

**LAPORAN MBKM *By Design* FKM UNAIR
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**GAMBARAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV
DI PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2023**



EGGY PRANANDA PUTRI

NIM 102011133163

Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan dan Promosi Kesehatan
Divisi Epidemiologi

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2023**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG MBKM
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

Disusun Oleh :

EGGY PRANANDA PUTRI

102011133163

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

**Dosen Pembimbing Magang MBKM
Departemen EBIOP**



Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D.
NIP. 198601082018032001

**Pembimbing Lapangan Magang MBKM
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur**



Hugeng Susanto, S.KM, M.Si.
NIP. 196905271992031009

**Koordinator Program Studi
S1 Kesehatan Masyarakat**



Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 197311151999032002

Ketua Departemen EBIOP



Dr. Fariani Syahrul, S.KM, M.Kes
NIP. 196902101994032002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Jawa Timur dengan judul “Gambaran Pencegahan dan Pengendalian HIV di Provinsi Jawa Timur Tahun 2023”. Laporan Magang ini disusun sebagai salah satu syarat akademis dalam rangka menyelesaikan mata kuliah Magang di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. *Human immunodeficiency virus* merupakan salah satu masalah kesehatan Global yang menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di dunia. Strategi utama pencegahan dan pengendalian HIV adalah dengan mencapai Triple 95s di tahun 2030. Namun, Indonesia masih tertinggal untuk mencapai target tersebut.

Dalam Penyusunan dan penulisan laporan magang ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Selain itu, dengan senang hati saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Santi Martini dr., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes., selaku koordinator Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat.
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Departemen Epidemiologi, Biostatistika Kependudukan, dan Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
4. Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D., selaku dosen pembimbing MBKM by Design FKM UNAIR.
5. Prof. Dr. Erwin Astha Triyono, dr., Sp.PD., K-PTI., FINASIM Selaku kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. dr. Waritsah Sukarjyah selaku kepala Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
7. dr. Faridha Cahyani selaku kepala seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa (P2PTM dan KESWA)
8. drg. Sulvy Dwi Anggraini, M.Kes. selaku kepala seksi Pencegahan dan

Pengendalian Penyakit Menular

9. Avie SHR, S.KM, M.Kes. selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
10. Hugeng Susanto, S.KM., M.Si. selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
11. Eka Putri L, S.KM., M.Epid dan Arief W, S.KM selaku pemegang program HIV / IMS di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
12. Teman-teman MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
13. Keluarga yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi setiap saat.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan MBKM by Design FKM UNAIR ini berguna dan bermanfaat baik diri sendiri maupun pihak lain.

Surabaya, 28 Oktober 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat.....	3
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi.....	4
1.3.3 Manfaat Bagi Instansi/ Dinas.....	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Definisi HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>).....	5
2.2 Klasifikasi HIV.....	5
2.3 Kelompok Berisiko HIV.....	6
2.4 Patofisiologi HIV.....	7
2.5 Manifestasi Klinis.....	7
2.6 Cara Penularan HIV	8
2.7 Penatalaksanaan HIV.....	9
2.8 Cara Menghindari Penularan HIV.....	10
2.9 Penentuan Prioritas Masalah	10
2.9.1 Metode Penentuan Penyebab Masalah dengan metode <i>USG</i>	10
2.9.2 Metode Penentuan Penyebab Masalah dengan <i>fishbone</i>	12
BAB III.....	14
METODE PELAKSANAAN.....	14
3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR	14

3.2	Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	14
3.3	Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	15
3.4	Teknik Pengumpulan Data	16
BAB IV		17
HASIL DAN PEMBAHASAN		17
4.1	Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	17
4.1.1	Gambaran Lokasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	17
4.1.2	Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	17
4.1.3	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	18
4.2	Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah	18
4.2.1	Manajemen Data Epidemiologi	18
4.2.2	Skrining	19
4.2.3	Epidemiologi PD3I	20
4.2.4	Pemetaan Risiko Dan Penyakit	21
4.3	Situasi HIV/AIDS di Indonesia	21
4.4	Kasus HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur	23
4.4.1	Penemuan Kasus HIV baru di Tingkat Kabupaten/Kota	23
4.4.2	Tren penemuan kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur	23
4.5	Pola Penyakit HIV/AIDS di Jawa Timur Tahun 2023	24
4.5.1	Pola Penyakit Berdasarkan Kelompok Umur	24
4.5.2	Pola Penyakit Berdasarkan Jenis Kelamin	25
4.5.3	Pola Penyakit Berdasarkan Populasi	26
4.6	Cascade HIV dan ART di Provinsi Jawa Timur	26
4.7	Program HIV/AIDS	28
4.8	Identifikasi Masalah dan Penentuan Prioritas Masalah	29
4.8.1	Identifikasi Masalah	29
4.8.2	Identifikasi Akar Penyebab Masalah	30
4.8.3	Alternatif Solusi	36
4.9	Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	39
BAB V		40
PENUTUP		40
5.1	Kesimpulan	40
5.2	Saran	41

DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Contoh matriks metode USG	11
Tabel 3.1 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	14
Tabel 4.1 Skoring Prioritas Masalah Kegiatan P2PM HIV/AIDS	29

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Fishbone Diagram	13
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	18
Gambar 4.2 Penemuan Kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur	23
Gambar 4.3 Tren Penemuan Kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur.....	23
Gambar 4.4 Pola Kasus HIV Baru Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jatim	24
Gambar 4.5 Pola Kasus HIV Baru Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jatim	25
Gambar 4.6 Pola Kasus HIV Baru Menurut Temuan pada Populasi di Provinsi Jawa Timur.....	26
Gambar 4.7 Cascade HIV dan ART di Provinsi Jawa Timur	27
Gambar 4.8 Cascade Pengobatan ARV di Provinsi Jawa Timur	27
Gambar 4.9 Identifikasi Akar Penyebab Masalah Menggunakan Fishbone	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Logbook MBKM by Design FKM UNAIR	45
Lampiran 2. Sertifikat MBKM.....	49
Lampiran 3. Dokumentasi Magang.....	50

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= <i>Acquired Immuno-Deficiency Syndrome</i>
ARV	= <i>Antiretroviral</i>
ART	= <i>Antiretroviral Therapy</i>
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ODHIV	= Orang Dengan HIV
IMS	= Infeksi Menular Seksual
P2P	= Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
P2PTM	= Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
P2PM	= Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
Kemendes	= Kementerian Kesehatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka implementasi program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM), mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama masa kuliah dan mendapatkan pengalaman kerja sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang merupakan bekal pengalaman dan keterampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum mahasiswa dilepas untuk bekerja sendiri. Kegiatan ini juga dapat menambah wawasan serta pengetahuan mahasiswa yang belum didapat dari bangku perkuliahan, sehingga para lulusan Fakultas Kesehatan Masyarakat memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional.

Peran industri dan pendidikan saat ini berpengaruh besar terhadap perkembangan dan pertumbuhan bangsa. Industri menjadi penunjang kebutuhan pembangunan dan perekonomian Indonesia. Oleh karena itu, perlu adanya kesinambungan dan kerjasama antara industri dengan institusi pendidikan untuk memperlancar kegiatan magang ini. Pemilihan tempat magang, baik pada proposal magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, instansi pemerintahan, perusahaan swasta, maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), disesuaikan dengan bidang peminatan yang diambil oleh mahasiswa. Salah satu peminatan yang terdapat di Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah Epidemiologi yang merupakan ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan dari keadaan atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan di dalam populasi tertentu. Penerapan ilmu ini diharapkan mampu mengendalikan masalah-masalah kesehatan masyarakat berdasarkan konsep ilmu kesehatan masyarakat (promotif, preventif, dan protektif).

Salah satu misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan sehingga ditetapkan tujuan mencegah, menurunkan, dan mengendalikan penyakit menular dan penyakit tidak menular serta masalah kesehatan lainnya. Menurut Natoadmodjo (2003) Penyakit menular adalah penyakit yang dapat ditularkan (berpindah dari orang yang satu ke orang yang lain, baik secara langsung maupun melalui perantara).

Penyakit menular dalam hal ini salah satunya adalah HIV. *Human immunodeficiency virus* merupakan salah satu masalah kesehatan Global yang menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di dunia baik di negara maju maupun Negara berkembang yang salah satunya adalah Indonesia (Kemenkes RI, 2019). HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan penderita mengalami penurunan kekebalan sehingga mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Sedangkan AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*) yaitu sekumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh Masuknya virus HIV (Kemenkes RI, 2019).

Pada tahun 2022 terdapat berbagai kemajuan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV di Indonesia. Masyarakat dan sektor kesehatan telah berkontribusi pada pencapaian ini. Selain itu, terdapat inovasi seperti PrEP (Profilaksis sebelum paparan), Skrining HIV Mandiri (SHM), intervensi virtual, *differentiated care service*, uji dan pengobatan, serta program pembinaan bagi tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan dan akses pelayanan.

Meskipun demikian, Indonesia masih tertinggal dalam mencapai target global pengendalian HIV, yang dikenal dengan target 95-95-95. Hingga Desember 2022, capaian 95% yang pertama masih di mencapai 81%, sedangkan untuk 95% kedua, capaian masih kurang dari setengahnya (41%) yang masih menjalani pengobatan ARV, 95% ketiga capaiannya hanya sebesar 19% ODHIV dalam pengobatan ARV yang virusnya tersupresi.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Kegiatan dilakukan dengan tujuan agar mahasiswa memperoleh pengalaman keterampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja secara praktis dalam rangka meningkatkan kemampuan profesionalisme seorang tenaga kesehatan masyarakat khususnya di bidang epidemiologi, serta melatih kemampuan bekerjasama dengan orang lain dalam satu tim, sehingga diperoleh manfaat bersama bagi peserta magang dan instansi tempat pelaksanaan MBKM.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dan menganalisis permasalahan atau fenomena penyakit yang terdapat di lingkup Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur serta menentukan prioritas masalah dan memberikan prioritas pemecahan masalah.
2. Menyusun dan melaksanakan lima project di antaranya skrining, evaluasi program kesehatan terkait PD3I, manajemen data epidemiologi, pemetaan risiko dan penyakit, serta proposal penelitian.
3. Memahami dan mempelajari program-program kesehatan yang berkaitan dengan bidang epidemiologi, khususnya surveilans dan program penanggulangan penyakit yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.3 Manfaat

Kegiatan ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang terkait.

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

1. Mendapat wawasan dan pengalaman keterampilan, penyesuaian sikap, dan pemahaman pengetahuan di dunia kerja.
2. Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam

bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat.

3. Sebagai sarana untuk menerapkan atau mengaplikasikan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya pada bidang Epidemiologi.
4. Mempelajari kondisi di lapangan, permasalahan yang ada, serta mampu mengidentifikasi prosedur kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
5. Menambah pengetahuan terkait pelaksanaan program HIV/AIDS di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Terjalin hubungan kerjasama yang saling menguntungkan antara kedua belah pihak, yaitu institusi pendidikan dan perusahaan dalam hal pendidikan
2. Sebagai sarana pengenalan instansi pendidikan Universitas Airlangga khususnya program studi S1 Kesehatan Masyarakat, kepada perusahaan yang membutuhkan sumber daya manusia yang dihasilkan oleh Universitas Airlangga.
3. Sebagai sumber informasi untuk menilai keberhasilan kurikulum yang telah diterapkan sesuai dengan tuntutan tenaga kerja yang kompeten di bidangnya.

1.3.3 Manfaat Bagi Instansi/ Dinas

1. Dapat membantu memberikan masukan sekaligus bahan pertimbangan untuk kemajuan baik dari segi teknis maupun administratif
2. Membantu menyelesaikan pekerjaan yang diberikan oleh perusahaan tempat mahasiswa menjalani magang. Hal ini bertujuan untuk mengevaluasi kualitas pendidikan politeknik melalui pengalaman magang di lingkungan kerja.
3. Membangun kolaborasi yang saling menguntungkan dan bermanfaat antara instansi tempat pelaksanaan magang dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

Penyakit *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) adalah suatu proses patologis yang terdiri atas suatu spektrum dari infeksi HIV asimtomatik sampai tahap akhir yang dikenal sebagai *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). AIDS dapat diartikan sebagai kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi virus HIV yang termasuk famili retroviridae, AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi HIV (Harkomah & Dasuki, 2020).

WHO mendefinisikan kasus AIDS adalah keadaan dimana terdapat hasil tes positif untuk antibodi HIV, dengan disertai munculnya satu atau lebih tanda-tanda atau gejala-gejala seperti berat badan menurun lebih dari 10% disertai dengan diare kronis atau demam terus menerus lebih dari 1 bulan, cryptococcal meningitis, pulmonary atau *extra pulmonary tuberculosis*, sarkoma kaposi, kerusakan syaraf, candidiasis pada oesophagus, pneumonia dengan episode sedang dan kanker serviks invasif (Sumampouw, 2016).

2.2 Klasifikasi HIV

Klasifikasi HIV/AIDS menurut *Centers For Disease Control* (CDC) dapat dibagi menjadi 4 bagian (Kana, 2017) :

1. Infeksi HIV akut

Tahap ini dapat disebut juga dengan infeksi primer HIV. Keluhan dapat muncul setelah 2-4 minggu terinfeksi, keluhan yang sering muncul biasanya berupa demam, bintik bintik merah pada kulit, nyeri pada saat nelan makanan, tubuh mudah lemas, dan limfadenopati. Dan pada tahap ini, sering diagnosis jarang ditegakkan di karenakan banyaknya keluhan yang menyerupai penyakit lainnya dan hasil tes yang dilakukan serologi standar negatif

2. Infeksi Seropositif HIV Asimtomatis

Pada tahap ini, hasil tes serologi yaitu menunjukkan hasil positif tetapi pada gejala asimtomatis. Dan pada orang dewasa, karena fase ini berlangsung cukup lama dan penderita bisa tidak merasa mengalami keluhan apapun selama 10 tahun atau bisa juga lebih untuk penderita tersebut. Beda dengan penderita anak-anak, karena fase ini dapat dilalui lebih cepat

3. *Persisten Generalized Lymphadenopathy* (PGL)

Pada fase ini dapat ditemukan pembesaran pada kelenjar limfe sedikitnya di dua tempat yaitu selain limfonodi inguinal. Pembesaran ini dapat terjadi karena adanya jaringan limfe yang berfungsi sebagai tempat penampungan utama pada HIV. PGL dapat terjadi pada sepertiga orang yang positif terinfeksi HIV asimtomatis. Pembesaran bisa menetap, menyeluruh, simetri, dan tidak ada nyeri tekan

4. AIDS

Hampir semua orang yang terdiagnosa infeksi HIV, yang tidak mendapatkan pengobatan, dapat berkembang menjadi AIDS. Progresivitas infeksi HIV dapat bergantung pada karakteristik virus dan hospes. Pada usia kurang dari 5 tahun atau lebih dari 40 tahun, infeksi yang menyertai, dan faktor genetik yang merupakan salah satu penyebab peningkatan progresivitas. Dan bersamaan dengan progresivitas dan turunnya sistem kekebalan tubuh/sistem imun, penderita HIV dapat lebih mudah terhadap terinfeksi.

2.3 **Kelompok Berisiko HIV**

Berikut adalah kelompok berisiko HIV menurut Permenkes RI Nomor 23 Tahun 2022 antara lain :

- 1) Populasi Kunci adalah kelompok masyarakat yang perilakunya berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS meliputi pekerja seks, pengguna Napza suntik (penasun), waria, dan lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL).

- 2) Populasi Khusus adalah kelompok masyarakat yang berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS meliputi pasien Tuberkulosis, pasien IMS, ibu hamil, tahanan dan warga binaan pemasyarakatan.
- 3) Populasi Rentan adalah kelompok masyarakat yang kondisi fisik dan jiwa, perilaku, dan/atau lingkungannya berisiko tertular dan menularkan HIV dan IMS seperti anak jalanan, remaja, pelanggan pekerja seks, pekerja migran, dan pasangan populasi kunci/ODHIV/pasien IMS.

2.4 Patofisiologi HIV

Partikel-partikel virus yang ada didalam tubuh ODHIV bercampur dengan DNA sel pasien, dan bila seseorang sudah terinfeksi HIV, maka seumur hidupnya akan terinfeksi, kemudian berkembang masuk ke tahap AIDS pada awal 3 tahun pertama, 50% kemudian berkembang menjadi pasien AIDS setelah 10 tahun, dan setelah 13 tahun hampir mayoritas mereka yang terkena infeksi HIV kemudian menunjukkan tanda-tanda AIDS kemudian setelah itu meninggal. Berdasarkan proses terjadinya HIV dapat dilihat adanya gejala kronis, yang dapat merusak daya tahan imun dalam tubuh yang bisa bertahap. Untuk infeksi HIV sendiri tidak dapat langsung dilihat tanda maupun gejala tertentu. Tanda gejala yang tidak khas pada mereka yang terinfeksi HIV akut, mulai dari 3-6 minggu setelah terinfeksi, orang tersebut merasa demam, merasa nyeri saat menelan, ada pembengkakan di kelenjar getah bening, mual, diare lebih dari seminggu dan batuk berdahak. Untuk infeksi akut dapat dimulai dari infeksi asimtomatik (tanpa tanda gejala). Untuk masa tanpa gejala sendiri umumnya dapat berlangsung sekitar 8-10 tahun, dan ada berapa sekelompok kecil orang yang progresif jalan penyakitnya cukup cepat, hingga sekitar 2 tahun, sehingga ada juga yang progres jalan penyakitnya cukup lama (Amalinda, 2017)

2.5 Manifestasi Klinis

Setelah infeksi awal, pasien mungkin tetap seronegatif (tes antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif) walaupun virus sudah ada dalam darah pasien dengan jumlah yang banyak. Antibodi yang terbentuk belum

cukup terdeteksi melalui pemeriksaan laboratorium karena kadarnya belum memadai. Antibodi terhadap HIV biasanya muncul dalam 3 sampai 6 minggu hingga 12 minggu setelah infeksi primer. Fase ini sangatlah penting karena pada fase ini pasien sudah mampu dan potensial menularkan virus ke orang lain. Fase ini disebut “*window periode*” (Nasronudin 2012).

Manifestasi klinis pada orang yang terinfeksi dapat timbul paling cepat 1 sampai 4 minggu setelah pajanan. Gejala yang timbul dapat berupa malaise, demam, diare, limfadenopati, dan ruam makulopapular. Beberapa orang mengalami gejala yang lebih akut, seperti meningitis dan pneumonitis (Sterling dan Chaisson, 2010).

2.6 Cara Penularan HIV

HIV dapat menyebar melalui pertukaran berbagai cairan tubuh, seperti darah, ASI, air mani dan cairan vagina dari orang yang terinfeksi. HIV juga dapat ditularkan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan. Individu tidak terinfeksi melalui kontak sehari-hari seperti berciuman, berpelukan, berjabat tangan, atau berbagi barang pribadi, makanan atau air (WHO, 2021)

Menurut Dexamedia (1996) dalam Irwan (2017) penularan HIV/AIDS dapat terjadi melalui tiga cara, sebagai berikut :

- 1) Hubungan seksual. Baik secara vagina, oral ataupun anal dengan seorang pengidap. Ini adalah cara yang paling umum terjadi, meliputi 80-90% total kasus.
- 2) Kontak langsung dengan darah/ produk/ jarum suntik :
 - Transfusi darah yang tercemar HIV, risikonya sangat tinggi sampai lebih dari 90%.
 - Pemakaian jarum tidak steril/ pemakaian bersama jarum suntik pada para pecandu narkotik.
 - Penularan lewat kecelakaan tertusuk jarum pada petugas kesehatan risikonya sekitar kurang dari 0,5% dan telah terdapat kurang dari 0,1 dari total kasus sedunia.

- 3) Secara vertikal dari ibu hamil pengidap HIV kepada bayinya selama hamil, saat melahirkan atau pun setelah melahirkan. Sekitar 25-40% terdapat 0,1% dari total kasus sedunia

2.7 Penatalaksanaan HIV

Penatalaksanaan HIV tergantung pada stadium penyakit dan setiap infeksi oportunistik yang terjadi. Secara umum, tujuan pengobatan adalah untuk mencegah sistem imun tubuh memburuk ke titik di mana infeksi oportunistik akan bermunculan. Sindrom pulih imun atau *Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS)* yang dapat muncul setelah pengobatan juga jarang terjadi pada pasien yang belum mencapai titik tersebut. Untuk semua penderita HIV/AIDS diberikan anjuran untuk istirahat sesuai kemampuan atau derajat sakit, dukungan nutrisi yang memadai berbasis makronutrien dan mikronutrien untuk penderita HIV & AIDS, konseling termasuk pendekatan psikologis dan psikososial, dan membiasakan gaya hidup sehat.

Terapi antiretroviral adalah metode utama untuk mencegah perburukan sistem imun tubuh. Terapi infeksi sekunder/oportunistik/malignansi diberikan sesuai gejala dan diagnosis penyerta yang ditemukan. Sebagai tambahan, profilaksis untuk infeksi oportunistik spesifik diindikasikan pada kasus-kasus tertentu (Maartens et al., 2014).

Prinsip pemberian ARV adalah menggunakan kombinasi 3 jenis obat yang ketiganya harus terserap dan berada dalam dosis terapeutik dalam darah, dikenal dengan *highly active antiretroviral therapy (HAART)*. Istilah HAART sering disingkat menjadi ART (*antiretroviral therapy*) atau terapi ARV. Setelah pemberian ARV diperlukan pemantauan dengan tujuan mengevaluasi respons pengobatan, pemantauan terhadap efek samping ARV dan substitusi ARV jika diperlukan, pemantauan sindrom pulih imun/IRIS, serta memantau apakah didapatkan kegagalan terapi ARV untuk memulai terapi lini berikutnya.

2.8 Cara Menghindari Penularan HIV

Menurut Kemenkes (2020), Untuk menghindari HIV/AIDS dapat dilakukan beberapa pencegahan yang dikenal dengan konsep “ABCDE” sebagai berikut :

1. A (Abstinence), Absen seks atau tidak melakukan hubungan seksual bagi mereka yang belum menikah.
2. B (Be Faithful) : Bersikap saling setia kepada satu pasangan dan tidak berganti-ganti pasangan.
3. C (Condom) : Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual menggunakan kondom
4. D (Drug No) : Dilarang menggunakan narkoba atau zat adiktif yang menggunakan jarum suntik
5. E (Education) : Pemberian edukasi dan informasi yang akurat tentang HIV, cara penularan, pencegahan, serta pengobatannya.

2.9 Penentuan Prioritas Masalah

2.9.1 Metode Penentuan Penyebab Masalah dengan metode *USG*

USG adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Cara yang digunakan adalah dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan 1 - 5. Isu yang dimiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas mengenai masalah yang dibahas. Berikut penjelasan mengenai USG :

1) *Urgency*

Seberapa mendesak masalah tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan masalah tersebut.

2) *Seriousness*

Seberapa serius masalah tersebut harus dibahas dikaitkan dengan akibat yang ditimbulkan dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah lain

apabila masalah penyebab masalah tidak dapat dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah yang lain adalah lebih serius dibandingkan dengan suatu masalah yang berdiri sendiri.

3) *Growth*

Seberapa kemungkinan masalah tersebut menjadi berkembang dikaitkan dengan kemungkinan masalah akan semakin memburuk apabila tidak diatasi akan menimbulkan masalah yang baru dalam jangka panjang.

Nilai total merupakan hasil penjumlahan USG, urutan ranking atau prioritas adalah nilai tertinggi sampai nilai terendah. Dimana skor tertinggi menjadi masalah utama yang diprioritaskan. Contoh pemakaian metode USG adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Contoh matriks metode USG

No.	Daftar Masalah	U	S	G	Total Nilai	Urutan
1.	Masalah A	3	2	5	30	III
2.	Masalah B	4	5	4	80	I
3.	Masalah C	5	4	2	40	II

Berikut langkah-langkah dalam melaksanakan penentuan prioritas masalah dengan metode USG antara lain :

- 1) Pemberian skor pada masing-masing penyebab masalah dan perhitungan hasilnya
- 2) Tentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah atau penyebab masalah atau alternatif penyelesaian masalah, berdasarkan kesepakatan bersama, contoh:
 - Nilai 1 = sangat tidak menjadi masalah
 - Nilai 2 = tidak menjadi masalah
 - Nilai 3 = cukup menjadi masalah
 - Nilai 4 = sangat menjadi masalah
 - Nilai 5 = sangat menjadi masalah (mutlak)

- 3) Berikan skor atau nilai untuk setiap masalah berdasarkan kriteria USG
- 4) Menentukan prioritas berdasarkan hasil ranking. Urutkan pemecahan masalah menurut prioritasnya berdasarkan hasil yang telah diperoleh.

2.9.2 Metode Penentuan Penyebab Masalah dengan *fishbone*

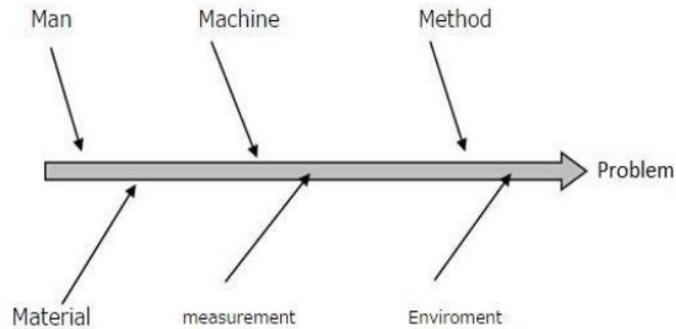
Diagram Tulang Ikan (Sebab-Akibat) adalah alat yang digunakan untuk membantu mengidentifikasi akar penyebab suatu masalah. Penyebab dikelompokkan ke dalam kategori utama untuk membantu mengidentifikasi sumber variasi. Diagram ini menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang mempengaruhi masalah tersebut. Jenis diagram ini disebut juga diagram "Ishikawa" karena ditemukan oleh Kaoru Ishikawa, atau diagram "*fishbone*" atau "tulang ikan" karena tampak mirip dengan tulang ikan.

Kategori umum untuk mengidentifikasi sumber-sumber penyebab masalah yang perlu dipertimbangkan meliputi *Man* (manusia), *Method* (metode), *Material* (bahan produksi), *Machine* (mesin), *Measurement* (pengukuran), dan *Environment* (lingkungan). Faktor tersebut berguna untuk mengelompokkan jenis akar permasalahan ke dalam sebuah kategori.

Langkah-langkah dalam penyusunan diagram *fishbone* dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Gambarlah sebuah kerangka diagram yang menunjuk ke masalah dengan cabang-cabang di luar panah yang mewakili kategori utama atau kemungkinan penyebabnya.
- 2) Catat pernyataan masalah pada "hidung" diagram atau sepanjang tulang utama.
- 3) Gunakan teknik brainstorming untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebabnya. Penyebabnya bisa terkait dengan beberapa kategori.

- 4) Tinjau semua penyebab bersama tim untuk menentukan kemungkinan besar penyebab masalah.



Gambar 2.1 *Fishbone Diagram*

Kelebihan dari diagram *fishbone* yaitu memungkinkan peneliti untuk melihat semua kemungkinan penyebab suatu masalah daripada langsung mengambil kesimpulan. Hal ini memungkinkan pengguna untuk fokus pada penyebab sebenarnya dari masalah tersebut. Sedangkan kekurangannya yaitu dapat menghubungkan sebab-sebab dengan suatu masalah yang sebenarnya tidak relevan terhadap permasalahan tersebut. Selain itu, diagram ini cenderung menyertakan lebih banyak detail daripada yang sebenarnya diperlukan dalam penyelesaian sebagian besar masalah.

BAB III METODE PELAKSANAAN

3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR

Nama Instansi : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
 Alamat : Jl. Ahmad Yani 118, Ketintang, Kecamatan Gayungan,
 Kota Surabaya, Jawa Timur
 Kode Pos : 60231
 Telp : 0318280910
 Email : ppid@dinkes.jatimprov.go.id
 Website : <https://dinkes.jatimprov.go.id/>

3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Tabel 3.2 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Kegiatan	Oktober					November					Desember				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pengenalan lingkungan kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur															
Mempelajari dan mengidentifikasi program yang dilakukan di seksi P2PTM															
Pengumpulan data dan informasi mengenai program di seksi P2PTM & Keswa, Surveilans dan Imunisasi, dan P2PM															

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan :

1. Data Primer

Data primer didapatkan dari wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pengelola program HIV di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Profil Kesehatan Jawa Timur,

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Gambaran Lokasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu unsur yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur yang dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang bertanggung jawab kepada Gubernur Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bertempat di Jl. Ahmad Yani No. 118, Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur. Dinas Kesehatan Jawa Timur bersebelahan dengan Rumah Sakit Bhayangkara dan Polisi Daerah Provinsi Jawa Timur, dan Universitas Bhayangkara.

Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Dinas Kesehatan dibantu oleh beberapa bidang, salah satunya yaitu Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Bidang ini mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, koordinasi serta evaluasi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri dari tiga seksi yaitu :

- 1) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
- 2) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa
- 3) Sub Substansi Surveilans dan Imunisasi

4.1.2 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

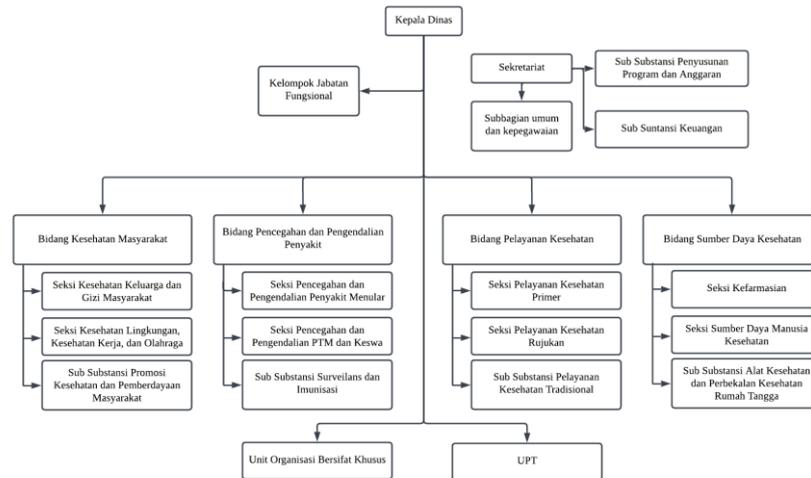
1. Visi

Terwujudnya masyarakat Jawa Timur yang adil, sejahtera, unggul, dan berakhlak dengan tata kelola pemerintahan yang partisipatoris inklusif melalui kerja bersama dan semangat gotong royong.

2. Misi

Terciptanya kesejahteraan yang berkeadilan sosial, pemenuhan kebutuhan dasar terutama kesehatan dan pendidikan, penyediaan lapangan kerja dengan memperhatikan kelompok rentan.

4.1.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.2 Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah

4.2.1 Manajemen Data Epidemiologi

Pada mata kuliah ini digunakan data skrining hipertensi pada kegiatan Pelayanan Terpadu (Pandu) PTM di Puskesmas Turen Kabupaten Malang periode bulan Oktober 2023. Dilakukan manajemen data dengan membuat formulir skrining kesehatan posbindu menggunakan aplikasi Epi Info 7 yang selanjutnya dilanjutkan *entry data* sekaligus analisis data. Dengan adanya manajemen data dalam tatalaksana kegiatan tersebut tentunya akan mempermudah dalam proses pencatatan dan pelaporan kasus, selain itu juga mempercepat intervensi sesuai hasil pemeriksaan.

Dari hasil analisis total 119 orang didapatkan bahwa mayoritas peserta pandu PTM berjenis kelamin perempuan sebanyak 78 orang (65,55%) dan pada rentang usia 26-35 tahun.

Berdasarkan faktor risiko hipertensi, didapatkan hasil bahwa mayoritas peserta tidak merokok/terpapar asap rokok sebanyak 108 orang (90,76%), memiliki aktivitas fisik yang cukup sebanyak 109 orang (91,6%), dari segi konsumsi juga tidak mengkonsumsi gula berlebih sebanyak 117 orang (98,32%), tidak konsumsi garam berlebih sebanyak 112 orang (94,12%), serta makan buah dan sayur cukup sebanyak 101 orang (84,87%).

Hasil pengukuran tekanan darah menunjukkan bahwa sebagian besar peserta mengalami pra-hipertensi yaitu sebanyak 59 orang (49,58%) dan hasil Indeks Massa Tubuh (IMT) normal yaitu sebanyak sebanyak 50 orang (42,03%). Jika dihubungkan antara variabel faktor risiko dengan kejadian hipertensi, didapatkan bahwa orang yang merokok/terpapar asap rokok memiliki risiko mengalami hipertensi 1,25 kali lebih besar dibandingkan orang yang tidak merokok/terpapar asap rokok. Kemudian orang yang obesitas memiliki risiko terkena hipertensi 6,48 kali lebih besar dibandingkan orang yang tidak obesitas.

4.2.2 Skrining

Pada mata kuliah ini kami melakukan kegiatan skrining hipertensi pada petugas Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang termasuk ke dalam *mass screening* karena dilakukan pada seluruh populasi tanpa ada seleksi pada populasi sasaran. Setelah dilakukan perhitungan besar minimal sampel didapatkan hasil sebanyak 81 orang. Skrining dilakukan dengan membandingkan antara *gold standar* yaitu alat tensimeter digital dengan alat skrining instrument kuesioner yang telah kami modifikasi dari penelitian terdahulu dan yang biasa digunakan oleh seksi PTM Dinas Kesehatan Provinsi Jatim.

Setelah dilakukan skrining pada periode 30 Oktober - 2 November 2023, kami menghitung prevalensi kejadian hipertensi dan validitas alat skrining. Didapatkan hasil bahwa dari total 83

orang, prevalensi kejadian hipertensi pada petugas Dinkes Jatim adalah sebesar 15,66% (13 orang). Ditemukan lebih tinggi pada kelompok jenis kelamin laki-laki sebesar 27% dan pada kelompok usia 56-65 tahun yaitu sebesar 54,54%. Jika dilihat berdasarkan faktor risiko hipertensi, didapatkan informasi bahwa kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada orang yang kurang melakukan aktivitas fisik, konsumsi garam berlebih, merokok/terpapar asap rokok, mempunyai riwayat hipertensi, kurang tidur, mengalami obesitas dan stress.

Sedangkan untuk validitas alat skrining didapatkan hasil bahwa alat skrining mempunyai sensitivitas yaitu kemampuan tes untuk menunjukkan individu yang mempunyai risiko hipertensi sebesar 69,23%. Memiliki spesifisitas yaitu menunjukkan individu yang tidak memiliki risiko hipertensi sebesar 97,14%. Lalu untuk *positive predictive value* (PPV) yaitu proporsi individu yang memiliki hasil tes positif dan benar-benar hipertensi sebesar 81,81%. Kemudian untuk *negative predictive value* (NPV) yaitu proporsi individu yang memiliki hasil tes negatif dan benar-benar tidak menderita hipertensi sebesar 94,44%.

4.2.3 Epidemiologi Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Pada mata kuliah ini kami mengevaluasi pelaksanaan program imunisasi dasar lengkap campak di Puskesmas Gayungan Kota Surabaya. Hasil evaluasi program imunisasi campak di Puskesmas Gayungan untuk program imunisasi campak dalam kategori Baik. Hasil supervisi suportif program vaksinasi Campak di Puskesmas Gayungan pada bagian input beberapa komponen, yaitu perlengkapan ruangan, peralatan, dan bahan - bahan tersedia telah memenuhi standar, namun terdapat keterbatasan pada fasilitas fisik yaitu ruangan yang tidak hanya digunakan untuk imunisasi dan terkait kebersihan. Sehingga untuk rencana tindak lanjut diperlukan ruangan khusus

untuk imunisasi dan menjadwalkan kegiatan pembersihan dan pemeliharaan ruangan secara rutin.

Hasil pemantauan berdasarkan proses, beberapa aspek seperti *cold chain*, vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, penyuluhan, manajemen, pengolahan PWS di Puskesmas, analisis dan tindak lanjut PWS, pemantauan program imunisasi, serta pencatatan dan pelaporan juga menunjukkan hasil yang baik. Namun belum ada kerjasama dengan minimal 3 kemitraan dan dukungan dana dari pihak luar. Sehingga untuk rencana tidak lanjut dapat melakukan kemitraan dan mengidentifikasi sumber dukungan eksternal yang mungkin tersedia, seperti lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, atau yayasan kesehatan yang memiliki minat dalam mendukung program imunisasi.

4.2.4 Pemetaan Risiko Dan Penyakit

Pada mata kuliah ini dilakukan pembuatan peta menggunakan aplikasi Quantum-GIS menggunakan data prevalensi kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan faktor risiko persentase desa yang melakukan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) berdasarkan data sekunder yaitu Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2019-2021. Sedangkan untuk pembuatan peta menggunakan Epi-Map menggunakan data kasus pneumonia balita dan faktor risiko balita dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Selain itu juga digunakan aplikasi GPS essentials untuk mencantumkan titik koordinat wilayah yang terdapat kasus.

4.3 Situasi HIV/AIDS di Indonesia

Secara nasional, epidemi HIV di Indonesia terus mengalami penurunan. Namun pada populasi kunci tertentu (LSL dan waria) terjadi peningkatan infeksi baru HIV. Sebagian besar kasus HIV ditemukan pada “non-populasi kunci”, yaitu kelompok yang berisiko terinfeksi HIV di luar populasi kunci, meliputi pasangan seksual pasif, pasangan seksual laki-laki biseksual, mantan pekerja seks, ibu hamil, pasien TBC, pasien IMS,

pasien Hepatitis, dan orang yang menunjukkan gejala penurunan kekebalan tubuh.

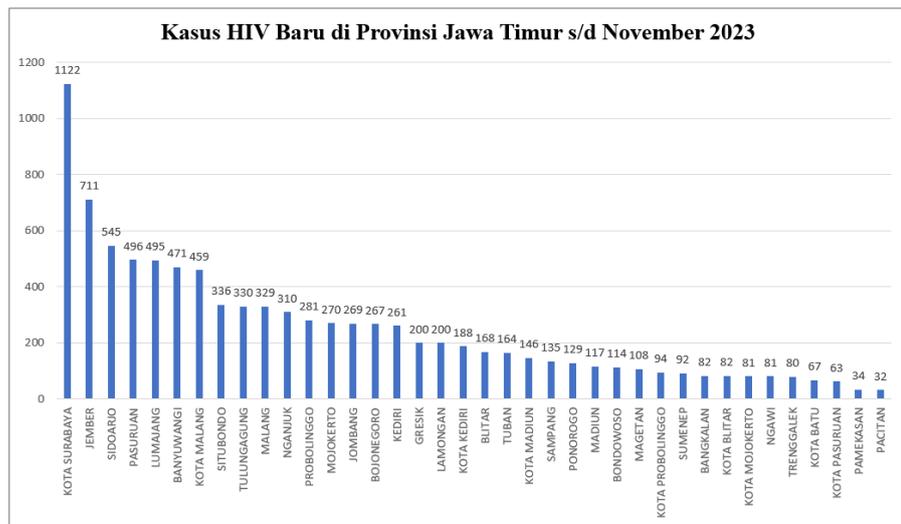
Strategi utama pencegahan dan pengendalian HIV adalah dengan mencapai Triple 95s atau 95-95-95 di tahun 2030, yaitu: 95% ODHIV mengetahui statusnya, 95% ODHIV ada dalam ART, dan 95% ODHIV dalam ART mengalami penekanan virus. Namun, Indonesia masih tertinggal untuk mencapai target tersebut. Sampai dengan Desember 2022, capaian 95 persen yang pertama masih di angka 81% dan hanya setengahnya (41%) yang telah mendapat pengobatan ARV; sedangkan hanya 19% ODHIV dalam pengobatan ARV yang virusnya tersupresi.

Sampai dengan September 2022, ODHIV yang bertahan dalam ARV hanya 51%; dari yang tidak mengalami pengobatan, 54% mangkir dan 6% menghentikan ARV, sedangkan 40% mengalami kematian. Dari capaian ini terlihat bahwa terjadi penurunan yang sangat besar dari target 95 pertama dan kedua yang memperlihatkan bahwa retensi pada perawatan HIV merupakan masalah yang serius dalam penanggulangan HIV di Indonesia.

Sejumlah data di atas menunjukkan bahwa penularan HIV tetap menjadi tantangan bagi upaya kesehatan masyarakat di Indonesia, populasi kunci masih merupakan populasi yang paling rentan dalam penularan HIV dan upaya pencegahan dan perawatan bagi populasi kunci masih perlu diperkuat dan diperluas. Upaya untuk merespon tantangan yang semakin sulit ini perlu disertai dengan berbagai inovasi yang merefleksikan pada enam pilar transformasi sistem kesehatan pada satu sisi dan penguatan sistem komunitas atau masyarakat (Kemenkes, 2022).

4.4 Kasus HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur

4.4.1 Penemuan Kasus HIV baru di Tingkat Kabupaten/Kota

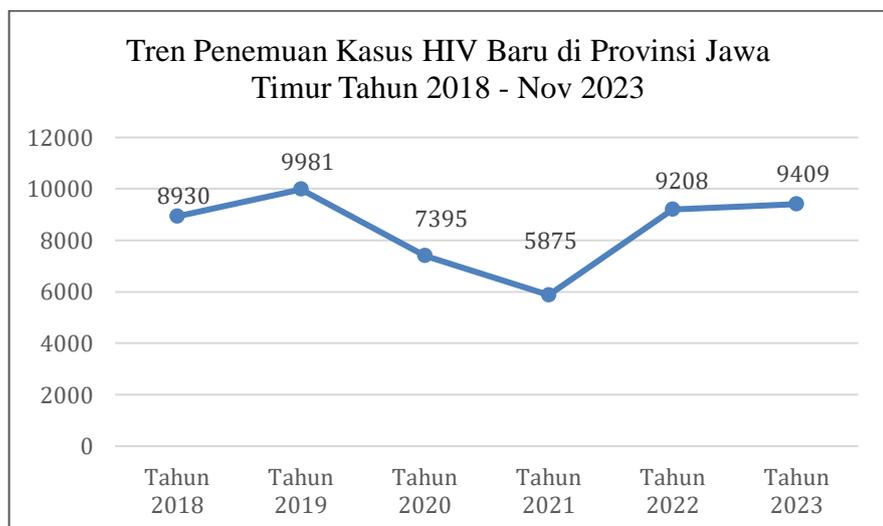


Gambar 4.2 Penemuan Kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan grafik di atas didapatkan informasi bahwa penemuan kasus HIV baru di Provinsi Jawa Timur sampai dengan November 2023 sebanyak 9409 kasus dengan kota tertinggi yaitu Kota Surabaya sebanyak 1.122 kasus.

4.4.2 Tren penemuan kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur



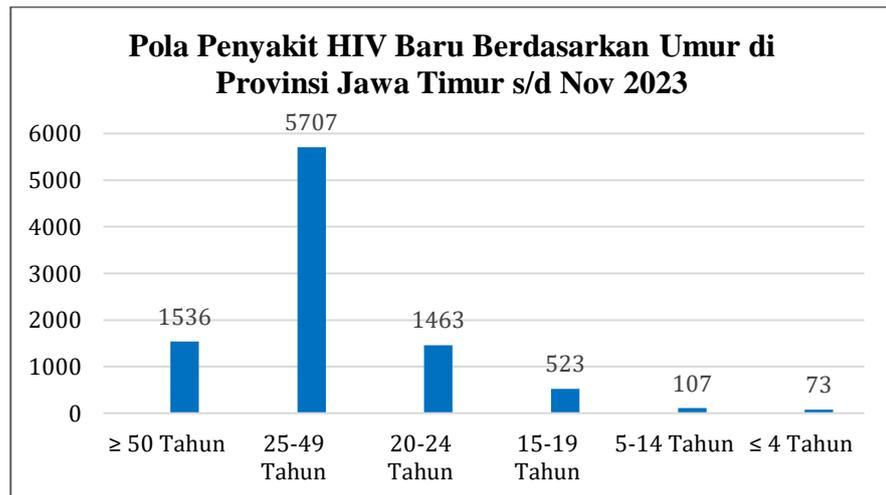
Gambar 4.3 Tren Penemuan Kasus HIV Baru di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Penderita HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur yang ditampilkan pada grafik diatas tersebar di 38 Kabupaten/Kota pada tahun 2018 hingga 2023 mengalami fluktuasi. Namun pada tahun 2022 terjadi peningkatan secara signifikan yaitu menjadi 9208 kasus dari tahun sebelumnya dan semakin meningkat pada tahun 2023 menjadi 9409 kasus.

4.5 Pola Penyakit HIV/AIDS di Jawa Timur Tahun 2023

4.5.1 Pola Penyakit Berdasarkan Kelompok Umur



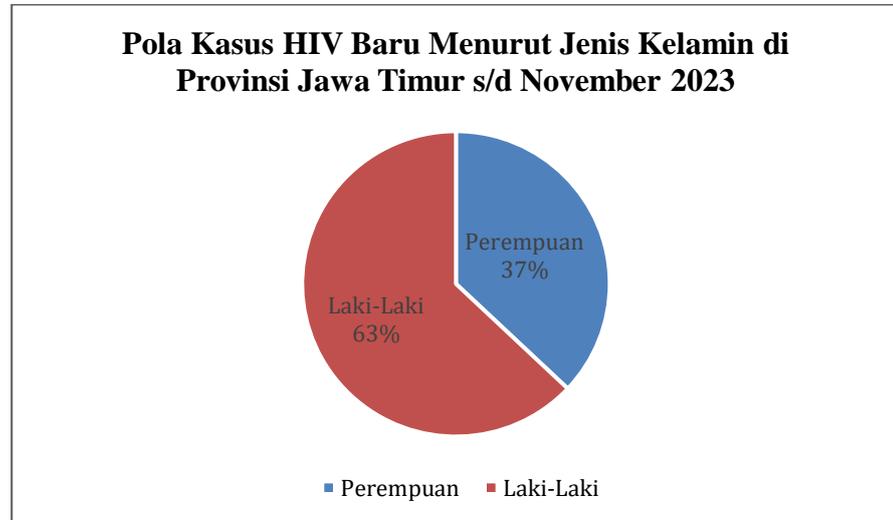
Gambar 4.4 Pola Kasus HIV Baru Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar 4.4 diketahui bahwa kasus HIV/AIDS menurut kelompok umur pada bulan januari hingga november 2023 tertinggi pada umur 25-49 tahun yaitu sebanyak 5707 kasus dan terendah pada umur < 4 tahun sebanyak 73 kasus. Penelitian yang dilakukan oleh (Rahmawati et al., 2023) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dengan kejadian HIV/ AIDS, disebabkan setiap golongan usia berisiko terkena HIV/AIDS dikarenakan penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang bisa ditularkan kepada setiap orang yang berisiko maupun orang yang tidak melakukan pencegahan dengan baik. Namun beberapa yang memiliki peluang lebih besar terkena HIV/AIDS adalah mereka yang

melakukan hubungan intim tanpa kondom, dan pengguna narkoba suntik.

4.5.2 Pola Penyakit Berdasarkan Jenis Kelamin

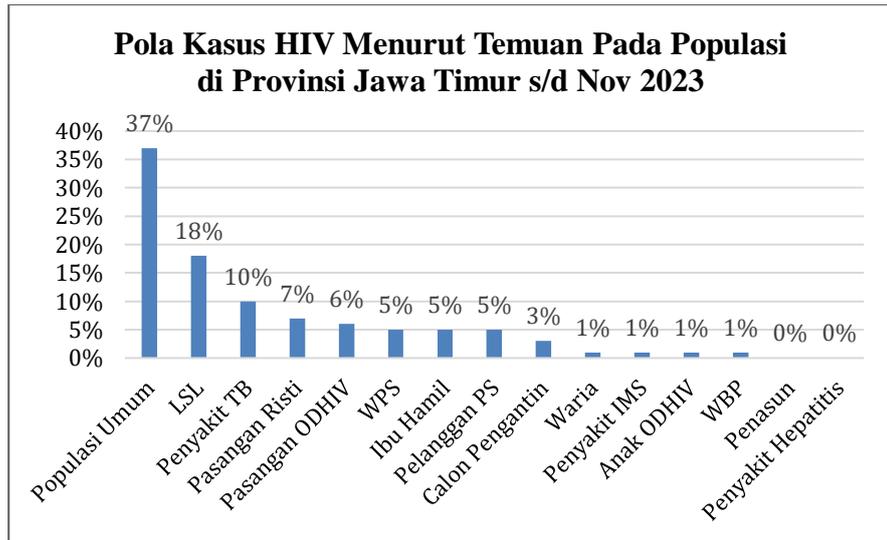


Gambar 4.5 Pola Kasus HIV Baru Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jawa Timur
Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar 4.5 diatas diketahui bahwa jumlah penemuan kasus HIV baru di Jawa Timur sampai dengan november 2023 sebesar 9.409 kasus, dengan proporsi laki-laki 63% (5.924 kasus) dan perempuan 37% (3.485 kasus).

Jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan cenderung lebih banyak terjadi di kalangan laki-laki dari pada perempuan. Menurut penelitian oleh Azizi (2022) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku beresiko HIV AIDS, hal ini dikarenakan pada kelompok laki-laki memiliki teman dan pergaulan yang sangat luas sehingga laki-laki dengan mudah dapat terjerumus ke dalam perilaku yang buruk. Menurut hasil penelitian oleh Pratiwi & Yasin, (2021) menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih rentan tertular infeksi virus HIV melalui 3 cara utama yakni drug, homoseksual dan heteroseksual, sedangkan wanita hanya terpapar dari heteroseksual yakni seks bebas atau tertular dari suaminya.

4.5.3 Pola Penyakit Berdasarkan Populasi

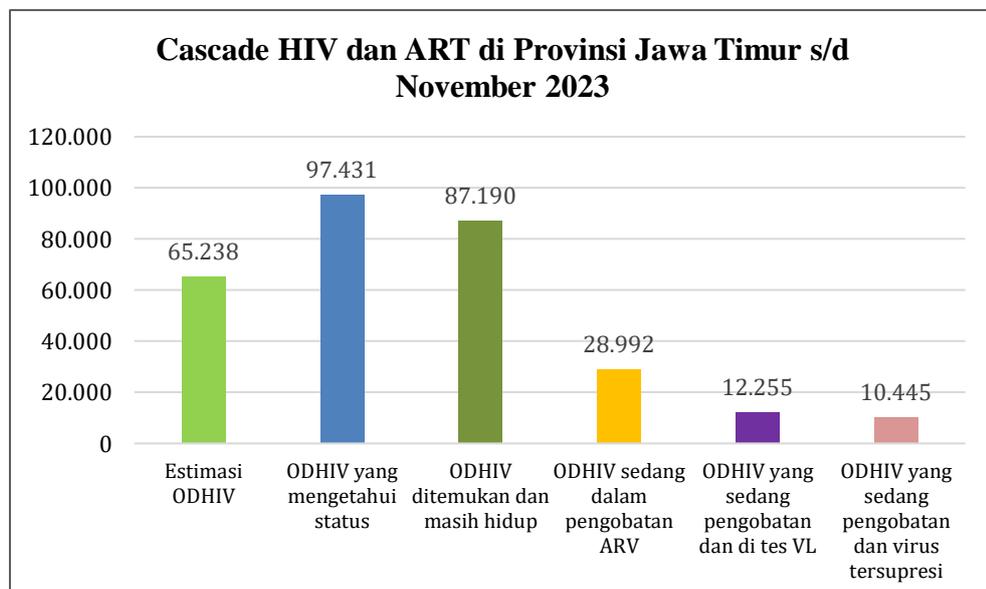


Gambar 4.6 Pola Kasus HIV Baru Menurut Temuan pada Populasi di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar 4.6 diatas diketahui bahwa dari bulan januari hingga bulan november 2023, temuan penderita HIV/AIDS tertinggi berasal dari populasi umum sebesar 37%. Tertinggi kedua merupakan Laki seks lelaki (LSL) sebesar 18%.

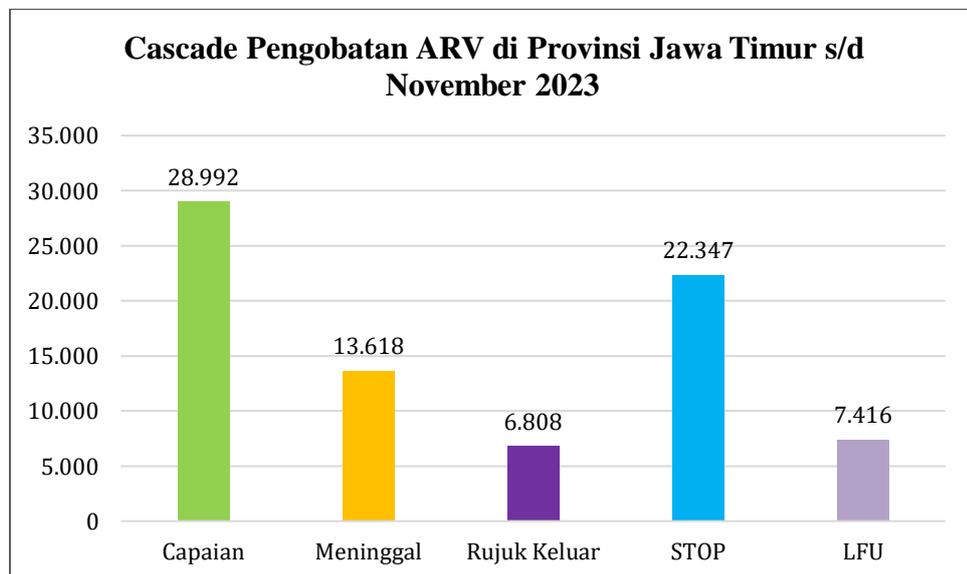
4.6 Cascade HIV dan ART di Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.7 Cascade HIV dan ART di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Strategi utama pencegahan dan pengendalian HIV adalah dengan mencapai Triple 95s atau 95-95-95 di tahun 2030, yaitu: 95% ODHIV mengetahui statusnya, 95% ODHIV ada dalam ART, dan 95% ODHIV dalam ART mengalami penekanan virus. Data cascade HIV dan ART di Provinsi Jawa timur dari Januari sampai dengan November 2023 menunjukkan dari estimasi ODHIV sebanyak 65.238 orang, ODHIV yang masih hidup sebanyak 87.190 orang, ODHIV yang telah diketahui statusnya sebanyak 97.431 orang (149,3%), ODHIV yang sedang melakukan pengobatan dan dites VL sebanyak 12.255 orang (12,6%), dan ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 28.992 orang (29,8%) dimana 10.445 orang virusnya tersupresi. Peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS berimplikasi pada peningkatan jumlah permintaan obat ARV.



Gambar 4.8 Cascade Pengobatan ARV di Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan grafik diatas capaian ODHIV yang sedang melakukan pengobatan ARV sebanyak 28.992 orang, ODHIV meninggal dunia sebanyak 13.618 orang, ODHIV yang rujuk keluar sebanyak 6.808 orang, ODHIV yang

berhenti melakukan pengobatan sebanyak 22.347 orang, dan *Loss to Follow Up* sebanyak 7.416 orang.

4.7 Program HIV/AIDS

Untuk mengukur keberhasilan Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS ditetapkan target mencapai Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS pada akhir tahun 2030 sesuai dengan Permenkes RI No. 23 Tahun 2022. Target Eliminasi untuk HIV didasarkan pada indikator sebagai berikut :

- 1) Jumlah infeksi HIV baru (insidens) menjadi 7 (tujuh) per 100.000 (seratus ribu) penduduk berusia 15 tahun ke atas yang tidak terinfeksi.
- 2) 95% (sembilan puluh lima persen) ODHIV ditemukan dari estimasi;
- 3) 95% (sembilan puluh lima persen) ODHIV mendapatkan pengobatan ARV;
- 4) 95% (sembilan puluh lima persen) yang masih mendapat pengobatan ARV virusnya tidak terdeteksi;
- 5) Menurunnya infeksi baru HIV pada bayi dan balita dari ibu kurang dari atau sama dengan 50 (lima puluh) per 100.000 (seratus ribu) kelahiran hidup.

Target Eliminasi untuk AIDS didasarkan pada indikator terwujudnya “Akhiri AIDS” yaitu :

- 1) Menurunkan infeksi baru HIV sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari tahun 2010
- 2) Menurunkan kematian akibat AIDS
- 3) Meniadakan stigma dan diskriminasi yang berkaitan dengan HIV

Menurut (Permenkes RI, 2022) penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS bertujuan untuk Menurunkan hingga meniadakan infeksi baru HIV dan IMS, Menurunkan hingga meniadakan kecacatan dan kematian yang disebabkan oleh keadaan yang berkaitan dengan AIDS dan IMS, Menghilangkan stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang yang terinfeksi HIV dan IMS, Meningkatkan derajat kesehatan orang yang terinfeksi HIV dan IMS, serta

Mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat HIV, AIDS, dan IMS pada individu, keluarga dan masyarakat.

4.8 Identifikasi Masalah dan Penentuan Prioritas Masalah

4.8.1 Identifikasi Masalah

Masalah yang ditemukan pada program pengendalian HIV/AIDS adalah sebagai berikut :

1. Populasi kunci dan populasi berisiko masih sedikit yang mengakses layanan *Viral Load*
2. Masih kuatnya stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHIV
3. Tingginya jumlah ODHIV yang *lost to follow up*
4. Cakupan ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV belum mencapai target 95%
5. Belum optimalnya koordinasi dan kemitraan dengan stakeholder serta keterlibatan masyarakat dalam pengendalian HIV
6. Masih adanya gap antara cakupan ODHIV yang mengetahui status dengan ODHIV yang mendapatkan pengobatan dan virusnya tersupresi.

Dari beberapa masalah tersebut ditentukan prioritas masalah dengan menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Masing-masing kriteria dinilai dengan skor 1 – 5. Prioritas untuk masalah utama adalah yang memperoleh skor tertinggi. Berikut hasil skoring dari 6 masalah dalam kegiatan P2PM HIV/AIDS :

Tabel 4.1 Skoring Prioritas Masalah Kegiatan P2PM HIV/AIDS

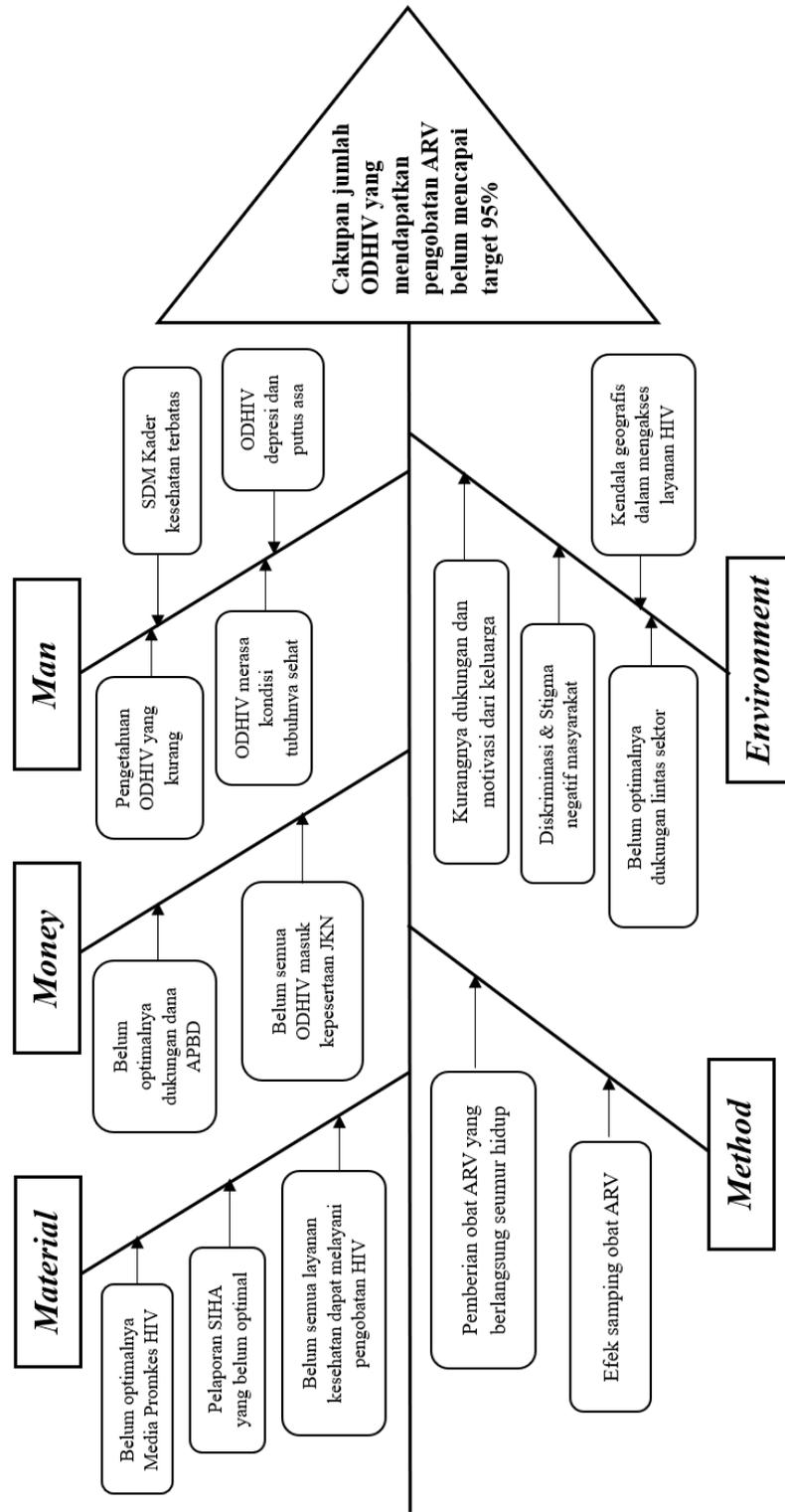
No.	Daftar Masalah	U	S	G	Total	Urutan
1.	Populasi kunci dan populasi berisiko masih sedikit yang mengakses layanan VL	8	8	8	24	VI
2.	Masih kuatnya stigma dan diskriminasi masyarakat terhadap ODHIV	8	8	10	26	IV

3.	Tingginya jumlah ODHIV yang <i>lost to follow up</i>	8	10	10	28	II
4	Cakupan ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV belum mencapai target 95%	10	10	10	30	I
5	Belum optimalnya koordinasi dan kemitraan dengan stakeholder serta keterlibatan masyarakat dalam pengendalian HIV	8	9	9	26	III
6	Masih adanya gap antara cakupan ODHIV yang mengetahui status dengan ODHIV yang mendapatkan pengobatan dan virusnya tersupresi	8	8	10	26	V

Dari hasil skoring identifikasi masalah menggunakan metode USG didapatkan hasil masalah yang menjadi prioritas adalah Cakupan ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV belum mencapai target 95%.

4.8.2 Identifikasi Akar Penyebab Masalah

Setelah melakukan identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalah dengan metode USG, selanjutnya dilakukan analisis penyebab masalah. Identifikasi penyebab masalah dilakukan dengan cara *indepth interview* kepada pemegang program surveilans HIV/AIDS. Metode yang digunakan untuk analisis penyebab masalah adalah diagram *fishbone* seperti gambar di bawah ini.



Gambar 4.9 Identifikasi Akar Penyebab Masalah Menggunakan *Fishbone*

Berdasarkan diagram tulang ikan diatas, dapat diketahui tentang akar penyebab masalah yang meliputi :

1. *Man*

a. Pengetahuan yang rendah terkait HIV

Hal ini menimbulkan kesadaran ODHIV yang rendah dalam mengikuti program terapi ARV dan kedisiplinan pemeriksaan. Apabila pengetahuan kesehatan tentang HIV/AIDS yang dimiliki seseorang benar maka seseorang tersebut akan cenderung bersikap mendukung kesehatan, begitu pula sebaliknya apabila pengetahuan kesehatan yang dimiliki seseorang itu salah maka seseorang tersebut akan cenderung bersikap tidak mendukung kesehatan (Nair et al., 2020).

b. ODHIV merasa kondisi kesehatannya baik

Hal ini membuat ODHIV mengabaikan terapi ARV yang harus dijalannya. Menurut penelitian oleh (Renju et al., 2017) bahwa pasien HIV tidak menjalani terapi ARV karena pasien merasa sehat dan tidak merasakan sakit dalam tubuhnya.

c. ODHIV Depresi dan putus asa

ODHIV cenderung memandang segala hal dari sisi negatif, merasa sulit bahagia, memiliki pemikiran bahwa dirinya tidak berharga dan tidak ada harapan untuk mejalani kehidupan selayaknya orang normal setelah terdiagnosis HIV/AIDS. Depresi memiliki hubungan signifikan terhadap kualitas hidup ODHIV (Khairunniza & Saputra, 2020).

d. SDM Kader Kesehatan Terbatas

Ketersediaan Pelayanan Kesehatan berupa penanganan dari tenaga kesehatan ahli dan fasilitas pendukung pelayanan kesehatan pada pasien HIV. Menurut hasil wawancara dengan pendamping ODHIV, didapatkan hasil bahwa jumlah petugas kesehatan spesialis untuk penyakit HIV masih minim sehingga

menjadi kendala bagi ODHIV yang ingin melakukan konsultasi secara langsung apabila ada masalah selama menjalani terapi ARV (Mukarromah & Azinar, 2021).

2. *Money*

a. Belum optimalnya dukungan dana APBD

Pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat penting untuk penyelenggaraan penanggulangan dalam mencapai tujuan penanggulangan HIV/AIDS.

b. Belum semua ODHIV masuk dalam kepesertaan JKN

ODHIV yang belum mengakses layanan JKN dengan alasan masih ada klinik yang memberikan layanan gratis, prosedur akses JKN yang ribet, atau ketidaktahuan cara akses layanan JKN. Kepesertaan JKN membawa konsekuensi terhadap tuntutan ketersediaan pelayanan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun tingkat lanjutan, sehingga terjadi keadilan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik antar wilayah, antar kelas sosial ekonomi, dan antara penduduk desa dan kota.

3. *Material*

a. Belum optimalnya media promosi kesehatan HIV

Promosi kesehatan dan edukasi tentang HIV AIDS merupakan langkah penting dalam menginformasikan masyarakat tentang virus ini, risiko penularan, dan langkah-langkah pencegahan yang dapat diambil. Promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat, serta mengubah perilaku yang berisiko menjadi perilaku yang aman dan sehat.

b. Pelaporan SIHA yang belum optimal

Hal ini salah satunya disebabkan petugas yang tidak sepenuhnya menguasai aplikasi SIHA sehingga berimplikasi pada keterlambatan dalam pengiriman pelaporan.

c. Belum semua layanan kesehatan dapat melayani pengobatan HIV

Salah satu penyebab yang menghambat upaya eliminasi HIV/AIDS di Indonesia terutama Jawa Timur yaitu Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu melakukan pengobatan ARV belum merata sehingga lebih banyak orang dengan HIV yang perlu mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat memberikan perawatan meskipun jauh dari tempat tinggalnya.

4. *Method*

a. Pemberian obat ARV berlangsung seumur hidup

Obat ARV tidak dapat menyembuhkan pasien HIV, namun dapat memperbaiki kualitas hidup dan memperpanjang usia harapan hidup pasien HIV/AIDS (Nursalam, 2018). Obat ARV terdiri dari gabungan/paduan beberapa jenis obat yang harus diminum seumur hidup, maka dengan itu diperlukan kepatuhan yang tinggi (>95%) dan setiap pasien harus minum obat sesuai dosis dan waktu yang ditentukan (Harison et al., 2020).

b. Efek samping obat.

ODHIV merasa bahwa obat ARV tidak menyembuhkan tapi memperparah penyakitnya karena efek samping yang timbul setelah minum obat ARV. Pada umumnya efek samping yang ditimbulkan obat ARV yaitu pusing seperti orang mabuk, mual, muntah, ruam atau gatal-gatal. (Nursalam, 2018).

5. *Environment*

- a. ODHIV kurang mendapatkan dukungan dan motivasi dari keluarga bahkan lingkungan sekitar

Hal ini dikarenakan tingginya stigma negatif yang terkait dengan penyakit HIV/AIDS sehingga anggota keluarga yang menderita penyakit ini seringkali dianggap telah memalukan keluarga sehingga seringkali dikucilkan atau ditelantarkan bahkan diisolasi dari lingkungan sosial. Kurangnya dukungan dari lingkungan baik dukungan material, informasional, emosional, sosial, atau spiritual akan membuat kualitas hidup ODHIV memburuk, maka penting bagi penderita HIV/AIDS untuk mendapatkan dukungan keluarga guna meningkatkan kualitas hidupnya (Mahdalena & Maharani, 2022).

Dukungan sosial ini dapat menghapus stigma yang banyak salah berkembang di masyarakat bahwa ODHIV harus dijauhi, melainkan penyakit dan penyebab HIV/AIDS yang harus dihindari. Peran aktif tenaga kesehatan dan stake holder terkait untuk terus memberikan pemahaman kepada masyarakat terkait HIV/AIDS sedikit banyak dapat menghapus stigma/pandangan jelek masyarakat terhadap ODHIV, sehingga dukungan sosial bagi ODHIV dapat lebih baik (Putra et al., 2023).

- b. Diskriminasi dan stigma negatif terhadap ODHIV

Beberapa tenaga kesehatan dan masyarakat terkadang bersikap diskriminasi terhadap ODHIV, hal ini disebabkan oleh perasaan takut tertular penyakit tersebut. Adanya diskriminasi antara ODHIV dengan masyarakat, sehingga mengakibatkan tekanan psikologis seperti takut, stres, marah dan kecewa. Tekanan psikologis seperti stres, mendorong ODHA dapat merubah karakteristik kepribadian mereka.

ODHIV juga tidak ingin mengungkapkan status HIV positifnya kepada orang lain karena takut pada stigma negatif yang akan diterima. Stigma memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup ODHA. Hal ini dikemukakan dalam penelitian Handayani dan Dewi (2017) dimana ODHA belum bisa menerima stigma yang diberikan oleh masyarakat sehingga berdampak lanjut berupa perilaku ODHIV yang enggan untuk mendapatkan layanan pengobatan HIV, layanan ARV, serta program pencegahan lainnya yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan setempat karena kekhawatiran akan stigma tersebut (Handayani & Dewi, 2017).

c. Belum optimalnya dukungan lintas sektor

Salah satu indikator keefektifan penanggulangan HIV/AIDS dapat diukur dari peran *stakeholders* yang terlibat dalam program penanggulangan HIV AIDS. Untuk tercapainya tujuan dan sasaran program, maka peran lintas sektor yang terlibat sebaiknya memperhatikan kekuasaan/wewenang, persamaan kepentingan maupun strategi dalam pelaksanaan program.

d. Kendala geografis dalam mengakses layanan HIV

Hambatan geografis dalam akses layanan kesehatan mempengaruhi ODHIV dalam mencari pengobatan. Hal tersebut semakin menekankan bahwa kemudahan akses merupakan prioritas dalam memberikan layanan kesehatan namun pada kenyataannya hal tersebut bukanlah hal yang mudah mengingat negara Indonesia merupakan negara kepulauan dengan keragaman kondisi geografis yang memberikan tantangan tersendiri (Cahaya et al., 2023).

4.8.3 Alternatif Solusi

Berdasarkan penyebab masalah yang telah dirumuskan di atas, maka berikut alternatif solusi yang dapat dilakukan:

1) *Konseling Testing dan Sukarela secara online*

Konseling bertujuan untuk membantu pencegahan, perawatan, dan pengobatan bagi penderita HIV/AIDS dapat melalui aplikasi atau platform *Whatsapp*. Dalam pelaksanaan konseling ini konselor akan memberikan informasi kepada klien seputar HIV/AIDS, dalam kegiatan ini berisi tanya jawab antara konselor dan klien, misalnya tentang riwayat pekerjaan, aktivitas seksual, dan penggunaan narkoba dengan jarum suntik termasuk transfusi darah. Setelah ada kesepakatan maka baru dilaksanakan tes HIV. Setelah dilaksanakan tes HIV akan dilaksanakan lagi konseling setelah tes.

Konseling dilakukan untuk memotivasi orang agar melakukan Pemeriksaan HIV dan/atau IMS sedini mungkin, melakukan pengobatan dengan patuh jika hasil tesnya positif, melakukan pencegahan penularan HIV dan IMS, dan tidak melakukan perilaku berisiko.

2) Pembentukan kader dari berbagai kalangan untuk mempermudah ODHIV mengetahui tempat pemeriksaan maupun pengambilan obat.

Pembentukan kader ini untuk melakukan *follow up* maupun memberikan informasi terkait pemeriksaan dan akses pengobatan untuk penderita HIV baru. Hal ini bertujuan untuk memantau pasien HIV serta mengingatkan agar pasien dapat menjalani pengobatan secara rutin sehingga tidak terjadi komplikasi maupun peningkatan kasus HIV.

3) Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV/AIDS.

Strategi ini sebagai salah satu upaya untuk mendukung indikator SPM yang ke-12 mengenai skrining HIV yang wajib dilakukan pada setiap kabupaten/kota dan meningkatkan cakupan pengobatan ARV bagi ODHIV (Kementerian Kesehatan RI,

2023). Kegiatan ini meliputi penambahan layanan pengobatan ARV, Peningkatkan akses populasi kunci dan khusus pada pelayanan kesehatan HIV AIDS dan IMS melalui penjangkauan oleh komunitas (seperti panti pijat, karaoke, dan bar), serta notifikasi pasangan risiko tinggi.

4) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi

Advokasi dan sosialisasi penanggulangan HIV/AIDS ini dilakukan kepada para pemangku kepentingan, lintas sektor terkait, dan masyarakat populasi kunci. Jika terdapat banyak penderita HIV yang ditemukan di wilayah tersebut, selanjutnya dilakukan penyuluhan tentang gejala, cara penularan maupun pencegahan penyakit HIV/AIDS. Kegiatan ini dapat berupa konsultasi diskusi grup kecil secara tatap muka maupun daring untuk memberikan tempat yang lebih dekat di masyarakat karena menyangkut masalah sensitif dan pemanfaatan media cetak, media elektronik yang memuat pesan pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS.

5) Mengupayakan penghapusan stigma dan diskriminasi.

Penghapusan stigma dan diskriminasi terkait HIV AIDS & PIMS ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat melalui kampanye terkait penghapusan stigma dan diskriminasi terkait HIV AIDS dan PIMS.

6) Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah

Pengembangan inovasi ini dapat dilakukan dalam upaya meningkatkan keberhasilan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS serta memberikan reward kepada layanan/kabupaten/kota/provinsi yang telah berhasil memberikan kontribusi terhadap keberhasilan program. Kegiatan ini meliputi mengintegrasikan semua sistem informasi tentang HIV AIDS & PIMS dengan SIHA.

7) Pendidikan dan pelatihan tentang SIHA kepada petugas

kesehatan.

Kebijakan dan intervensi akan semakin optimal jika dibarengi dengan ketersediaan data yang akurat dan kredibel. Semua data tentang HIV /AIDS dan IMS harus tercatat dan dilaporkan secara akurat dalam SIHA sehingga perlu dibarengi dengan pemberdayaan kapasitas petugas/layanan kesehatan khususnya yang berada pada level kabupaten / kota.

4.9 Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan MBKM di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur antara lain:

1. Kurangnya koordinasi sehingga sering terjadi *miss communication* di beberapa pihak.
2. Sistem pembelajaran dalam perkuliahan belum terencana dengan baik.
3. Kesulitan mahasiswa dalam manajemen waktu antara project mata kuliah, kegiatan magang, dan penyusunan proposal skripsi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Penemuan kasus HIV baru di Provinsi Jawa Timur sampai dengan November 2023 sebanyak 9409 kasus dengan kota tertinggi yaitu Kota Surabaya sebanyak 1.122 kasus.
2. Pada tahun 2022 terjadi peningkatan secara signifikan penemuan kasus HIV/AIDS di Jawa Timur yaitu menjadi 9208 kasus dari tahun sebelumnya dan semakin meningkat pada tahun 2023 menjadi 9409 kasus.
3. Kelompok umur tertinggi pada umur 25-49 tahun yaitu sebanyak 5707 kasus dan terendah pada umur < 4 tahun sebanyak 73 kasus.
4. Penemuan kasus berdasarkan jenis kelamin didapatkan proporsi laki-laki 63% (5.924 kasus) dan perempuan 37% (3.485 kasus).
5. Temuan penderita HIV/AIDS tertinggi berasal dari populasi umum sebesar 37%. Tertinggi kedua merupakan Laki seks lelaki (LSL) sebesar 18%.
6. Estimasi ODHIV di Provinsi Jawa Timur dari Januari sampai dengan November 2023 sebanyak 65.238 orang, ODHIV yang masih hidup sebanyak 87.190 orang, ODHIV yang telah diketahui statusnya sebanyak 97.431 orang (149,3%), ODHIV yang sedang melakukan pengobatan dan di tes VL sebanyak 12.255 orang (12,6%), dan ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 28.992 orang (29,8%) dimana 10.445 orang virusnya tersupresi.
7. Capaian ODHIV yang sedang melakukan pengobatan ARV sebanyak 28.992 kasus, ODHIV meninggal dunia sebanyak 13.618 orang, ODHIV yang rujuk keluar sebanyak 6.808 orang, ODHIV yang berhenti melakukan pengobatan sebanyak 22.347 orang, dan *Loss to Follow Up* sebanyak 7.416 orang.

8. Berdasarkan identifikasi masalah HIV di Provinsi Jawa Timur menggunakan metode USG, didapatkan prioritas masalah yaitu cakupan ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV belum mencapai target 95%.
9. Analisis akar penyebab masalah meliputi *Man* yaitu Pengetahuan ODHIV yang rendah terkait HIV, ODHIV merasa kondisi kesehatannya sehat, ODHIV Depresi dan putus asa, dan SDM Kader Kesehatan Terbatas. *Money* yaitu belum optimalnya dukungan dana APBD dan belum semua ODHIV masuk kepesertaan JKN. *Material* yaitu belum optimalnya media promosi kesehatan HIV, Pelaporan SIHA dan Belum semua layanan kesehatan dapat melayani pengobatan HIV. *Method* yaitu Pemberian obat ARV yang berlangsung seumur hidup dan Efek Samping Obat. *Environment* yaitu ODHIV kurang mendapatkan dukungan dan motivasi dari keluarga bahkan lingkungan sekitar, Diskriminasi dan stigma negatif terhadap ODHIV, Belum optimalnya dukungan lintas sektor, dan kendala geografis dalam mengakses layanan HIV.
10. Alternatif solusi yang dapat dilakukan yaitu dengan Konseling Testing dan Sukarela secara *online*, Pembentukan kader dari berbagai kalangan, Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV/AIDS, Melaksanakan advokasi dan sosialisasi, Mengupayakan penghapusan stigma dan diskriminasi, serta Pendidikan dan pelatihan tentang SIHA kepada petugas kesehatan.

5.2 Saran

Sesuai dengan hasil penentuan akar masalah, maka pemecahan masalah HIV/AIDS di Provinsi Jawa Timur adalah dengan peningkatan pemahaman tentang ARV dan HIV/AIDS, mengurangi Stigma Negatif dan koordinasi antar petugas kesehatan. Petugas kesehatan dapat membuat komitmen dengan ODHIV saat akan melakukan konseling ARV dengan membangun hubungan saling percaya antara pasien dengan petugas kesehatan. Apabila berhasil diterapkan maka akan tercapai Eliminasi HIV, AIDS, dan IMS Triple 95s atau 95-95-95.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahaya, R., Sulistiadi, W., Tu, N. F., & Haryo, P. (2023). Dampak Hambatan Geografis dan Strategi Akses Pelayanan Kesehatan : Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia*, 6(5).
<https://doi.org/10.31934/mppki.v2i3>
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Tahunan HIV AIDS 2022*.
- Handayani, F., & Dewi, F. S. T. (2017). Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Kota Kupang. *Journal of Community Medicine and Public Health*, 33(11).
- Harison, N., Waluyo, A., & Jumaiyah, W. (2020). Pemahaman Pengobatan Antiretroviral dan Kendala Kepatuhan Terhadap Terapi Aniretroviral pasien HIV/AIDS. *Journal Health of Studies*, 4(1), 87–95.
<https://doi.org/10.31101/jhes.1008>
- Harkomah, I., & Dasuki, D. (2020). Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Hidup Penderita HIV/AIDS di Yayasan Kanti Sehati Sejati Kota Jambi Tahun 2019. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 5(2), 271–283.
<https://doi.org/10.22216/jen.v5i2.4635>
- Irwan. (2017). *Kearifan Lokal dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Remaja*. Gorontalo: Ideas Publishing
- Khairunniza, K., & Saputra, N. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup ODHA Terpapar Program OBRASS di Yayasan Pelita Ilmu Tahun 2020. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 172–177.
<https://doi.org/10.33221/jikm.v9i03.626>
- Kusuma, H. (2016). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Media Medika Muda*, 1(2), 115–124.
- Kemendes. 2020. Infodatin HIV dan AIDS 2020. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Infodatin Situasi dan Analisis HIV AIDS. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Maartens, G., Celum, C., & Lewin, S. R. (2014). HIV infection: Epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *The Lancet*, 384(9939), 258–271.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60164-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60164-1)

- Mahdalena, & Maharani, V. A. (2022). Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Berobat Penderita HIV/AIDS. *Jurnal Citra Keperawatan*, 10(1).
- Mukarromah, S., & Azinar, M. (2021). Penghambat Kepatuhan Terapi Antiretroviral pada Orang dengan HIV/AIDS (Studi Kasus pada Odha Loss to Follow Up Therapy). *Indonesia Journal of Public Health and Nutrition*, 1(3), 396–406. <https://doi.org/10.15294/ijphn.v1i3.47892>
- Nair, M., Kumar, P., Mahajan, R., Harshana, A., Richardson, K., Moreto-Planas, L., & Burza, S. (2020). Lived experiences of palliative care among people living with HIV/AIDS: A qualitative study from Bihar, India. *BMJ Open*, 10(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036179>
- Nasronudin (2012) HIV/AIDS Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial. Surabaya : Airlangga University Press.
- Nursalam dkk. (2018). Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS. Jakarta: Salemba Medika.
- Permenkes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual*.
- Pratiwi, I. G. D., & Yasin, Z. (2021). Factors Affecting the Quality of People With HIV / AIDS (PLWHA) Undergoing ARV Therapy. *Media Keperawatan Indonesia*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.26714/mki.4.1.2021.9-15>
- Putra, A. S., Saepuddin, & Hanifah, S. (2023). Tingkat Pemahaman dan Faktor Kepatuhan Minum Obat ARV Pada Pasien HIV/AIDS. *Jurnal Ilmiah Farmasi*, 12(3), 290–298. <https://doi.org/10.30591/pjif.v12i3.5298>
- Rahmawati, D. T., Diniarti, F., & Syafrie, I. R. (2023). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Riwayat Infeksi Menular Seksual dengan Kejadian HIV/AIDS di Wilayah Kerja Puskesmas Penurunan Kota Bengkulu Tahun 2022. *Journal of Nursing and Public Health*, 11(1), 293–300.
- Renju, J., Moshabela, M., McLean, E., Ddaaki, W., Skovdal, M., Odongo, F., Bukenya, D., Wamoyi, J., Bonnington, O., Seeley, J., Zaba, B., & Wringe, A. (2017). “Side effects” are “central effects” that challenge retention in HIV treatment programmes in six sub-Saharan African countries: A multicountry qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052971>
- Sterling, TR., Chaisson, RE. (2010) ‘General Clinical Manifestation of HIV Infections (including retroviral syndrome and oral, cutaneous, renal, ocular, metabolic and cardiac disease)’, In : Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed, United States: Churchill

Sumampouw, Y. B., Rampengan, N. H. & Mantik, M. F. J. (2016). Profil Kejang Demam di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2014 – Juni 2016, *e-CliniC*, 4(2), pp. 109–114.

LAMPIRAN**Lampiran 1. Logbook MBKM by Design FKM UNAIR****LOGBOOK MBKM by Design FKM UNAIR**

Nama Mahasiswa : Eggy Prananda Putri
NIM : 102011133163
Lokasi : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
Dosen Pembimbing : Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D.
Pembimbing Lapangan : Hugeng Susanto, S.KM., M.Si.

No	Hari/Tanggal	Aktivitas	TTD Mahasiswa
1.	2 Okt 2023	Pengenalan alur kerja, struktur organisasi, Perkenalan dengan divisi P2PTM dan Keswa	
2.	3 Okt 2023	Pemberian materi mengenai indikator dalam divisi P2TM	
3.	4 Okt 2023	Pelaksanaan skrining PTM peringatan hari jadi Provinsi Jawa Timur	
4.	5 Okt 2023	Pembuatan grafik capaian hipertensi, hipertensi terkontrol, dan usia produktif di Provinsi Jawa Timur	
5.	6 Okt 2023	Pembuatan grafik capaian deteksi dini jantung dan stroke di Provinsi Jawa Timur	
6.	9 Okt 2023	Pembuatan PPT tatalaksana pengobatan hipertensi di puskesmas	
7.	10 Okt 2023	Pembuatan grafik capaian laporan surveilans PTM di Provinsi Jawa Timur	
8.	11 Okt 2023	Merekap data hipertensi, usia produktif, hipertensi terkontrol, stroke, dan jantung di Sistem Pelaporan Program P2PTM Keswa di Wilayah Provinsi Jawa Timur (SIPPTIMEWA)	
9.	12 Okt 2023	Input data skrining Penyakit Tidak Menular	
10.	13 Okt 2023	Rekap data SIPPTIMEWA terkait SPM, SURVEILANS, PJPD	
11.	16 Okt 2023	Rekap data SIPPTIMEWA terkait KANKER, DM, SKRINING PRIORITAS	
12.	17 Okt 2023	Rekap data SIPPTIMEWA terkait UBM, KTR, KESWA, NAPZA	

13.	18 Okt 2023	Rapat monitoring dan koordinasi capaian deteksi dini PTM & workshop deteksi dini dan penanganan kasus self harm	
14.	19 Okt 2023	Rekap biodata peserta rapat monitoring dan koordinasi capaian deteksi dini PTM	
15.	20 Okt 2023	Membuat poster tentang stres, membuat PPT SPM hipertensi	
16.	23 Okt 2023	Rekap data rumah sakit yang telah terakreditasi di Jawa Timur	
17.	24 Okt 2023	Rekap data diabetes melitus dan surveilans PTM di SIPPTIMEWA	
18.	25 Okt 2023	Rekap data hipertensi, jantung, stroke tahun 2021-2022 di SIRS	
19.	26 Okt 2023	Arsip data hipertensi, jantung, stroke tahun 2021-2022 di SIRS	
20.	27 Okt 2023	Mengikuti sosialisasi nasional skrining kanker paru	
21.	30 Okt 2023	Pengenalan dengan seksi surveilans dan imunisasi	
22.	31 Okt 2023	Mengikuti sosialisasi monkeypox	
23.	1 Nov 2023	Pembuatan peta pencapaian imunisasi dasar lengkap, PCV, DPT/HB/Hib dan campak rubella pada baduta, serta tt2 di Jawa Timur menggunakan QGIS	
24.	2 Nov 2023	Melakukan skrining hipertensi pada petugas Dinkes Prov Jatim	
25.	3 Nov 2023	Mengikuti kegiatan GERMAS di Sidoarjo	
26.	6 Nov 2023	Mengerjakan project PD3I	
27.	7 Nov 2023	Mengerjakan project Mandat	
28.	8 Nov 2023	Mengerjakan project skrining	
29.	9 Nov 2023	Mengikuti kegiatan sosialisasi MPOX	
30.	10 Nov 2023	Mengerjakan project pemetaan	
31.	13 Nov 2023	Pemberian materi PD3I oleh Dr. Evi	
32.	14 Nov 2023	Membuat peta kasus pertusis di jatim tahun 2023 menggunakan qgis	
33.	15 Nov 2023	Mengerjakan project PD3I	
34.	16 Nov 2023	Mengerjakan Laporan magang	
35.	17 Nov 2023	Merekap kasus AFP tahun 2023	
36.	20 Nov 2023	Mengerjakan Laporan Pemetaan	

37.	21 Nov 2023	Membuat peta kasus pertusis di jatim tahun 2023 menggunakan Q-gis	
38.	22 Nov 2023	Merekap kasus AFP tahun 2023	
39.	23 Nov 2023	Merekap kasus AFP tahun 2023	
40.	24 Nov 2023	Mengerjakan studi kasus KLB suspek campak, ISPA, DM, Diare, Gastritis, dan HT	
41.	27 Nov 2023	Perkenalan di seksi penyakit menular	
42.	28 Nov 2023	Pemberian materi PD3I	
43.	29 Nov 2023	Mengerjakan laporan magang	
44.	30 Nov 2023	Pemberian materi DBD oleh Ibu Avie SHR, S.KM., M.Kes.	
45.	1 Des 2023	Pemberian materi Kusta oleh Ibu Yuniarti, S.KM., M.Kes.	
46.	4 Des 2023	Mengerjakan tugas Pemetaan	
47.	5 Des 2023	Mengerjakan tugas Pemetaan	
48.	6 Des 2023	Mengerjakan laporan magang	
49.	7 Des 2023	Materi SKDR oleh Bapak Saikhu	
50.	8 Des 2023	Materi ISPA oleh Ibu Eka Putri L, S.KM., M.Epid.	
51.	11 Des 2023	Materi Hepatitis oleh Bu Nurmah I, S.KM., M.Kes.	
52.	12 Des 2023	Mengerjakan laporan project pemetaan	
53.	13 Des 2023	Pengurusan surat perizinan project PD3I	
54.	14 Des 2023	Pemberian surat project PD3I ke Puskesmas Gayungan	
55.	15 Des 2023	Pemberian materi zoonosis, vektor, dan kecacingan & filariasis oleh Mbak Syarifah N, S.KM.	
56.	17 Des 2023	Pemberian materi HIV oleh Pak Arif W, S.KM.	
57.	19 Des 2023	Pemberian materi zoonosis Mbak Desya WDP, A.Md.	
58.	20 Des 2023	Konsultasi laporang magang	
59.	21 Des 2023	konsultasi laporan magang	
60.	22 Des 2023	Mengikuti kegiatan DWP ke 24 dan Hari Ibu ke 95 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	
61.	27 Des 2023	Seminar hasil magang	
62.	28 Des 2023	Revisi laporan magang	
63.	29 Des 2023	Perpisahan dan pemberian plakat	

**TTD Pembimbing Lapangan
Dinas Kesehatan Prov. Jatim**



Hugeng Susanto S.KM., M.Si
NIP. 196905271992031009

**TTD Dosen Pembimbing
Divisi Epidemiologi FKM UNAIR**



Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D.,
NIP. 198601082018032001

Lampiran 2. Sertifikat MBKM



Lampiran 2. Dokumentasi Magang

