



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Kondiloma akuminata anogenital (KAA) merupakan infeksi menular seksual (IMS) disebabkan oleh *Human papillomavirus* (HPV). Prevalensi penyakit ini di dunia terus meningkat dalam 35 tahun terakhir, hal ini membuat KAA masih menjadi masalah kesehatan di seluruh negara terutama negara-negara berkembang.¹ Patel H dkk., (Inggris, 2013) melaporkan bahwa antara tahun 2001-2012 insiden KAA di seluruh dunia adalah 160-289 per 100.000 orang per tahun, dengan nilai median 194 per tahun. Pada laki-laki, puncak insiden pada usia antara 25 tahun sampai 29 tahun dan perempuan pada usia sebelum 24 tahun.²

Berdasarkan data dari Kelompok Studi Infeksi Menular Seksual Indonesia (KSIMSI) pada 13 rumah sakit (RS) pusat pendidikan spesialis kulit dan kelamin di Indonesia, terdapat peningkatan kasus KAA dalam 5 tahun terakhir (2007-2011).^{3,4} Anum Q, dkk. (Padang, 2016) melaporkan pada periode Januari 2010-Desember 2014 di Poliklinik Kulit dan Kelamin Divisi IMS Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil Padang, insiden KAA didapatkan sebanyak 38 kasus.⁵

Berdasarkan laporan tahunan Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. M. Djamil Padang, didapatkan peningkatan prevalensi KAA sejak tahun 2015-2019, yaitu 0,08% (2015), 0,09% (2016) 0,11% (2017), 0,12% (2018), 0,12% (2019). Pada awal masa pandemi Covid-19 dari bulan Maret-Juni 2020 terjadi penurunan kasus KAA, jumlah kunjungan pasien KAA sebanyak 43 kunjungan, 7 diantaranya pasien KAA baru. Setelah memasuki masa *new normal* dari bulan Juli

2020-Februari 2021, mulai terjadi peningkatan jumlah kasus KAA yaitu dengan jumlah kunjungan pasien KAA sebanyak 171 kunjungan, 22 diantaranya KAA baru dengan rata-rata jumlah kasus baru setiap bulan sebanyak 2-3 kasus. Selain itu, KAA juga merupakan kasus dengan jumlah kunjungan terbanyak diantara penyakit IMS setiap bulannya pada tahun 2019-2020 di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. M. Djamil Padang.⁶

Kondiloma akuminata anogenital (KAA) dapat terjadi pada area anogenital meliputi perianal, intraanal, genitalia pada pria dan wanita. Sebanyak >95% kasus ditemukan HPV tipe 6 dan 11, namun dapat juga ditemukan HPV 16 dan 18 yang berisiko tinggi menjadi ganas.^{7,8}

Masa inkubasi KAA bervariasi dari 3 minggu hingga 8 bulan. Transmisi penyakit diawali dengan masuknya virus melalui mikrotrauma seperti saat berhubungan seksual baik secara genitogenital, oro-genital, maupun anogenital.^{9,10}

Status imun pejamu berperan penting dalam perjalanan penyakit infeksi HPV.⁶ Keadaan imunokompromais dianggap sebagai faktor risiko terjadinya KAA.^{11,12} Individu imunokompromais seperti gizi buruk, keganasan, pasien yang mendapat terapi immunosupresi dan pasien *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) memiliki risiko terjadinya KAA.¹³ Sehingga pasien KAA dengan ukuran yang besar sering dikonsulkan ke Bagian Penyakit Dalam untuk menelusuri kondisi imunokompromais yang dialami pasien.¹³

Individu yang terinfeksi HIV akan mengalami penurunan jumlah sel langerhans, sel limfosit T *Cluster of Differentiation four* (CD4⁺), makrofag, neutrofil dan sel *natural killer* (NK). Hal tersebutlah yang memudahkan terjadinya

perubahan pada imunitas lokal, sehingga terjadi pula infeksi HPV pada jaringan.¹⁴

Cluster of Differentiation four (CD4⁺) berperan penting dalam mengatur dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. Kadar CD4⁺ dalam darah sangat berkaitan dengan status imunitas pasien. Penurunan kadar CD4⁺ dalam darah ini menjadi indikator utama untuk suatu kondisi imunokompromais pada pasien.¹⁵

Beberapa penelitian menunjukkan prevalensi KAA lebih tinggi pada pasien HIV daripada pasien non HIV.^{16,17,18} Pada pasien HIV, seringkali KAA lebih ekstensif dengan ukuran besar dan jumlah banyak.¹² Hal ini dihubungkan dengan kegagalan sistem imunitas seluler pasien HIV, khususnya respons yang diperantai sel T CD4⁺, menyebabkan kegagalan dalam membersihkan HPV.¹⁹⁻²¹ Penelitian yang dilakukan Low, dkk. (2011) melaporkan bahwa pasien wanita positif HIV dengan kadar CD4⁺ $\leq 200/\text{mm}^3$ berisiko 20 kali untuk mengalami KAA dibandingkan dengan pasien wanita tidak terinfeksi HIV. Kemudian pasien wanita yang memiliki kadar CD4⁺ $\geq 200/\text{mm}^3$ berisiko 6 kali mengalami KAA dibandingkan dengan wanita tidak terinfeksi HIV.²²

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari hubungan antara kadar CD4⁺ dengan kejadian KAA maupun dengan ukuran lesi KAA. Lu, dkk (2012) meneliti hubungan antara kadar CD4⁺ pada pasien HIV dengan ukuran terbesar lesi KAA. Pada penelitian ini dilaporkan bahwa pada kunjungan pertama ditemukan hubungan antara ukuran terbesar lesi KAA dengan kadar CD4⁺, namun tidak bermakna secara statistik.²³ Wulan dkk. (Padang, 2019) meneliti hubungan antara kadar CD4⁺ dengan kejadian KAA pada pasien HIV atau *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) di RSUP Dr. M. Djamil Padang dan pada penelitian ini dilaporkan bahwa terdapat hubungan antara kadar CD4⁺ dengan

kejadian KAA.²⁴

Hingga saat ini belum ada konsensus resmi mengenai metode pengukuran lesi serta keterkaitannya dengan derajat keparahan lesi KAA, seperti penilaian derajat keparahan penyakit kulit lainnya.²⁵ Lesi KAA dapat berukuran beberapa milimeter (mm) sampai dengan centimeter (cm). Lesi dengan ukuran lebih dari 10 cm³ disebut kondiloma raksasa, *giant condyloma* atau *Bushke-Lowenstein Tumor* (BLT).²⁵ Lu, dkk (2012) menilai korelasi antara hitung CD4⁺ dengan ukuran terbesar lesi KAA. Pada penelitian ini, peneliti mengambil ukuran lesi dengan total ukuran pada setiap pasien dan ukuran lesi dinilai dalam panjang kali lebar (cm²).²³ Rosita J, (Jakarta, 2015) juga menilai korelasi ukuran terbesar lesi KAA dengan hitung sel CD4⁺ pada pasien HIV. Ukuran lesi dinilai dalam panjang kali lebar kali tinggi (cm³).²⁶

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari hubungan antara kejadian KAA dengan kadar CD4⁺. Namun sepengetahuan peneliti, hingga saat ini masih sedikit penelitian yang mencari hubungan antara kadar CD4⁺ plasma dengan ukuran KAA dan hasil terkait penelitian-penelitian ini masih diperdebatkan. Penelitian-penelitian yang telah ada yaitu dilakukan pada pasien yang terinfeksi HIV dan belum ada penelitian yang dilakukan pada pasien yang tidak terinfeksi HIV. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjawab hasil-hasil penelitian yang sudah ada sebelumnya. Atas dasar ini, peneliti ingin membuktikan hubungan kadar CD4⁺ plasma dengan ukuran lesi pada pasien kondiloma akuminata anogenital.

1.2. Rumusan masalah

1. Berapakah rerata ukuran lesi kondiloma akuminata anogenital pada pasien?
2. Berapakah rerata kadar $CD4^+$ plasma pada pasien kondiloma akuminata anogenital?
3. Apakah terdapat hubungan kadar $CD4^+$ plasma dengan ukuran lesi kondiloma akuminata anogenital ?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Membuktikan adanya hubungan antara kadar $CD4^+$ plasma dengan ukuran lesi kondiloma akuminata anogenital.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mengetahui rerata ukuran lesi kondiloma akuminata anogenital pada pasien.
2. Mengetahui rerata kadar $CD4^+$ plasma pada pasien kondiloma akuminata anogenital.
3. Mengetahui hubungan antara kadar $CD4^+$ plasma dengan ukuran lesi kondiloma akuminata anogenital.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Manfaat penelitian di bidang ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang hubungan kadar $CD4^+$ plasma dengan ukuran lesi KAA sehingga diharapkan dapat menguatkan penelitian-penelitian yang telah ada sebelumnya. Selain itu,

hasil penelitian ini juga dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya.

1.4.2. Manfaat untuk praktisi kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan mengenai hubungan kadar CD4⁺ plasma dengan ukuran lesi KAA, sehingga dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam menangani pasien KAA nantinya.

