data Pasien TB HIV/AIDS Tahun 2016	34
Lampiran 2. : Data Pasien TB HIV/AIDS Tahun 2017	36
Lampiran 3. : Data Pasien TB HIV/AIDS Tahun 2018	39
Lampiran 4. : Surat Keterangan Selesai Penelitian	41
Lampiran 5. : Dokumentasi Penelitian	42

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) telah menjadi faktor predisposisi terpenting dalam berkembangnya Tuberculosis (TB) sejak awal Tahun 1980an dimana sepertiga penderita yang terinfeksi HIV di dunia memiliki *koinfeksi* dengan *TB Paru*. Tb pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dapat memiliki gambaran klinis tidak khas sehingga menyebabkan kesulitan diagnosis, dan menjadi *infeksi oportunistik* terbanyak dan menyebabkan kematian penderita HIV (Grouzard et al, 2016).

Kasus HIV /AIDS pertama di dunia di laporkan pada tahun 1981 di Amerika Serikat. Sejak itu kasus HIV/AIDS di dunia makin lama makin banyak di laporkan dan merupakan persoalan kesehatan masyarakat di beberapa negara termasuk Indonesia. Berdasarkan data dari WHO, pada tahun 2017 secara global 36,9 juta orang hidup dengan HIV dan 21,7 juta orang (59%) menerima pengobatan antiretroviral (WHO, 2017).

Menurut WHO tahun 2002 terdapat 8,8 juta kasus baru Tuberculosis (TB) dan 3,9 juta adalah kasus yang disertai dengan infeksi Human Immunodeficiency (HIV). Tahun 1992 WHO telah menyatakan TB sebagai global emergency, setiap tahun sekitar 4 juta kasus kasus baru TB yang menular ditambah dengan kasus yang tidak menular. Pada saat yang sama diseluruh dunia terdapat setiap hari HIV menular pada 2000 anak dibawah 15 tahun, HIV memperburuk infeksi TB dengan meningkatkan reaktivasi dan mempercepat progresifitas TB. Meningkatnya kasus HIV akan meningkatkan

transmisi dan proliferasi MTB pada pasien yang sudah mengalami infeksi sebelumnya.(Mulyadi, 2010).

Di Indonesia jumlah penderita HIV/AIDS terus meningkat dari tahun ke tahun. Sejak pertama kali di temukan pada tahun 1987 sampai dengan Desember 2017, HIV/AIDS tersebar di 421 (81,9%) dari 514 kabupaten /kota di seluruh propinsi di Indonesia (ditjen P2P Kemenkes RI,2017).

Berdasarkan data ditjen P2PL (pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan) statistik kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2011 – 2012 mengalami peningkatan, yaitu pada tahun 2011 kasus baru HIV sebesar 21.031 kasus, kemudian meningkat menjadi 21.511 kasus pada tahun 2012. Begitu juga dengan AIDS dari tahun 2011 sebanyak 37.201 kasus, meningkat menjadi 42.887 kasus. Proporsi faktor resiko penderita HIV / AIDS melalui hubungan hetero seksual merupakan cara penularan dengan presentase tertinggi sebesar 77,75%, diikuti *injecting drug user* (IDU) sebesar 9,16 % dan dari ibu ke anak sebesar 3,76 %(Kemenkes RI, 2012).

Data jumlah HIV yang di laporkan dari tahun 2005 sampai dengan desember 2017 sebanyak 280.623 orang. Jumlah komulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2017 sebanyak 102.667 orang. Jumlah kasus infeksi tertinggi yaitu DKI Jakarta dengan 51.981 orang,di ikuti Jawa Timur 39.633 orang,Jawa Barat 28.964 orang dan Jawa Tengah dengan 22.292 orang (Ditjen P2P Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan Data dari direktorat pencegahan dan pengendalian penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2017 di Propinsi Nusa Tenggara Timur jumlah infeksi HIV

yang dilaporkan sampai dengan Desember 2017 adalah 3.464 orang dan kasus AIDS sebanyak 1.965 orang. Data sementara di peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malaka tahun 2016 HIV sebanyak 19 kasus, dan AIDS 1 kasus, dan meningkat lagi menjadi 25 kasus pada Tahun 2017, dengan AIDS 1 kasus. Di tahun 2018 sebanyak 11 kasus dan AIDS 2 kasus.

Peningkatan infeksi HIV yang sangat cepat di banyak tempat, menimbulkan masalah besar pada diagnosis dan pengobatan TB. Hal ini juga menimbulkan masalah besar dalam pengendalian penyakit TB. Kenyataan ini di dukung dengan banyaknya penderita yang tidak menyelesaikan pengobatannya dikarenakan merasa tidak ada perubahan (sembuh) sehingga sakitnya bertambah parah.

Tuberkulosis merupakan infeksi oportunistik tersering (40%) pada infeksi HIV dan menjadi penyebab kematian paling tinggi pada ODHA. Tuberculosis dan HIV saling berhubungan, HIV Menyebabkan Progresifitas infeksi Mycobacterium Tuberculosis menjadi Tuberculosis aktif dan adanya infeksi Tuberculosis menimbulkan progresifitas infeksi HIV (Ayu, 2012).

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **”GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA PENDERITA TB PARU DI UPTD PUSKESMAS BETUN TAHUN 2016 -2018”**

B. Rumusan masalah

Bagaimana Gambaran Kejadian kasus HIV/AIDS terhadap penderita TB Paru di UPTD Puskesmas Betun?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran kejadian HIV/AIDS terhadap penderita TB Paru di puskesmas Betun tahun 2016-2018.

2. Tujuan Khusus

Memperoleh Gambaran Kejadian HIV/AIDS pada penderita TB Paru berdasarkan jenis kelamin, umur, pekerjaan dan domisili di Puskesmas Betun.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

- a. Sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan program pendidikan AhliMadya Analis Kesehatan.
- b. Menambah pengetahuan dan informasi tentang Gambaran Kejadian HIV/AIDS pada Penderita TB paru.

2. Bagi Instiusi Pendidikan

Menambah perbendaharaan Karya Tulis Ilmiah bagi Jurusan Analis Kesehatan Poltekkes Kemenkes Kupang.

3. Bagi Instansi Terkait

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi sumber informasi bagi puskesmas Betun dalam merumuskan program penanggulangan permasalahan Gambaran Kejadian HIV/AIDS pada penderita TB Paru di Puskemas Betun.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

1. Definisi

HIV (*human immunodeficiency virus*) adalah virus sitopatik yang dapat menyebabkan AIDS/HIV melumpuhkan sistem kekebalan tubuh, terutama sel-sel darah putih yang membantu dalam menghadang penyakit (Hutapea, 2014). Dari keterangan tersebut jelas bahwa sebelum seseorang menderita AIDS dalam tubuhnya, terlebih dahulu terjadi kerusakan sistem kekebalan tubuh, akibat kerusakan kekebalan tubuh tersebut tubuh penderita menjadi peka terhadap infeksi kuman yang dalam keadaan normal sebenarnya tidak berbahaya. Infeksi kuman bentuk ini disebut infeksi oportunistik. Infeksi oportunistik adalah infeksi yang timbul karena mikroba yang berasal dari luar tubuh manusia, namun dalam keadaan normal terkendali oleh kekebalan tubuh (Yuniastuti, 2005).

AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) adalah kumpulan gejala-gejala karena berkurangnya kemampuan untuk mempertahankan diri oleh sebab menurunnya sistem pertahanan tubuh seseorang oleh karena masuknya virus HIV ke dalam tubuh. Kerusakan sistem kekebalan tubuh pada seseorang oleh infeksi virus HIV yang terus menerus menyebabkan ODHA sangat rentan dan mudah tertular bermacam-macam penyakit yang parah dan dapat berujung kepada kematian (Kemenkes RI, 2015).

2. Etiologi

Virus HIV yang termasuk dalam family retrovirus genus lentivirus ditemukan oleh Luc Montagnier, seorang ilmuwan perancis (Institut 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 HTLV-III (Human T Lymphotropic Virus) yang juga penyebab AIDS. Pada penelitian lebih lanjut di buktikan bahwa kedua virus ini sama, sehingga berdasarkan hasil pertemuan *International Committee on taxonomy of viruses* (1986) WHO memberi nama resmi HIV.

HIV menunjukkan banyak gambaran khas fisikokimia dari familinya. Terdapat dua tipe yang berbeda dari virus HIV manusia, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Kedua tipe dibedakan berdasarkan susunan genom dan hubungan filogenetik (evolusioner) dengan lenti virus primate lainnya (Jawetz dkk, 2001).

Retrovirus mempunyai afinitas yang kuat terhadap limfosit T (Hudak & Gallo, 2010) disebut retrovirus RNA karena virus tersebut menggunakan RNA sebagai molekul pembawaan informasi genetik dan memiliki *Enzim Reverse Transcriptase*. Enzim ini memungkinkan virus mengubah informasi genetiknya yang berada dalam RNA ke dalam bentuk *Deoxy Nucleic Acid* (DNA) yang kemudian diintegrasikan pada informasi genetik sel limfosit yang di serang. Dengan demikian HIV

dapat memanfaatkan mekanisme sel limfosit untuk menduplikasikan dirinya menjadi virus baru yang memiliki ciri HIV(Widoyono,2011).

3. Patogenesis Virus

Setelah virus masuk dalam tubuh maka target utamanya adalah Limfosit CD4 karena virus mempunyai afinitas terhadap molekul permukaan CD4. Virus ini mempunyai kemampuan untuk mentransfer informasi genetik mereka dari RNA ke DNA dengan menggunakan enzim yang di sebut reverse transcriptase.Limfosit CD4 berfungsi mengkoordinasikan sejumlah fungsi imunologis yang penting.Hilangnya fungsi tersebut menyebabkan gangguan respon imun yang progresif (Dipiro,2005).

Setelah infeksi primer terdapat 4-11 hari masa antara infeksi mukosa dan viremia permulaan yang dapat dideteksi selama 8-12 minggu.Selama masa ini,virus tersebar luas di seluruh tubuh dan mencapai organ limfoid.Pada tahap ini telah terjadi penurunan jumlah sel-T CD4.Respon imun terhadap HIV terjadi 1 minggu sampai 3 bulan setelah infeksi,viramia plasma menurundan level sel CD4 kembali meningkat namun tidak mampu menyingkirkan infeksi secara sempurna.Masa laten klinis ini bisa berlangsung selama 10 tahun.Selama masa ini akan terjadi replikasi virus yang meningkat(Dipiro, 2005).

4. Epidemiologi

Di Indonesia sejak pertama kali di temukan di propinsi Bali pada tahun 1987 sampai dengan Desember 2017,HIV/AIDS telah di laporkan oleh 421 (81,9%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi Indonesia,se dangkan yang terakhir melapor adalah provinsi Sulawesi barat pada tahun 2012.Berdasarkan Data dari Ditjen pencegahan dan pengendalian penyakit kementrian kesehatan republik Indonesia tahun 2017,jumlah kasus HIV yang di laporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2017 mengalami kenaikan tiap tahunnya.Pada tahun 2005 jumlah kasus HIV yang di laporkan sebanyak 859,tahun 2006 (7,195), tahun 2007 (6,048), tahun 2008 (10,362), tahun 2009 (9,793), tahun 2010 (21,591), tahun 2011(21,031), tahun 2012 (21,511), tahun 2013 (29,037), tahun 2014 (32,711), tahun 2015 (30,935), tahun 2016 (41,250), dan tahun 2017 (10,376), jumlah komulatif infeksi HIV yang di laporkan sampai dengan maret 2017 sebanyak 421,699.Jumlah HIV tertinggi yaitu di DKI Jakarta (46,758), di ikuti Jawa Timur (33,043), Papua (25,586), Jawa Barat (24,650), dan Jawa Tengah (18,038).Presentase infeksi HIV tertinggi di laporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (69,6%), di ikuti kelompok umur 20-24 (17,6%)dan kelompok umur ≥ 50 tahun (6,7%).Presentase factor resiko HIV tertinggi adalah hubungan sex beresiko pada LSL (lelaki sex lelaki) (28%), heteroseksual (24%) lain-lain (9%) dan penggunaan jarum suntik tdk steril (2%)(Anonim, 2011).

5. Penularan HIV/AIDS

Virus HIV menular melalui 6 (enam) cara penularan yaitu:

- a. Darah dan produk darah yang tercemar HIV/AIDS

Sangat cepat menularkan HIV karena virus langsung masuk ke pembuluh darah dan menyebar ke seluruh tubuh.

- b. Pemakaian alat kesehatan yang tidak steril

Alat pemeriksaan kandungan seperti speculum, tenakuluman dan alat-alat lain yang dapat menyentuh darah, cairan vagina atau air mani yang terinfeksi HIV/AIDS dan langsung digunakan untuk orang lain yang tidak terinfeksi bisa menularkan HIV.

- c. Alat untuk menoreh kulit

Alat tajam dan runcing seperti jarum, pisau, silet, menyunat seseorang, membuat tatodan sebagainya bisa menularkan HIV sebab alat tersebut mungkin di pakai tanpa disterilkan terlebih dahulu (Nursalam, & Kurniawati, 2007).

- d. Ibu pada bayinya.

Penularan HIV dari ibu bisa terjadi pada saat kehamilan (*in utero*) berdasarkan laporan CDC Amerika, prevalensi penularan HIV dari ibu ke bayi adalah 0,01% sampai 0,7%. Bila Ibu baru terinfeksi HIV dan belum ada gejala AIDS, kemungkinan bayi terinfeksi sebanyak 20% sampai 35%, sedangkan kalo gejala AIDS sudah jelas pada ibu kemungkinannya mencapai 50%, penularan

juga terjadi selama proses persalinan melalui ransfusi *fetomaternal*

atau kontak antara kulit, atau membran mukosa bayi dengan darah atau sekresi maternal saat melahirkan. Oleh karena itu lama persalinan bisa *dipersingkat* dengan operasi *section caesari* transmisi lain terjadi selama periode *post partum* melalui ASI. Resiko bayi tertular dari ASI dari ibu yang positif sekitar 10%. (Nursalam & Kurniawati, 2007).

e. Menggunakan jarum suntik bergantian

Jarum suntik yang di gunakan di fasilitas kesehatan, maupun yang digunakan oleh para pengguna narkoba sangat berpotensi menularkan HIV. Selain jarum suntik para pemakai IDU (*Injecting Drug User*) secara bersama sama juga menggunakan tempat penyampur, pengadukan dan gelas pengoplos obat, sehingga berpotensi tinggi untuk menularkan HIV/AIDS.

f. Hubungan seksual dengan pengidap HIV/AIDS

Hubungan seksual secara vaginal, anal dan oral dengan penderita HIV/AIDS tanpa perlindungan bisa menularkan HIV. Selama hubungan seksual berlangsung air mani, cairan vagina dan darah dapat mengenai selaput lender vagina, penis, dubur atau mulut sehingga HIV yang terdapat dalam cairan tersebut masuk ke aliran darah (Budimulja, dkk 2008).

6. Diagnosis HIV

a. Diagnosa klinis

Sejak tahun 1980 WHO telah berhasil mendefinisikan kasus klinik dan sistem stadium klinik untuk infeksi HIV/AIDS. WHO telah mengeluarkan batasan kasus infeksi HIV pada dewasa dan anak. Pedoman ini meliputi kriteria diagnosa klinik yang patut diduga pada penyakit berat HIV untuk mempertimbangkan memulai terapi antiretroviral lebih cepat (Read, 2007).

1) Keadaan umum

Kehilangan berat badan >10% dari berat badan dasar, demam terus menerus atau intermiten, temperature oral >37,5°C. Diare lebih dari satu bulan, (terus menerus atau intermiten) yang lebih dari satu bulan. Limfadenopati meluas.

2) Kulit

Kulit kering yang luas merupakan dugaan kuat infeksi HIV. Beberapa kelainan seperti kutil genital (genital warts), folikulitis dan psoriasis sering terjadi pada ODHA tapi tidak selalu terkait dengan HIV.

3) Infeksi

a) Infeksi jamur :

Kandidosis oral, dermatitis seboroik, kandidosis vagina kambuhan.

b) Infeksi viral :

Herpes zoster, herpes genital (kambuhan), moluskum kontagiosum, kondiloma.

c) Gangguan pernapasan :

Batuk lebih dari 1 bulan sesak napas, TB, pneumonia kambuhan, sinusitis kronis atau berulang.

d) Gejala neurologis :

Nyeri kepala yang semakin parah, kejang demam, menurunnya fungsi kognitif.

b. Diagnosa laboratorium

Metode pemeriksaan dasar untuk diagnosis infeksi HIV dibagi dalam 4 kelompok yaitu :

1. Uji imunologi untuk menemukan respon antibody terhadap HIV-1 dan digunakan sebagai tes skrining.

2. Deteksi antibody HIV

Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang diduga telah terinfeksi HIV. ELISA dengan hasil reaktif (positif) harus diulang dengan sampel yang sama, dan hasilnya dikonfirmasikan dengan western blot atau IFA (*Indirect Immunofluorescence Assays*) sedangkan hasil negatif tidak memerlukan tes konfirmasi lanjutan.

3. Rapid Test merupakan test serologic yang cepat untuk mendeteksi IgG antibody terhadap HIV-1. Prinsip pengujian berdasarkan aglutinasi partikel, imunodot (dipstick), imunofiltrasi atau

imunocromatografi. ELISA tidak dapat di gunakan untuk mengkonfirmasi hasil rapid test dan semua hasil rapid test reaktif harus di konfirmasi dengan *western blood* atau IFA.

4. Uji virology

Tes virologi untuk diagnosis infeksi HIV-1 meliputi:

a) Kultur HIV

HIV dapat dibiakan dari limfosit darah tepi, titer virus lebih tinggi dalam plasma dan sel darah tepi penderita AIDS. Pertumbuhan virus terdeteksi dengan menguji cairan supernatant biakan setelah 7-14 hari untuk antigen spesifik virus.

b) Uji antigen p24

Pasien virus p24 berada dalam bentuk terikat dengan antibody p24 atau dalam keadaan bebas dalam aliran darah individu yang terinfeksi HIV-1. Pada umumnya uji antigen p24 jarang di gunakan di banding teknik amplifikasi RNA atau DNA HIV karena kurang sensitif.

B. TUBERKULOSIS (TB)

1. Definisi

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang di sebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Bakteri tersebut biasa masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan kedalam paru, kemudian menyebar dari paru ke organ tubuh lainnya melalui sistem peredaran

darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung ke bagiannya.

Tuberculosis pada manusia terdapat dua bentuk yaitu:

- a. Tuberculosis primer yaitu bila penyakit terjadi pada infeksi pertama kali.
- b. Tuberculosis paska primer yaitu bila penyakit timbul setelah beberapa waktu seseorang terkena infeksi dan sembuh (Notoatmodjo, 2007).

Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan, oleh karena itu disebut pula sebagai basil tahan asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant*, tertidur lama selama beberapa hari (Putra, 2011).

Infeksi yang alami setelah sekitar 4-8 minggu tubuh melakukan mekanisme pertahanan secara cepat. Pada sebagian anak-anak atau orang dewasa mempunyai pertahanan alami terhadap infeksi primer sehingga secara perlahan dapat sembuh. Tetapi kompleks primer ini dapat lebih progresif dan membesar yang pada akhirnya akan muncul menjadi penyakit tuberculosis setelah 12 bulan. Kurang lebih 10% individu yang terkena infeksi TB akan menderita penyakit TB dalam beberapa bulan atau beberapa tahun setelah infeksi. Kemungkinan menjadi sakit terutama pada balita pubertas dan akil balig dan keadaan-keadaan yang menyebabkan

turunnya imunitas seperti infeksi HIV, penggunaan obat-obat imunosupresan yang lama, diabetes mellitus dan silicosis (Fatimah, 2008).

2. Patofisiologi

Menurut Somantri (2008) infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan terlihat tertumpuk. Perkembangan *mycobacterium tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfa dan aliran darah ke bagian tubuh lain (ginjal, tulang dan korteks serebri) dan area lain dari paru (lobus atas). Selanjutnya sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi inflamasi. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri.

3. Klasifikasi Tuberkulosis Paru

Dalam konsensus perhimpunan dokter paru Indonesia tahun 2006, TB paru dapat di klasifikasikan sebagai berikut:

a. Berdasar hasil pemeriksaan dahak (BTA)

Tuberkulosis Paru BTA (+) sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologic menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif.

b. Tuberkulosis Paru BTA (-)

Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinik dan radiologik menunjukkan tuberkulosis aktif serta tidak respon dengan pemberian antibiotik spectrum luas. Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif dan biakan *Mycobacterium tuberculosis* positif. Jika belum ada hasil pemeriksaan dahak tulis BTA belum diperiksa.

4. Pengendalian TB

Pada tahun 2000 WHO membentuk *stop TB partnership* guna mendukung *Millennium Development Goals* (MDG) dalam pengendalian TB di dunia. Tujuan utama dari stop TB Partnership adalah untuk mengurangi insidensi, prevalensi dan mortalitas akibat TB (WHO, 2014).

Strategi nasional program pengendalian TB nasional terdiri dari 7 strategi, terdiri dari 4 strategi umum dan didukung oleh 3 strategi fungsional. Ketujuh strategi baik berkesinambungan dengan strategi nasional sebelumnya, dengan rumusan strategi yang mempertajam respons terhadap tantangan pada saat ini. Strategi nasional program pengendalian TB nasional sebagai berikut (Aditama & Subuh, 2011):

1. Memperluas dan meningkatkan pelayanan DOTS yang bermutu.
2. Menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin serta rentan lainnya.

3. Melibatkan seluruh penyedia pelayanan pemerintah, masyarakat (sukarela), perusahaan dan swasta melalui pendekatan public-private mix dan menjamin kepatuhan terhadap Internasional Standars for TB care.
4. Memberdayakan masyarakat dan pasien TB.
5. Memberikan kontribusi dalam penguatan sistem kesehatan dan manajemen program pengendalian TB.
6. Mendorong komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program TB.
7. Mendorong penelitian, pengembangan dan pemanfaatan informasi strategis.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan secara retrospektif dengan melihat rekam medik pasien dari tahun 2016-2018.

B. Tempat dan waktu penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di UPTD Puskesmas Betun Kabupaten Malaka

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan April 2019.

C. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu penderita TB paru dengan HIV/AIDS.

D. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua data Rekam Medis TB Paru tahun 2016-2018 yang berada di Puskesmas Betun.

E. Sampel dan Teknik Sampel

1. Sampel

Sampel penelitian ini adalah semua data pasien TB Paru dengan HIV/AIDS Positif tahun 2016-2018 yang berada di Puskesmas Betun.

2. Teknik Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah Total Sampling yaitu semua data pasien TB dengan HIV Positif tahun 2016-2018 di Puskesmas Betun.

F. Definisi operasional

No	Variabel	Defenisi operasional	Satuan	Skala
1	Penderita TB paru dengan HIV/AIDS	Diagnosa AIDS dapat ditegakkan apabila menunjukkan test HIV positif pada penderita TB paru	Orang	Nominal

G. Prosedur Penelitian

1. Persiapan Penelitian

a. Pengurusan perizinan:

- 1) Mengurus surat perizinan dari Direktorat Poltekkes Kupang untuk melakukan penelitian
- 2) Meminta izin kepada pihak Dinas Kesehatan Puskesmas Betun Kecamatan Malaka Tengah, Kabupaten Malaka untuk melakukan penelitian.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Mengumpulkan data pasien TB dengan HIV/AIDS Positif yang di perlukan berdasarkan data rekam medik pasien.
- 2) Melakukan pengolahan data yang telah di kumpulkan.
- 3) Melakukan tabulasi hasil Data

H. ANALISA HASIL

Data berdasarkan karakteristik berupa jenis kelamin, umur, domisili, pekerjaan yang disajikan dalam bentuk tabel dan diberi penjelasan berupa narasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Betun merupakan Unit Pelaksana Teknik dinas kesehatan kabupaten/kota. Puskesmas Betun merupakan Rawat jalan ada didaerah Kabupaten malaka terletak di dusun Haslaran Desa Wehali Kecamatan Malaka Tengah Kabupaten Malaka Nusa Tenggara Timur.

Secara Geografis Batas Wilayah puskesmas

Utara :Kecamatan Malaka Timur

Timur :Kecamatan Kobalima dan Laut Timor

Selatan :Kecamatan Malaka Barat

Barat :Kecamatan Sasitamean

Wilayah kerja Puskesmas Betun terdiri dari dataran rendah sehingga Menjadi daerah pertanian yang subur, dan hanya sebagian kecil daerah perbukitan berbatu karang seperti Desa Kateri, Barada, Barene, dan beberapa dusun di wilayah kerja Puskesmas Betun. Puskesmas Betun memiliki sarana dan prasarana antara lain: Unit Gawat Darurat, Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA/KB, Apotik, Laboratorium, Poli Imunisasi, Klinik Bersalin, Klinik Gizi, Klinik Sanitasi dan Poli MTBS. Wilayah kerja Puskesmas Betun ersebar dalam 11 desa yaitu: desa Kletek, desa Suai, desa Umakatahan, desa Umanen Lawalu, desa Wehali, desa Kamanasa, desa Harekaka, desa Kateri, desa Barada dan desa Barene. Luas keseluruhan Wilayah kerja Puskesmas Betun 168,69 Km² dengan jumlah penduduk 38,543 jiwa.

B. Karakteristik Subjek Penelitian

Data yang terkumpul merupakan data Tiga tahun terakhir yaitu data 2016-2018. Pengambilan data diambil di dokumen arsip yaitu Desa Kamanasa, Wehali, Barene, Bakiruk, Harekaka, Umanen Lawalu, Kletek, Umakatahan, Kakaniuk, Kateri dan luar wilayah di UPTD Puskesmas Betun. Data yang terkumpul adalah 112 orang yang terdaftar sebagai pasien aktif berobat di UPTD Puskesmas Betun.

Tabel 4.1 Karakteristik Subjek Penelitian

No	Karakteristik	Jumlah	Presentasi
1	Umur		
	a. ≤ 20 Thn	10	8,93
	b. > 20 Thn	102	91,07
	Jumlah	112	100
2	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	70	62,5
	b. Perempuan	42	37,5
	Jumlah	112	100%
3	Domisili/Desa		
	a. Kamanasa	22	19,64
	b. Wehali	25	22,32
	c. Barane	3	2,68
	d. Bakiruk	9	8,04
	e. Harekaka	12	10,71
	f. Umanenlawalu	12	10,71
	g. Kletek	3	2,68
	h. Umakatahan	6	5,36
	i. Kakaniuk	5	4,46
	j. Kateri	2	1,79
	k. Luar wilayah	13	11,61
	Jumlah	112	100

4	Pekerjaan		
a.	Tani	57	50,89
b.	IRT	24	21,43
c.	Wirausaha	12	10,71
d.	Pensiunan	4	3,57
e.	Pelajar/Mahasiswa	9	8,04
f.	PNS	6	5,36
Jumlah		112	100

Sumber : Data Sekunder 2016, 2017, 2018

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa Karakteristik dari responden yang diambil dari segi umur ada (8,93 %) yang berumur 20 tahun kebawah dan sebanyak (91,07%) yang berumur 21 tahun keatas. Menurut jenis kelamin, jumlah laki-laki yang terdata sebanyak (62,50%) dan Perempuan sebanyak(37,50%).Karakteristik berdasarkan jenis pekerjaan petani sebanyak (50,89%) dan ibu rumah tangga sebanyak (21,43%), diikuti wiraswasta (10,71%), pelajar /mahasiswa sebanyak (8,04%), PNS (5,36%), pensiunan (3,57%). Karakteristik berdasarkan domisili tertinggi di Desa Wehali sebanyak(22,32%),diikuti Desa Kamanasa (19,64%) dan Desa Harekakae (10,71%), Desa Umanenlawalu (10,71%).

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Penderita TB dan TB + HIVberdasarkan Umur, Jenis kelamin dan Pekerjaan di Puskemas Betun, Tahun 2016-2018

No	Karakteristik	Jumlah		Presentase	
		TB	TB+HIV	TB	TB+HIV
1. Umur					
a.	≤ 20 Thn	10	0	8,93	0
b.	> 20 Thn	96	6	85,71	5,35
Jumlah		106	6	94,64	5,35
2. Jenis Kelamin					
a.	Laki-laki	66	4	58,93	3,57
b.	Perempuan	40	2	35,71	1,79
Jumlah		106	6	94,64	5,36

3. Pekerjaan				
a. Tani	57	0	89,5	0
b. IRT	22	2	19,64	1,79
c. Wiraswasta	9	3	8,04	2,68
d. Pensiunan	4	0	3,57	0
e. Pelajar/Mahasiswa	9	0	8,04	0
f. PNS	5	1	4,46	0,89
Jumlah	106	6	94,64	5,36

Sumber : Data Sekunder 2016, 2017, 2018

Pada Tabel 4.2 menunjukkan bahwa TB+HIV terdapat pada umur diatas 20 tahun yang berjumlah 6 orang (3,35%) tertinggi terdapat pada laki-laki 4 orang (3,57%) dan Perempuan 2 orang (1,78%). Dari distribusi pekerjaan tertinggi pada Wiraswasta sebanyak 3 orang (2,68%), IRT sebanyak 2 orang (1,79%) dan PNS 1 orang (0,89%).

Tabel 4.3 Distribusi Penderita TB+HIV berdasarkan Umur di Puskesmas Betun, Periode 2016-2018

No	Umur	Tahun		
		2016	2017	2018
1.	≤ 20 Thn	-	-	-
2.	> 20 Thn	1	2	3

Sumber : Data Sekunder 2016, 2017, 2018

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa penderita TB Paru Positif HIV/AIDS, tertinggi pada Umur di atas 20 Tahun yaitu sebanyak 6 orang. Umur berperan dalam koinfeksi TBHIV/AIDS, hal ini di sebabkan karena penyakit TB Paru lebih banyak menyerang kelompok usia produktif seiring karena tingginya aktifitas dan mobilitas, gaya hidup dan kebiasaan merokok. Hal ini sesuai dengan penelitian Dwi Alfian Heru yang juga menyebutkan bahwa kelompok umur 15-35 tahun memiliki angka kejadian TB HIV/AIDS tertinggi.

Tingginya HIV/AIDS pada umur produktif ini di sebabkan karena orang pada kelompok umur tersebut merupakan kelompok usia produktif dan aktif melakukan berbagai macam aktifitas,dalam aktifitasnya mereka melakukan kontak dengan orang lain tidak terkecuali kontak dengan penderita HIV/AIDS,selain aktifitas fisik yang besar pada kelompok umur ini,produksi hormon seks pada kelompok umur ini sangat besarsehingga aktifitas seksualnya pun meningkat, bila tidak ada pengendalian diri maka akan terjerumus pada seks bebas yang dapat menyebabkan terjadinya penularan HIV/AIDS (Endang 2002 dalam Gobel,2008).

Tabel 4.4 Distribusi Penderita TB+HIV berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Betun, Periode 2016-2018

No	Jenis Kelamin	Tahun		
		2016	2017	2018
1.	Laki-laki	1	1	2
2.	Perempuan	1	0	1

Sumber : Data Sekunder 2016, 2017, 2018

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa Penderita TB +HIV/AIDS dari tahun 2016-2018 tertinggi pada jenis kelamin Laki-laki yaitu 4 orang (3,57%), dan perempuan 2 orang (1,78%).Hal ini berarti seorang laki-laki cenderung lebih rentan atau lebih mudah terjangkit penyakit HIV/AIDS dari pada seorang perempuan.Hasil ini sesuai dengan Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Gobel (2008) pada “Survei Karakteristik Penderita HIV/AIDS di Kota Makasar Tahun 2007”bahwa Penderita HIV/AIDS tertinggi ditemukan pada Penderita dengan jenis kelamin laki-laki di BLU RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo dan RSU Labung Bajidengan jumlah kasus masing –masing 172 orang (79,3%) dan 72 orang (80,2%) sedangkan survei oleh KPA Papua mendapatkan bahwa dari total

3185 kasus HIV/AIDS, 53,44% diantaranya adalah laki-laki, sisanya 46,56% adalah Perempuan (Amirudin R,2007 dalam Gobel,2008).

Perilaku dan pergaulan laki-laki cenderung terlihat lebih rentan tertular HIV/AIDS di banding perempuan. Hal ini disebabkan laki-laki lebih banyak melakukan aktifitas diluar rumah,bertemu dengan banyak orang serta berinteraksi dengan berbagai lingkungan sehingga tidak menutup kemungkinan berperilaku resiko tinggi terinfeksi HIV terlebih lagi tidak memiliki pengetahuan dan keyakinan beragama yang cukup kuat.

Tabel 4.5 Distribusi Penderita TB+HIV berdasarkan Jenis Pekerjaan di Puskesmas Betun, Periode 2016-2018

No	Pekerjaa	Tahun		
		2016	2017	2018
1.	IRT	-	-	2
2.	Wiraswasta	1	1	1
3.	PNS	1	-	-

Sumber:Data Sekunder 2016, 2017, 2018

Pekerjaan adalah sesuatu yang di lakukan,diperbuat untuk mendapatkan nafkah atau menghasilkan uang.Pekerjaan yang di lakukan akan mempengaruhi besar kecilnya pendapatan seseorang.Pekerja adalah mereka yang melakukan pekerjaan untuk menghasilkan barang-barang atau juga dengan tujuan untuk memperoleh penghasilan (Gobel,2008).

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa hasil penelitian sebagian besar penderita HIV/AIDS di UPTD Puskesmas Betun adalah Pekerja yakni sebanyak 4 orang (3,57%) dan yang tidak bekerja 2 orang (1,78%). Dari

distribusi pekerjaan, didapatkan pasien HIV/AIDS terbanyak dari kalangan wiraswasta, yaitu sebanyak 3 orang (2,67%) disusul kemudian PNS (Pegawai Negeri Sipil) 1 orang (0,89%) dan IRT (Ibu Rumah Tangga) 2 orang (1,78%). Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Innes Anggita (2011) di RSUP Dr. Kariadi Semarang dimana pasien HIV/AIDS terbanyak berasal dari kalangan Pegawai swasta (21,43%), buruh (21,43%) dan Ibu Rumah Tangga (19,05%) (Anggita, 2011).

Banyaknya penderita HIV/AIDS dikalangan Pekerja dapat di karenakan tingkat aktifitas pekerja yang aktif, dan mobilitas yang tinggi sehingga banyak berinteraksi dengan khalayak umum dan berbagai lingkungan termasuk berinteraksi dengan penderita HIV/AIDS yang tidak diketahui seropositifnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di UPTD puskesmas Betun selama satu minggu dengan menggunakan data rekam medik Tahun 2016 -2018 dapat disimpulkan bahwa:

1. Gambaran kejadian HIV/AIDS pada penderita TB berdasarkan usia, pada kelompok usia ≤ 20 Tahun tidak ada kejadian. Pada kelompok usia > 20 Tahun terdapat 6 orang penderita (5,35%).
2. Gambaran kejadian HIV/AIDS pada penderita TB berdasarkan pekerjaan, wiraswasta terdapat 3 orang penderita (2,68%), Ibu rumah tangga terdapat 2 orang penderita (1,79%) dan PNS terdapat 1 orang penderita (0,89%).
3. Gambaran kejadian HIV/AIDS pada penderita TB berdasarkan Jenis Kelamin pada laki-laki terdapat 4 orang penderita (3,57%) dan perempuan 2 orang penderita (1,78%).

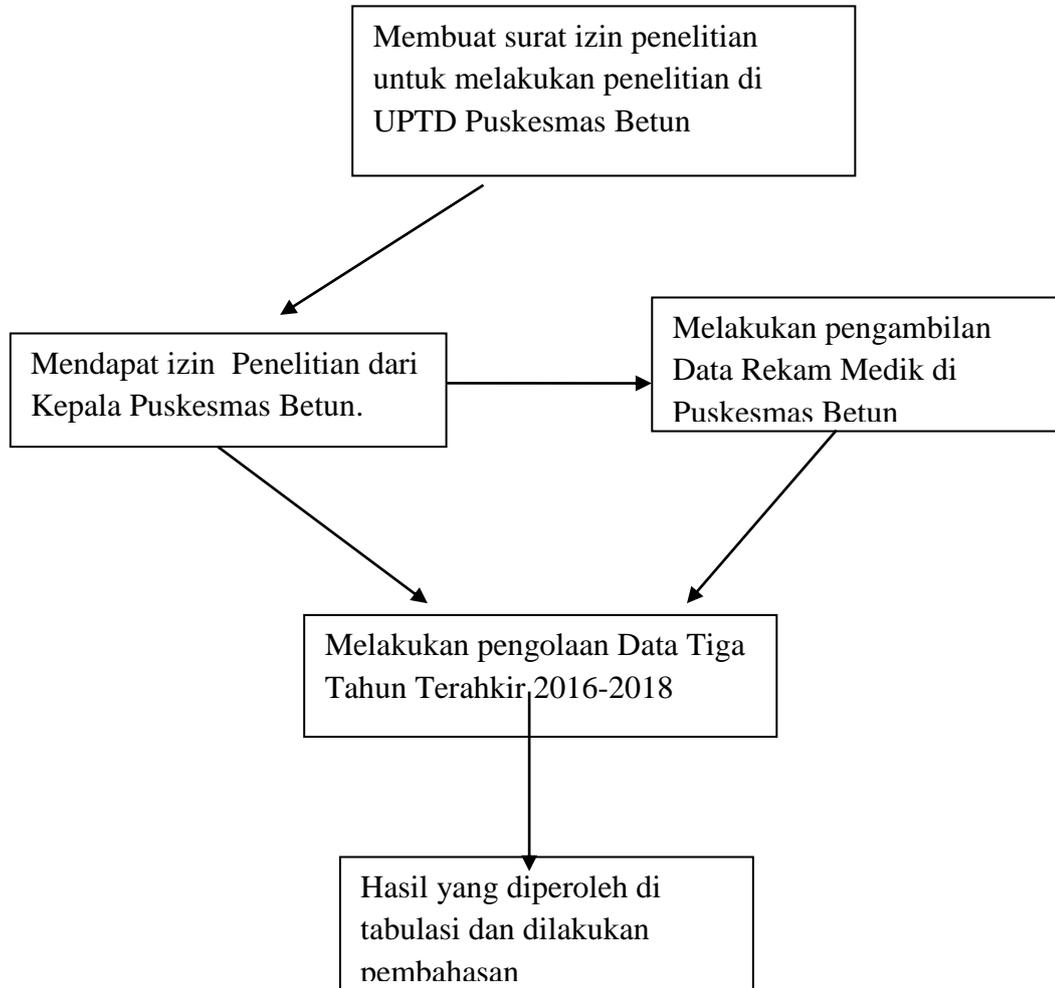
B. SARAN

1. Diperlukan suatu strategi Pelayanan Kesehatan yang lebih baik untuk meningkatkan pengendalian dan pencegahan TB dan HIV/AIDS.
2. Di sarankan kepada Tenaga Kesehatan untuk memberikan penyuluhan dan informasi tentang Penyakit TB dan HIV/AIDS kepada Masyarakat maupun di Sekolah-sekolah.

3. Kerja sama di antara semua komunitas pelayanan yang terkait terutama dalam pelayanan Kesehatan dan pelayanan Sosial sangat diperlukan dalam melakukan penyuluhan dan konseling untuk memberdayakan masyarakat guna mengurangi angka kejadian HIV/AIDS.

Lampiran 1. Skema Kerja

Skema Kerja



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.2011.*Memahami Berbagai Macam Penyakit*.Dialihbahasakan oleh Paramita.Jakarta:PT Indeks.
- Anggita, Innes. 2011 “*Karakteristik Pasien HIV/AIDS dengan Kandidiasis Orofaringeal di RSUP Dr.Kariadi Semarang*” (online).Karya Tulis Ilmiah.Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun 2011.<http://eprints.undip.ac.id> (diakses maret 2012).
- Ayu Desy Permitasari.”*Factor resiko terjadinya koinfeksi Tuberculosis pada pasien HIV / AIDS di RSUD Dr. Kariady Semarang* “
- Aditamah TY dan Subuh M.2011, *Strategi Nasional Pengendalian TB, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.*
- Budimulja,Unandar.2008.Eritrasma dalam *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*.Jakarta: FK UI
- Depertemen Kesehatan 2012 *Laporan Triwulan situasi Perkembangan HIV – AIDS di Indonesia sampai maret 2012*) Jakarta.
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI (2017) *laporan perkembangan HIV AIDS triwulan IV tahun 2016*
- Dipiro, J.T, Talbert, R. L. Yees, G.C, Matzke, G.R, Wells, B. G & L. Michael Posey. (2005) *Pharmacotherapy a Pathophysiologic approach*, New York : McGraw – Hill Company Inc, 1333- 1352
- Fatimah Siti 2008”*Faktor Kesehatan Lingkungan Rumah yang berhubungan dengan kejadian TB Paru di Kabupaten Cilacap*”*Tesis Semarang*
- Gobel Fatimah Afrianty.2008.”survey karakteristik penderita HIV/AIDS di kota Makasar tahun 2007.”*Jurnal Madani FKM UMI Vol.I No.2* (online).<http://isjd.pdii.lipi.go.id> (diakses 21 Maret 2012).
- Growzard, Rigal, Jean, Sutton, Marianne. (Ed) 2016 *Clinical Guildines : Diagnosis and treatmen manual*. 2016 Editions.Paris : Frotieres Medicins Sans. ISBN 978- 2- 37585- 001- 5
- Hutapea Ronal. (2004),*AIDS&PMS dan Pemerksaan*.Rineka Cipta ,Jakarta.
- Hudak,&, Gallo. (2010).*Keprawatan Kritis Ed.6*.Jakarta: EGC.
- Jawetz, E, Melnick, J.L, Adelberg, E. A, 2001 *Microbiologi Kedokteran*, Edisi XXII, di terjemahkan oleh bagian microbiologi fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, 205 – 209,penerbit salemba Medika, Jakarta.

- Kemntrian Kesehatan RI Tahun 2015, *Profil Kesehatan Pengendalian penyakit HIV*.
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) Edisi 2*. Jakarta: Kemntrian Kesehatan Indonesia; 2012.
- Mulyadi, Fitrika Y (2010) *Penatalaksanaan Tuberkulosis pada penderita HIV, AIDS* Jurnal Kedokteran Syah Kuala 3
- Notoadmodjo Soekidjo(2007) *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam dan Kurniawati, N.D. (2007) *Asuhan Keperawatan Pasien TerinfeksiHIV/AIDS*. Jakarta. Salemba Medika.
- Putra , R.N. (2011) *Hubungan perilaku dan kondisi sanitasi rumah dengan kejadian TB Paru*.
- Read, S. E. (2007). *A national review of vertical HIV transmission*.
- Somantri.2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*.Jakarta : Salemba Medika.
- Sholihah, Nikmatus 2006. “*Gender dan Jenis Kelamin*”<http://pmiiliga.wordpress.com> (Diakses 06 Juni 2012).
- WHO (2017) *Gender AIDS*. World Health Organisation.<http://www.who.int/gender/documents/genderAIDS.pdf> - Diakses pada 16 September 2017.
- Widoyono, *Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya)*, penerbit erlangga : 2011
- Yunihastuti E.dkk (2005) *Infeksi Oportunistik AIDS* . *Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*

Lampiran 1. Data Pasien TB/HIV Tahun 2016

DATA PASIEN TB/HIV-AIDS

TAHUN 2016

NO	KODE SAMPEL	UMUR		ALAMAT LENGKAP	PEKERJAAN	HASIL PEMERIKSAAN				NO. REG.LAB	STATUS HIV	KETERANGAN
		L	P			A	B	C				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
1	TB1	38		BAKATEU	TANI	3 +	3 +	3 +	006			
2	TB2	70		KAMANASA	TANI	3 +	3 +	3 +	009			
3	TB3	62		KAMANASA	TANI	2 +	2 +	2 +	020			
4	TB4	19		PERTAMINA	WIRASWASTA	2 +	2 +	2 +	047			
5	TB5	61		BIUDUK FEHAN	TANI	2 +	2 +	2 +	062			
6	TB6	58		KAMANASA	TANI	2 +	2 +	2 +	126			
7	TB7	28		LARAN	TANI	2 +	2 +	2 +	131			
8	TB8	66		KAMANASA	TANI	2 +	2 +	2 +	156			
9	TB9		38	MANUMUTI WELOLON	TANI	3 +	3 +	3 +	157			
10	TB10		43	WEHALI	WIRASWASTA	2+	2+	2+	169	POSITIF		
11	TB11		18	SUKABI	PELAJAR	2 +	2 +	2 +	079			
12	TB12		27	LABARAI	TANI	3 +	3 +	3 +	179			
13	TB13		37	BETUN	TANI	3 +	3 +	3 +	181			
14	TB14	36		SUKABIHANAWA	TANI	1 +	1 +	1 +	208			

15	TB15		33	TRANS TUALARAN	TANI	2 +	2 +	2 +	212			
16	TB16	26		SUKABIHUN	TANI	1 +	1 +	1 +	219			
17	TB17	37		WEHALI	WIRASWASTA	2+	2+	2+	221			
18	TB18	45		WEHALI	SWASTA	3+	3+	3+	248			
19	TB19	54		KAMANASA	PNS	3+	3+	3+	273	POSITIF		
20	TB20	55		WEHALI	TANI	3+	3+	3+	275			
21	TB21	15		SULIT ANAMETAN	PELAJAR	2+	2+	2+	281			
22	TB22	27		KLETEK	TANI	2+	2+	2+	282			
23	TB23	17		WEHALI/LARAN	PELAJAR	3+	3+	3+	289			
24	TB24	57		BONI	TANI	2+	2+	2+	299			
25	TB25	49		UMAFATIK/ MANUMUTI	TANI	3+	3+	3+	315			
26	TB26		71	WEHALI/PEMANCAR	TANI	3+	3+	3+	341			
27	TB27	59		BENAHE	TANI	3+	3+	3+	368			
28	TB28	49		HAREKAKAE	TANI	3+	3+	3+	403			
29	TB29	46		TUBAKI/KAMANASA	PENSIUNAN	3+	3+	3+	411			
30	TB30	22		WELEUN/BAKIRUK	TANI	2+	2+	2+	412			
31	TB31	23		WEBUA	SWASTA	3+	3+	3+	426			
32	TB32		52	WEHALI	TANI	3+	3+	3+	432			
33	TB33	41		HAREKAKAE	TANI	3+	3+	3+	502			
34	TB34	62		HAREKAKAE	TANI	2+	2+	2+	503			
35	TB35	27		BASDEBU	TANI	3+	3+	3+	506			
36	TB36		62	HAREKAKAE	TANI	3+	3+	3+	509			
37	TB37	58		WEBUA	TANI	2+	2+	2+	544			

Lampiran 2. Data Pasien TB/HIV Tahun 2017

DATA PASIEN TB/HIV-AIDS

TAHUN 2017

NO	KODE SAMPEL	UMUR			PEKERJAAN	HASIL PEMERIKSAAN			NO. REG.LAB	STATUS HIV	KETERANGAN
		L	P			A	B	C			
1	TB1	22		LABARAI/KAMANASA	TANI	2+	2+	2+	545		
2	TB2	34		KLETEK SUAI	TANI	2+	2+	2+	4		
3	TB3		20	UMASUKAER	MAHASISWA	3+	3+	3+	11		
4	TB4	20		SULIT ANAMETAN	MAHASISWA	3+	3+	3+	12		
5	TB5	50		RABONE/ANGKAES	TANI	3+	3+	3+	22		
6	TB6	60		TUBAKI /KAMANASA	PENSIUNAN	3+	3+	3+	27		
7	TB7		30	BAKATEU/WEHALI	TANI	2+	2+	2+	37		
8	TB8	48		UMASUKAER	TANI	3+	3+	3+	39		
9	TB9	57		KAKANIUK	WIRASWASTA	2+	2+	2+	56	POSITIF	
10	TB10		22	SOLO /LAKEKUN	IRT	3+	3+	3+	60		
11	TB11		22	U LAWALU	IRT	3+	3+	3+	87		
12	TB12		61	PASAR BARU	IRT	3+	3+	3+	90		
13	TB13		24	KAMPUNG BARU	TANI	3+	3+	3+	91		
14	TB14	60		TUBAKI /KAMANASA	PENSIUNAN	3+	3+	3+	94		
15	TB15	47		MAUBESI	TANI	2+	2+	2+	97		
16	TB16	8		BIUDUK FEHAN	-	3+	3+	3+	130		

17	TB17		17	KAMPUNG BARU	PELAJAR	2+	2+	2+	146		
18	TB18	47		LARAN/WEHALI	PNS	3+	3+	3+	157		
19	TB19	65		WEBUA	TANI	3+	3+	3+	166		
20	TB20		29	WEHALI	IRT	3+	3+	3+	173		
21	TB21	67		MANUMUTI WELOLON	TANI	3+	3+	3+	187		
22	TB22		25	WEMALAE	IRT	2+	2+	2+	191		
23	TB23	74		CABANG WEBUA	TANI	2+	2+	2+	213		
24	TB24		67	MANUMUTI TOLEON	IRT	3+	3+	3+	217		
25	TB25	64		KLETEK	TANI	2+	2+	2+	235		
26	TB26		80	TABENE	TANI	2+	2+	2+	254		
27	TB27		46	BAKIRUK	IRT	3+	3+	3+	255		
28	TB28	22		HAREKAKAE	TANI	2+	2+	2+	256		
29	TB29		60	MANUMUTI WELOLON	IRT	3+	3+	3+	257		
30	TB30		40	KAMANASA	IRT	3+	3+	3+	258		
31	TB31		38	WEMALAE	PNS	3+	3+	3+	276		
32	TB32	27		UMAKATAHAN	TANI	3+	3+	3+	280		
33	TB33			LUAR WILAYAH	TANI	2+	2+	2+	284		
34	TB34		19	UMAKATAHAN	PELAJAR	2+	2+	2+	292		
35	TB35	67		WEMALAE	PNS	3+	3+	3+	303		
36	TB36	61		TUBAKI	PENSIUNAN	2+	2+	2+	304		
37	TB37		46	UMASUKAER	IRT	3+	3+	3+	314		
38	TB38		67	U LAWALU	IRT	2+	2+	2+	330		

39	TB39	54		TUALARAN	TANI	2+	2+	2+	338		
40	TB40	44		WEHALI	PNS	3+	3+	3+	339		
41	TB41	54		WEMALAE	TANI	2+	2+	2+	394		
42	TB42	56		PERTAMINA	SWASTA	3+	3+	_	428		
43	TB43	35		BAKIRUK	TANI	3+	3+	_	443		
44	TB44	66		TRANS TUALARAN	TANI	2+	2+	_	452		
45	TB45	58		TRANS TUALARAN	TANI	3+	3+	_	453		
46	TB46		65	BAKATEU	IRT	3+	3+	_	471		

Lampiran 3. Data Pasien TB/HIV Tahun 2018

DATA PASIEN TB/HIV-AIDS

TAHUN 2018

NO	KODE SAMPEL	UMUR		ALAMAT LENGKAP	PEKERJAAN	HASIL PEMERIKSAAN			NO. REG.LAB	STATUS HIV	KETERANGAN
		L	P			A	B	C			
1	TB1	44		LABARAI	TANI	2+	2+	_	33		
2	TB2		26	BARENE	IRT	2+	2+	_	34		
3	TB3	41		KAKANIUK	TANI	3+	3+	_	35		
4	TB4	54		M TOLEON	TANI	3+	3+	_	53		
5	TB5	52		KATERI	TANI	3+	3+	_	64		
6	TB6		47	B FEHAAN	IRT	3+	3+	_	66		
7	TB7	31		SUKABI HANAWA	SWASTA	2+	2+	_	75		
8	TB8	25		BETUN KOTA	SWASTA	3+	3+	_	99		
9	TB9		25	MANUMUTI TOLEON	IRT	2+	2+	_	103	POSITIF	
10	TB10		82	UMAKATAHAN	IRT	2+	2+	_	125		
11	TB11	60		M TOLEON	TANI	2+	2+	_	147		
12	TB12		53	BAKIRUK	IRT	3+	3+	_	160		
13	TB13		54	PERTAMINA	IRT	3+	3+	_	170		
14	TB14	50		KAMANASA	TANI	3+	3+	_	171		
15	TB15		44	NINU	IRT	3+	3+	_	172		
16	TB16	29		HAREKAKAE	IRT	2+	2+	_	175	POSITIF	

17	TB17		22	LUAR WILAYAH	IRT	3+	3+	_	178		
18	TB18	24		KLETEK SUAI	SWASTA	3+	3+	_	179		
19	TB19	45		KAMANASA/ MAUBESI	TANI	3+	3+	_	222		
20	TB20	23		HAREKAKAE	SWASTA	2+	2+	_	236		
21	TB21	50		UMAKATAHAN	PNS	2+	2+	_	267		
22	TB22	18		LUAR WILAYAH	PELAJAR	3+	3+	_	273		
23	TB23		22	WEHALI	PELAJAR	2+	2+	_	283		
24	TB24	35		MANUMUTI	WIRASWASTA	2+	2+	_	285	POSITIF	
25	TB25		82	UMAKATAHAN	TANI	2+	2+	_	318		
26	TB26		31	BASDEBU	IRT	2+	2+	_	320		
27	TB27		39	WEHALI	IRT	1+	1+	_	321		
28	TB28		25	WEHALI	IRT	2+	2+	_	303		
29	TB29		82	HAREKAKAE	TANI	3+	3+	_	310		

Lampiran4. Surat Keterangan Selesai Penelitian



Kabupaten
Malaka

**PEMERINTAH KABUPATEN MALAKA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BETUN**

Jln. Kateri , Desa Wehali, Kec. Malaka Tengah

E-mail: puskesmasbetun@gmail.com



Puskesmas
Betun

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
NOMOR : 140 /440/SK/PB/MT/IV/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Irene Kristarina Tey Seran,SKM
Nip : 19740825 200604 2 006
Jabatan : Penata Muda III /a
Alamat : Betun

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Imelda T.Timu
Nip : 19821231 200501 2 013
Jurusan : Analis Kesehatan
Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Telah selesai melakukan Puskesmas Betun dengan judul "GAMBARAN KEJADIAN HIV/AIDS PADA PENDERITA TB PARU DI PUSKESMAS BETUN TAHUN 2016 – 2018" pada tanggal 11 april 2019.

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dapat di gunakan seperlunya.

Di buat di : Betun
Pada tanggal : 12 April 2019



Irene Kristarina Tey Seran,SKM
Nip:19740825 200604 2 006

Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian

Puskesmas Tempat Penelitian

