

Manifestasi Kelainan Kulit pada Pasien HIV & AIDS

(*Manifestation of Skin Disorders in HIV & AIDS Patients*)

Indah Sari Listiana Dewi, Afif Nurul Hidayati

Departemen/Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: *Human immunodeficiency virus* (HIV) menyebabkan defisiensi imunitas selular yang ditandai dengan berkurangnya limfosit T *helper* (sel T CD4⁺). Sebagian besar infeksi dan proses neoplastik kulit pada pasien HIV difasilitasi oleh berkurangnya sel T CD4⁺ pada sistem imun. Kelainan kulit merupakan kelainan yang sering didapatkan pada pasien HIV/AIDS, sehingga diperlukan pemahaman dan evaluasi untuk manajemen lebih baik. **Metode:** Studi deskriptif retrospektif dari data rekam medik pasien HIV & AIDS dewasa yang mengalami kelainan kulit di di Rawat Inap Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013. Dicatat jenis kelainan kulit, umur, pemeriksaan penunjang, faktor transmisi, jumlah sel T CD4⁺, dan terapi. **Hasil:** Jumlah pasien dewasa HIV & AIDS yang berumur 15-65 tahun pada tahun 2013 sebanyak 649 pasien, 301 pasien (46,3%) mengalami kelainan kulit. Pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit tersering pada kelompok umur 25-44 tahun (70,8%). Jenis kelainan kulit terbanyak adalah kandidiasis oral (81,1%). Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk penegakan diagnosis pada 52,8% pasien. Sebagian besar diketahui faktor transmisinya (66,1%). Pemeriksaan hitung sel T CD4⁺ tercatat hanya 17,3% pada rekam medis pasien, sebanyak 12,2% memiliki nilai CD4 1-100 sel/mm³. Pasien yang mendapat terapi *antiretroviral* (ARV) sebesar 31,6%. **Simpulan:** Kelainan kulit merupakan manifestasi pada sebagian besar pasien HIV & AIDS dan ditentukan oleh jumlah CD4. Kandidiasis oral merupakan kelainan kulit yang paling sering ditemukan.

Kata kunci: HIV-AIDS, sel T CD4⁺, kelainan kulit, kandidiasis oral, studi retrospektif.

ABSTRACT

Background: *Human immunodeficiency virus* (HIV) can cause deficiency of cellular immunity resulting in decreased lymphocyte T helper (CD4⁺T cell). Most common infections and neoplastic process of skin in HIV patients were facilitated by loss of CD4 in immune system. Skin disorders are often found in patients with HIV/AIDS, so that the necessary understanding and evaluation are needed for better management. **Methods:** Descriptive retrospective study using medical records of patients diagnosed with HIV & AIDS related skin disorders in Intermediate Unit Care of Infection Disease Ward, Dr. Soetomo General Hospital, Surabaya in 2013. The type of skin disorder, aged, supporting examination, transmission factors, CD4 counts, and therapy were recorded. **Results:** HIV & AIDS patients in 2013 were about 649 patients, 301 patients (46.3%) among of them suffered from skin disorders. Most of them were in 25-44 years of age (70.8%). The most common skin disorders were oral candidiasis (81.1%). Examinations were performed (52.8%) to confirm the diagnose. Most of transmission factors were well-known (66.1%). CD4 count cell were clearly noted only 17.3% in medical record, and 12.2% in CD4 1-100 sel/mm³. There were 31.6% of patients received ARV. **Conclusions:** Skin disorders are most common disorders in HIV & AIDS patients and are determined by CD4 count. Oral candidiasis is most common skin and mucococ disorder in HIV & AIDS patient.

Key words: HIV-AIDS, skin disorders, CD4⁺ T cells, oral candidiasis, retrospective study.

Alamat korespondensi: Indah Sari Listiana Dewi, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: (+6231) 5501609, e-mail: indahsharie@gmail.com

PENDAHULUAN

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) adalah sindrom yang timbul akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh yang didapat, disebabkan oleh infeksi *Human immunodeficiency virus* (HIV).^{1,2} Virus ini menyerang dan merusak sel-sel limfosit T CD4⁺ dan

beberapa sel imun lain yang mempunyai reseptor CD4 sehingga kekebalan pasien rusak dan rentan terhadap berbagai infeksi dan keganasan oportunistik.¹ Akhir tahun 2011 terdapat 34 juta orang di dunia terinfeksi HIV.³ Di Indonesia, berdasarkan laporan dari Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehat

Lingkungan (Ditjen PP & PL) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sampai dengan Maret 2014, prevalensi kasus AIDS secara nasional sebesar 22,82 per 100.000 penduduk.⁴ Tingginya kasus infeksi HIV/AIDS di dunia tidak lepas dari tingkat penularan yaitu transmisi melalui kontak seksual, transmisi melalui darah dan produk darah, transmisi secara vertikal dari ibu ke bayi/anak, transmisi melalui cairan tubuh, transmisi melalui petugas kesehatan, dan transmisi melalui narkoba/IDUs (*Intravenous Drug Users*).⁵

Sasaran utama virus HIV adalah subset limfosit yang berasal dari timus, yaitu sel *Thelper*. HIV menyebabkan defisiensi imunitas selular yang ditandai dengan berkurangnya limfosit *Thelper* (sel CD4⁺). Sebagian besar infeksi dan proses neoplastik kulit pada pasien HIV difasilitasi oleh berkurangnya sel CD4⁺ pada sistem imun. Sel CD4⁺ juga terdapat di jaringan kulit seperti sel Langerhans. Sel Langerhans epidermal dapat terinfeksi oleh HIV, penurunan fungsi ini bertanggung jawab pada beberapa manifestasi kelainan kulit pada pasien HIV/AIDS.⁶ Penyebab manifestasi kelainan kulit tersebut karena infeksi berbagai jenis mikroorganisme seperti infeksi bakteri, virus, jamur, atau timbulnya keganasan.⁷ Tahun 2007 di India dari 181 pasien HIV & AIDS, ditemukan jenis penyakit kulit sebanyak 45,3%.⁸ Di Tehran-Iran pada tahun 2012, 32,6% terdapat penyakit kulit.⁹ Penyakit kulit tersebut meliputi infeksi oportunistik, neoplasma oportunistik, erupsi obat (*adverse drug reactions*), dermatosis, xerosis (kulit kering), dan kelainan pada orofaring.

Penelitian retrospektif ini dilakukan untuk mengevaluasi kelainan dan penyakit kulit yang terjadi pada pasien HIV & AIDS, sehingga diharapkan dapat mengevaluasi penatalaksanaan kelainan kulit yang sering terjadi pada pasien HIV & AIDS. Manfaat

penelitian retrospektif ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas penatalaksanaan pasien HIV & AIDS.

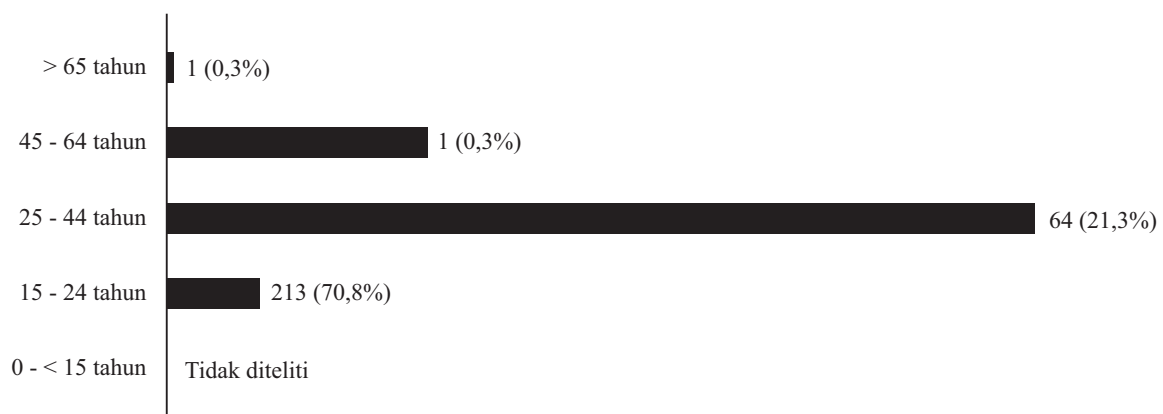
METODE

Penelitian dilakukan secara deskriptif retrospektif terhadap rekam medik pasien HIV & AIDS yang didiagnosis mengalami penyakit kulit di Rawat Inap Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013. Catatan medik meliputi data dasar (jumlah pasien, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pekerjaan pasien), penegakan diagnosis penyakit kulit, faktor transmisi infeksi HIV, dan penatalaksanaan penyakit kulit.

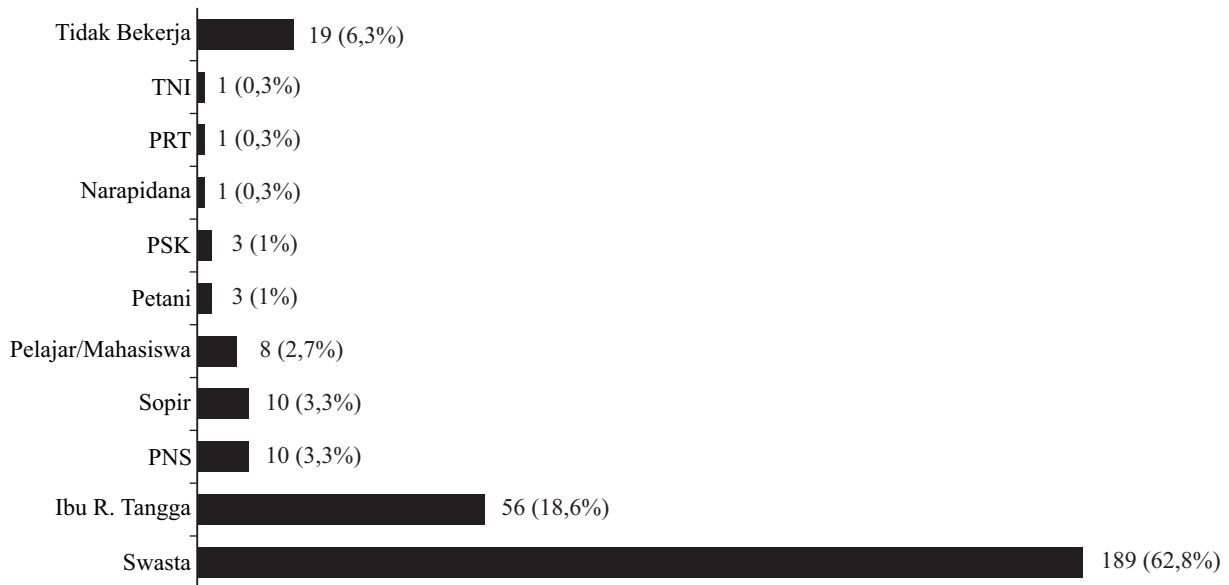
HASIL

Pasien yang dievaluasi di Ruang Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo hanya pasien dewasa (≥ 15 tahun) sedangkan pasien HIV dan AIDS < 15 tahun dirawat di Ruang Rawat Inap Bona RSUD Dr. Soetomo sehingga tidak dievaluasi dalam penelitian retrospektif ini. Jumlah seluruh pasien HIV & AIDS di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2013 sebanyak 649 pasien. Dari seluruh pasien tersebut, jumlah pasien yang mengalami kelainan kulit sebanyak 301 pasien (46,3%).

Pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit terbanyak adalah kelompok umur 25-44 tahun yaitu sebanyak 213 pasien (70,8%) pasien (Gambar 1). Sebanyak 205 pasien (68,1%) didominasi oleh laki-laki. Tempat tinggal pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit terbanyak berasal dari wilayah Surabaya sebanyak 209 (69,4%) pasien. Distribusi pekerjaan sebagian besar pekerja swasta sebanyak 189 (62,8%) pasien (Gambar 2).



Gambar 1. Distribusi frekuensi kelompok umur pasien dewasa HIV & AIDS yang menderita kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013.



Gambar 2. Distribusi frekuensi pekerjaan pasien HIV & AIDS yang menderita kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013.

Tabel 1 menunjukkan distribusi jenis kelainan kulit pasien HIV & AIDS di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013, didapatkan jenis kelainan kulit terbanyak adalah kandidiasis oral sebanyak 244 kasus (81,1%). Pemeriksaan penunjang terhadap 301 pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit, sebanyak 159 pasien (52,8%) dilakukan pemeriksaan penunjang, yaitu KOH sebanyak 157 pasien (52,1%), *Tzank smear* 4 pasien (1,3%), kultur dan Gram 1 pasien (0,3%), sedangkan 142 pasien (47,2%) tidak dilakukan pemeriksaan penunjang (Tabel 2).

Tabel 1. Distribusi frekuensi jenis kelainan kulit pasien HIV & AIDS di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013

Kelainan kulit	Jumlah	(%) n=301
Kandidiasis oral	244	81,1
<i>Papular pruritus eruption</i>	49	16,2
Kandidiasis orofaring	42	13,9
Xerosis cutis	16	5,3
Dermatitis seboroik	8	2,7
<i>Oral hairy leukoplakia</i>	8	2,7
Herpes zoster	8	2,7
<i>Steven Johnson syndrome</i>	4	1,3
Dermatitis	3	1,0
<i>Drug eruption</i>	2	0,6
Kheilitis	2	0,6
Stomatitis	2	0,6
Tinea Korporis	2	0,6
Dermatitis kontak alergi	1	0,3
Dermatitis solaris	1	0,3
Erisipelas	1	0,3
Prurigo	1	0,3
Varisela	1	0,3
<i>Eritema Exudaticum Multiforme</i>	1	0,3
Perleche	1	0,3

Tabel 2. Distribusi pemeriksaan penunjang pasien HIV & AIDS yang menderita kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013

Pemeriksaan penunjang	Jumlah	(%)
Dilakukan	159	52,8
KOH	157	52,1
<i>Tzank's smear</i>	4	1,3
Kultur, Gram	1	0,3
Tidak dilakukan	142	47,2
Jumlah	301	100

Tabel 3. Distribusi jenis transmisi pasien HIV & AIDS yang menderita kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013

Faktor transmisi	Jumlah	(%)
Faktor transmisi	199	66,1
<i>Free sex</i>	99	32,8
Suami HIV	51	16,9
Narkoba	28	9,3
<i>Tatto</i>	18	5,9
IDU	10	3,3
Istri HIV	8	2,6
Alkohol	4	1,3
Homoseksual	3	0,9
Keluarga HIV	1	0,3
Belum jelas	102	33,9
Jumlah	301	100

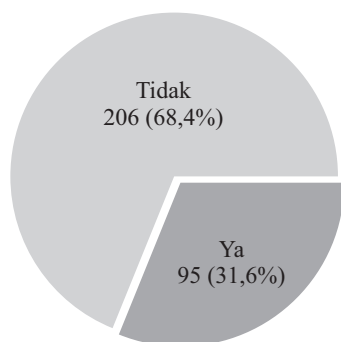
Keterangan: IDU=*intrauterine device user*

Distribusi faktor transmisi seperti ditunjukkan pada Tabel 3, diketahui faktor transmisinya yaitu sebanyak 199 pasien (66,1%) sedangkan sisanya

sebanyak 102 pasien (33,9%) tidak diketahui faktor transmisinya. Didapatkan jenis transmisi terbanyak adalah *freesex* sebanyak 99 (32,8%). Tentang pemeriksaan hitung sel CD4⁺ pada pasien HIV & AIDS, Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 301 pasien sebanyak 52 pasien (17,3%) dilakukan pemeriksaan sel CD4⁺ sedangkan 249 pasien (82,7%) tanpa keterangan hasil pemeriksaan sel CD4⁺. Hitungsel CD4⁺ terbanyak antara yaitu 1-100 sel/mm³ sebanyak 37 pasien (12,2%).

Tabel 4. Distribusi hitungsel CD4⁺ pada pasien HIV & AIDS yang menderita kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013

Hasil pemeriksaan CD4 ⁺ (sel/mm ³)	Jumlah	(%)
Dilakukan	52	17,3
CD4 ⁺ 1 - 100	37	12,2
CD4 ⁺ 101 - 200	10	3,3
CD4 ⁺ ≥ 201	5	1,6
CD4 ⁺ > 350	0	0
Tanpa keterangan CD4 ⁺	249	82,7
Jumlah	301	100



Gambar 3. Distribusi frekuensi pemberian ARV pada pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013.

Gambar 3 menunjukkan pemberian *antiretroviral* (ARV) dari 301 pasien, sebanyak 206 pasien (68,4%) belum mendapat terapi ARV atau dalam keadaan putus terapi. Mengenai terapi penyakit kulit pada pasien HIV & AIDS, dari 301 pasien masing-masing pasien bisa mendapatkan lebih dari satu terapi. Sebanyak 167 pasien kandidiasis oral (55,5%), 159 pasien diberikan terapi nystatin, 4 pasien diberikan terapi flukonazole oral, dan 4 pasien diberikan terapi flukonazole drip (Tabel 6).

PEMBAHASAN

Jumlah seluruh pasien dewasa (≥ 15 tahun) yang menjalani rawat inap di UPIPI RSUD Dr. Soetomo

Surabaya pada tahun 2013 adalah sebesar 649 pasien. Dari seluruh pasien HIV & AIDS tersebut, 301 (46,3%) menderita kelainan kulit. Penelitian Harish dan kawan-kawandi India pada tahun 2006–2007 menunjukkan dari 181 pasien HIV & AIDS ditemukan jenis kelainan kulit sebanyak 45,3%.⁸ Begitu pula penelitian Maryam Foroughi dan kawan-kawan di Tehran-Iran tahun 2012 menunjukkan sebanyak 32,6% pasien terdapat kelainan kulit.⁹

Pasien HIV & AIDS yang mendapat penyakit kulit terbanyak pada tahun 2013 adalah kelompok umur 25-44 tahun sejumlah 213 pasien (70,8%). Hal itu disebabkan karena rentang umur 25-44 tahun memiliki aktifitas seksual yang tinggi. Jenis kelamin pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit terbanyak adalah berjenis kelamin laki-laki (68,1%). Maryam Foroughi dan kawan-kawan dalam penelitian retrospektif di Tehran-Iran tahun 2012 mendapatkan 80,1% pasien HIV & AIDS yang mengalami penyakit kulit adalah laki-laki.⁹ Penelitian Shivani Sharma dan kawan-kawan tahun 2014 di Guru Nanak Dev Hospital India menyebutkan 75,6% berjenis kelamin laki-laki.¹⁰ Begitu pula penelitian Yogesh Patel dan kawan-kawan tahun 2005 sebanyak 76% adalah laki-laki.¹¹ Hal itu kemungkinan karena laki-laki memiliki aktifitas di luar rumah yang lebih besar sehingga kemungkinan potensi untuk terinfeksi HIV & AIDS semakin besar. Sebagai contoh, berpindah-pindah kerja dari satu kota ke kota lain mengakibatkan pisah dengan keluarga dan situasi itu menyebabkan mereka berkunjung ke daerah prostitusi.¹¹

Tempat tinggal pasien HIV & AIDS, terbanyak berasal dari wilayah Surabaya 209 pasien (69,4%) dan sebanyak 92 pasien (30,6%) bertempat tinggal di luar Surabaya. Hal itu kemungkinan disebabkan pasien lebih mengutamakan faktor jarak sehingga mencari pertolongan ke Rumah Sakit terdekat maka dari itu sebagian besar pasien berasal dari dalam kota. Distribusi pekerjaan pasien HIV & AIDS sebagian besar adalah pegawai swasta 189 pasien (62,8%).

Penyakit kulit pada pasien HIV & AIDS terbanyak didapatkan adalah kandidiasis oral sebanyak 244 kasus (81,1%). Terbanyak kedua adalah *pruritic papular eruption* (PPE) sebesar 49 kasus (16,2%), diikuti dengan kandidiasis orofaring sebesar 42 kasus (13,9%). Hal itu sesuai dengan penelitian Stephen Agbomhekhe dan kawan-kawan tahun 2014 di Nigeria, terdapat kelainan kulit terbanyak adalah kandidiasis oral sebesar 66,3%.¹² Begitu pula dengan Shashi Chopra dan kawan-

Tabel 6. Distribusi terapi penyakit kulit pada pasien HIV & AIDS yang mengalami penyakit kulit di Rawat Inap RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2013.

Kelainan Kulit	Fluco nazole	Fluconazole drip	Nystatin	Griseofulvin	Hc 2,5%	Dexametason	Acyclo vir	Desoksimesason	Loratadin	Cetirizin	Urea 10%	Kenalog	Gentamisin	Cetotaxim	Ketokonazol 2%	Diphenhidramin	Cetriaзон	Na Fusidat	JUMLAH PENDERITA
Kandidiasis oris	4 (2,4)	4 (2,4)	159(95,2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	167
Kandidiasis oris, PPE	0	0	33 (100)	0	0	0	0	1 (3,0)	2 (6,1)	2 (6,1)	8 (24,2)	0	0	0	0	0	0	0	33
Kandidiasis oris, xerosis kutis	0	0	10 (100)	0	0	0	0	0	0	0	10 (100)	0	0	0	0	0	0	0	10
Kandidiasis oris, dermatitis seboroik	0	0	6 (100)	0	3 (50,0)	0	2 (33,3)	0	0	0	0	0	0	0	1 (16,7)	0	0	0	6
Kandidiasis oris, OHL	0	0	5 (100)	0	0	0	5 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Kandidiasis oris, herpes zoster	0	0	5 (100)	0	0	0	5 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (50,0)	0	0	4
Kandidiasis oris, drug eruption	0	0	2 (100)	0	0	0	0	0	0	1 (50,0)	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Kandidiasis oris, PPE, OHL	0	0	2 (100)	0	1 (50,0)	0	2 (100)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Kandidiasis oris, cheilitis	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, dermatitis	0	0	1 (100)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, dermatitis kontak alergi	0	0	1 (100)	0	1 (100)	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, dermatitis solaris	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, erisipelas	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, herpes zoster, dermatitis	0	0	1 (100)	0	1 (100)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, PPE, kheilitis	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, PPE, xerosis kutis	0	0	1 (100)	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, prurigo van hebra	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, SJS	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, stomatitis	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, T. Corporis	0	0	1 (100)	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, varisela	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kandidiasis oris, xerosis Kutis, Herpes zoster	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1 (100)	0	0	0	0	0	0	0	1
Jumlah	5(2,0)	4(1,6)	235(96,3)	1(0,4)	28(11,5)	1(0,4)	15(1)	4(1,6)	3(1,2)	5(2,0)	23(9,4)	3(1,2)	0	0	1(0,4)	1(0,4)	1(0,4)	0	244

Keterangan: EEM= erythema multiforme; OHL= oral hairy leucoplakia; PPE= papular pruritic eruption; SJS= Steven Johnson's syndrome

kawan tahun 2008 di India 32,22% adalah kandidiasis oral.¹³ Neha Sigh dan kawan-kawan di India juga menyebutkan, PPE merupakan kelainan kulit yang terbanyak didapatkan 25,6%, dan terdapat 24% pasien yang memiliki lebih dari satu penyakit kulit.¹⁴ Kandidiasis oral merupakan kelainan kulit yang paling banyak didapatkan pada pasien HIV & AIDS, hal itu dapat dijelaskan karena infeksi HIV dapat berkembang menjadi AIDS, penanda utamanya adalah jumlah sel CD4⁺ dan jumlah virus HIV. Progresifitas infeksi HIV paling sering muncul dan mudah diamati adalah lesi intraoral. Rongga mulut banyak terdapat koloni kuman, selain itu rongga mulut juga tempat masuknya makanan jika tidak dijaga kebersihan rongga mulut akan mudah menimbulkan kerusakan mukosa. Penurunan jumlah sel CD4⁺ akan mengakibatkan pertumbuhan koloni infeksi baik bakteri maupun jamur.¹⁵

Diagnosis kelainan kulit dibuat berdasarkan manifestasi klinis dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang dapat membantu menegakkan diagnosis dan menentukan langkah-langkah terapi selanjutnya. Dari 301 pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 159 pasien (52,8%) sudah dilakukan pemeriksaan penunjang, sedangkan 142 pasien (47,2%) tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Hal itu mungkin disebabkan karena beberapa faktor (1) Banyaknya jumlah pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit di Rawat Inap UPIPI; (2) Keterbatasan alat dan reagen di ruangan UPIPI; (3) Keterbatasan pembiayaan, mayoritas pasien HIV & AIDS merupakan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial); atau (4) Diagnosis sudah dapat ditegakkan secara klinis.

Tentang faktor transmisi pada penelitian ini, faktor transmisi diketahui pada 199 pasien (66,1%) dan sisanya 102 pasien (33,9%) tidak diketahui faktor transmisinya. Faktor transmisi terbanyak adalah *free sex* sebanyak 99 (32,8%). Terbanyak kedua adalah suami HIV sebesar 51 (16,9%), diikuti dengan narkoba sebanyak 28 (9,3%). Penelitian Neha Sigh dan kawan-kawandi India tahun 2011 – 2012 menyebutkan bahwa 96% faktor transmisi melalui hubungan seksual.¹⁴ Begitu pula dengan Shashi Chopra dan kawan-kawan 86,6% adalah hubungan seksual.¹³ Seperti dijelaskan sebelumnya kontak seksual merupakan salah satu cara utama transmisi HIV, sebagai contoh seks yang tidak aman (tidak menggunakan kondom) dan berganti-ganti pasangan seksual. Virus ini dapat ditemukan dalam

cairan semen, cairan vagina, dan cairan serviks.⁵ Faktor transmisi terbanyak kedua adalah suami HIV, karena laki-laki memiliki aktifitas di luar rumah yang lebih besar sehingga kemungkinan untuk terinfeksi dan menularkan pada pasangan semakin besar. Penggunaan jarum suntik atau jarum untuk *tatto* yang tidak steril dan secara bergantian akan mengakibatkan terjadinya infeksi HIV. Hal itu diakibatkan darah dari orang lain akan masuk dengan mudah ke pembuluh darah kita.⁵ Dari penelitian ini, angka terjadinya faktor transmisi melalui *tatto* dan IDUs cukup tinggi.

Hasil penelitian retrospektif ini, menunjukkan sebagian kecil pasien yang dilengkapi dengan hasil pemeriksaan sel CD4⁺ yaitu 52 pasien (17,3%) dengan distribusi terbanyak hitungsel CD4⁺ 1-100 sel/mm³ yaitu 37 pasien (12,2%), 10 pasien (3,3%) hitungsel CD4⁺ 101-200 sel/mm³, 5 pasien (1,6%) hitung sel CD4⁺ di atas 201 sel/mm³, tidak ditemukan hitungsel CD4⁺ diatas 350 sel/mm³. Sebagian besar pasien yaitu sebanyak 249 pasien (82,7%) tanpa keterangan jumlah sel CD4⁺. Dengan hasil ini sulit membuat simpulan tentang keterkaitan antara sel CD4⁺ dengan kejadian kelainan kulit pada pasien HIV & AIDS oleh karena sebagian besar data hitungsel CD4⁺ tidak tercantum dalam rekam medik pasien. Rendahnya data hasil pemeriksaan sel CD4⁺ pada rekam medik pasien mungkin bisa disebabkan: (1) Pasien terlebih dahulu pulang atau meninggal sebelum hasil pemeriksaan sel CD4⁺ jadi; (2) Hasil pemeriksaan kadar sel CD4⁺ diletakkan di status rawat jalan pasien; (3) Pemeriksaan kadar sel CD4⁺ belum dilakukan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa 95 (31,6%) pasien HIV & AIDS yang mengalami kelainan kulit (31,6%) sedang mendapatkan terapi ARV, dan 206 pasien (68,4%) belum mendapatkan terapi ARV atau sedang putus terapi. Terapi ARV yang digunakan di UPIPI sesuai dengan rekomendasi WHO yang terdiri dari tenofovir, lamivudine, dan efavirenz. Sebaiknya penatalaksanaan kelainan kulit pada pasien HIV & AIDS, selain pemberian terapi kulit perlu juga untuk mengatasi penyakit dasarnya. Dengan pemberian ARV pada pasien HIV & AIDS, kelainan kulit akan menjadi lebih jarang atau membaik.

Tabel 6 tentang distribusi terapi kelainan kulit, tampak bahwa terdapat lebih dari satu terapi kulit. Seperti dijelaskan sebelumnya, satu pasien bisa terkena lebih dari satu penyakit kulit. Pada penelitian ini, terapi kelainan kulit di UPIPI sesuai dengan pedoman yang berlaku. Hal itu dibuktikan dengan pemberian terapi

pada 167 pasien kandidiasis oral (55,5%), 159 pasien diberikan terapi nystatin, 4 pasien diberikan terapi flukonazole oral, dan 4 pasien diberikan terapi flukonazole drip. Dari 33 pasien kandidiasis oral dan PPE (10,9%) 20 pasien diberikan terapi nystatin dan hidrokortison, 1 pasien diberikan terapi nystatin dan desoksimeson, 2 pasien diberikan terapi nystatin dan loratadine, 2 pasien diberikan terapi nystatin dan cetirizine, 8 pasien diberikan terapi nystatin dan urea. Dari 33 pasien kandidiasis orofaring (10,9%) 12 pasien diberikan terapi flukonazole oral, 16 pasien diberikan terapi flukonazole drip, 5 pasien diberikan terapi nystatin. Terapi terbanyak pada kelainan kulit disini adalah nystatin. Terapi topikal lini pertama untuk kandidiasis oris adalah nystatin suspensi 400,000-600,000 IU/mL 4-6 mL 4-5 kali sehari. Keberhasilan terapi tergantung pada lamanya obat kontak dengan mukosa yaitu minimal 2 menit. Bila terapi topikal gagal, bisa diberikan flukonazole oral.^{6,16}

Dalam penatalaksanaan pasien HIV dan AIDS perlu evaluasi tentang kelainan kulit yang menyertainya, karena sebagian besar pasien HIV dan AIDS dalam perjalanan penyakitnya sebagian besar mengalami kelainan kulit, bahkan lebih dari satu kelainan. Kelainan yang paling sering muncul adalah kandidiasis oral. Pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis merupakan suatu hal yang penting dan menentukan terapi kelainan kulit. Demikian juga pemeriksaan hitung sel CD4⁺ diperlukan selain untuk menentukan stadium klinis, terapi ARV, juga untuk memprediksi kelainan kulit yang kemungkinan muncul dan prognosis pasien. Pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang kelainan kulit pada pasien HIV dan AIDS membantu meningkatkan kualitas pelayanan pasien.

KEPUSTAKAAN

- Murtiastutik D. AIDS. Dalam: Barakbah J, Lumintang H, Martodihardjo S, editors. Buku ajar infeksi menular seksual. Surabaya: Airlangga University Press; 2008. h. 211-20.
- Murtiastutik D. *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*. Dalam: Barakbah J, Lumintang H, Sukanto H, editors. Atlas HIV & AIDS dengan kelainan kulit. Surabaya: Airlangga University Press; 2009. h. 1-8.
- Cofaigh E, Lewthwaite P. Natural history of HIV and AIDS. *JMp Med* 2013; 41(8): 411-6.
- Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia [Internet]. Indonesia: Ditjen PP & PL Kemenkes RI; 2014 [Cited 2014 August 06]. Available from: <http://www.spiritia.or.id/stats/statCurr.pdf>.
- Nasronudin. Transmisi infeksi HIV. Dalam: Barakbah J, Soewandjo E, Suharto, Hadi U, Astuti D, Bramantono, et al, editors. HIV & AIDS Pendekatan biologi molekuler, klinis, dan sosial. Surabaya: Airlangga University Press; 2014. h. 21-4.
- Murtiastutik D. Kelainan kulit pada pasien HIV/AIDS. Dalam: Barakbah J, Lumintang H, Martodihardjo S, editors. Buku ajar infeksi menular seksual. Surabaya: Airlangga University Press; 2008. h. 244-59.
- Preda A, Whitfeld J. HIV-related skin conditions. In: Menon A, Kamarulzaman A, editors. It is HIV? A handbook for health care providers. Darlinghurst: Ashm; 2009. p. 57-65.
- MR Harish, Shanmukhappa, S Kumar, M Kumar, MS Gowda. A study of cutaneous manifestations in HIV infected persons. *J In Med Ass* 2012; 110:726-31.
- F Maryam, EM Hamid, R Neda, P Koosha, K Alireza, S Sogol, et al. Prevalence of dermatologic manifestations among people living with HIV/AIDS in Imam Khomeini Hospital in Tehran, Iran. *J AIDS HIV Res* 2012; 4: 56-9.
- Sharma S, Puri Singh PJK, Gambhir LM. Male preponderance in HIV seropositive patients with mucocutaneous complaints in a tertiary care hospital in North India. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2014; 4: 186-8.
- Patel Y, Umarigar D, Vasava B, Vara N, Patel N. Socio-demographic profile of HIV positive patients of mucocutaneous manifestation attending skin & VD department of government medical college, Surat. *Njcmindia* 2013; 4:533-5.
- Ogah AS, Ologe F, Alabi SB, Nwabuisi C. Oropharyngeal manifestation of HIV/AIDS amongst adult patients of the University of Ilorin Teaching Hospital (UITH), Ilorin, Nigeria. *AJMS* 2014; 2: 14-8.
- C Sashi, A Usha. Skin and mucocutaneous manifestations: useful clinical predictors of HIV/AIDS. *J Clin Diagn Res* 2012; 6:1695-8.
- Sigh N, Yadav N, Kar S, Madke B, Prasad K, Chandekar P. Spectrum of skin disorders in human immunodeficiency virus-infected patients in a rural area of maharashtra and the relation to CD4 lymphocyte counts. *The Health Agenda* 2014;

- 2:120-5.
15. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe JS. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull of WHO* 2005; 83: 700-6.
16. Suyoso S. Kandidiasis Mukosa. Dalam: Bramono K, Suyoso S, Indriatmi W, Ramali ML, Widaty S, Ervianti S, editors. *Dermatomikosis superfisialis*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2013.h. 120-48.