

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala yang disebabkan karena menurunnya sistem kekebalan tubuh secara progresif akibat infeksi oleh virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) yang termasuk salah satu jenis retrovirus.¹ HIV dan AIDS telah menjadi masalah kesehatan global utama. Sejak awal epidemi 33 juta orang meninggal karena HIV sedangkan 38 juta orang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2019.² Pada akhir tahun 2020, 37,7 juta orang hidup dengan HIV, 680.000 orang meninggal karena HIV, 73% orang dengan HIV menerima terapi antiretroviral (ARV) dan 1,5 juta orang baru terinfeksi HIV.³ Selama pandemi COVID-19, jumlah orang baru yang memulai pengobatan jauh di bawah perkiraan karena penurunan tes HIV.²

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh UNAIDS (*United Nations Programme on HIV and AIDS*) pada tahun 2019, populasi terinfeksi HIV terbesar di dunia adalah di benua Afrika (25,7 juta orang). Kemudian di Asia Tenggara (3,8 juta) dan di Amerika (3,5 juta), sedangkan yang terendah ada di Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta orang. Tingginya populasi orang terinfeksi HIV di Asia Tenggara mengharuskan Indonesia untuk lebih waspada terhadap penyebaran dan penularan virus ini.⁴

Meskipun cenderung fluktuatif data kasus HIV dan AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Jumlah kumulatif infeksi HIV dan AIDS yang dilaporkan sampai dengan Juni 2018 sebanyak 301.959 jiwa (47% dari estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS tahun 2018 sebanyak 640.443 jiwa). Selama sebelas tahun terakhir jumlah kasus HIV di Indonesia mencapai puncaknya pada tahun 2019, yaitu sebanyak 50.282 kasus baru. Setelah tahun 2013 sebanyak 12.214 kasus.⁵ Pada tahun 2020 estimasi

jumlah orang dengan HIV di Indonesia sebanyak 543.100 orang dengan jumlah infeksi baru sebanyak 29.557 orang dan kematian sebanyak 30.137 orang. Kelompok umur produktif usia 15-49 tahun mendominasi sebaran kasus baik HIV maupun AIDS. Sementara itu masih ditemukan kasus HIV dan AIDS pada kelompok usia di bawah 4 tahun yang menunjukkan penularan HIV dari ibu ke anak.⁶

Pada tahun 2015 UNAIDS memperkirakan ada 2,6 juta anak di bawah usia 15 tahun yang hidup dengan HIV, yang sebagian besar tinggal di wilayah ekonomi lemah.⁷ Tanpa intervensi, tingkat penularan HIV dari ibu yang hidup dengan HIV kepada anaknya selama kehamilan, persalinan atau menyusui berkisar antara 15% sampai 45%. Sumber utama infeksi HIV bayi baru selama kehamilan dan menyusui diproyeksikan berasal dari ibu dengan insiden infeksi HIV, ibu yang berhenti menggunakan ART, dan ibu yang terlambat memulai pengobatan atau tidak memulai terapi.⁸ Infeksi HIV secara tidak langsung dapat mempengaruhi status gizi anak. Interaksi antara kekurangan gizi dan infeksi dapat menciptakan siklus yang berpotensi mematikan dan 35% penyebab kematian anak berusia <5 tahun adalah malnutrisi.⁹

Malnutrisi merupakan masalah utama bagi anak-anak dan terutama bagi anak-anak yang terinfeksi HIV. Malnutrisi memperburuk penyakit HIV karena memiliki efek yang sama pada sistem kekebalan tubuh.¹⁰ Pada orang malnutrisi, jaringan limfoid rusak dan konsentrasi sel-T CD4 menurun. Kekurangan vitamin dan mineral berkontribusi pada stress oksidatif, yang dapat mempercepat kematian sel kekebalan dan meningkatkan replikasi HIV. Di sisi lain, infeksi HIV meningkatkan risiko malnutrisi, karena aktivitas sitokin proinflamasi tinggi yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan pada anak.¹¹ Infeksi oportunistik terkait HIV seperti diare persisten atau kandidiasis oral dan esofagus memiliki dampak negatif pada

status gizi anak-anak.¹¹ Selain itu, praktik penyapihan yang buruk pada ibu yang terinfeksi HIV juga dapat berdampak pada status gizi anak.¹²

Menurut penelitian yang dilakukan Jesson, dan kawan-kawan (2011) di Afrika tengah yang melibatkan 1.350 anak yang terinfeksi HIV. Prevalensi malnutrisi adalah 42% dengan malnutrisi akut 9%, malnutrisi kronis 26% dan malnutrisi campuran pada 7%. Dari data keseluruhan anak yang mengalami kekurangan gizi, lebih dari separuh anak-anak tidak menerima dukungan gizi yang baik. Malnutrisi akut dikaitkan dengan jenis kelamin laki-laki, defisiensi imun yang parah, dan tidak mendapatkan terapi antiretroviral; malnutrisi kronis dikaitkan dengan jenis kelamin laki-laki dan usia (<5 tahun); dan malnutrisi campuran dikaitkan dengan jenis kelamin laki-laki, usia (<5 tahun), imunodefisiensi parah dan baru memulai ART (<6 bulan).¹³

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Oumer, dan kawan-kawan (2018) di Ethiopia Barat sebanyak 5,3% anak meninggal dengan kejadian 11,2 kematian per 1000 orang per tahun. Umur harapan hidup yang lebih tinggi secara signifikan pada anak-anak yang bergizi baik (dari 10,8 hingga 11,4 tahun) dibandingkan dengan anak-anak dengan berat badan kurang (dari 9,19 hingga 10,32 tahun). Anak dengan berat badan kurang memiliki insiden kematian hampir tiga kali lipat dan anak-anak dengan anemia memiliki kejadian kematian yang lebih tinggi daripada anak-anak tanpa anemia. Penelitian ini membuktikan bahwa berat badan kurang dan anemia menjadi prediktor kelangsungan hidup pada anak dengan HIV positif. Harus ada skrining gizi yang lebih baik yang berfokus pada perawatan dan pengobatan untuk anak yang menjalankan tindak lanjut ART.¹⁴

Malnutrisi merupakan komplikasi yang umum diantara anak-anak yang terinfeksi HIV. Dengan demikian, perawatan gizi sebenarnya menjadi bagian penting dalam perawatan kesehatan HIV pediatrik.¹³ Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2012 merekomendasikan bahwa anak yang

terinfeksi HIV tanpa gejala harus meningkatkan kebutuhannya sebesar 10%, dibandingkan dengan anak yang tidak terinfeksi HIV; ditingkatkan sampai 20% hingga 30% selama infeksi HIV bergejala atau episode infeksi oportunistik, dan 50% sampai 100% ketika episode malnutrisi parah terjadi.¹⁵ Namun, beban gizi buruk tetap sulit dihitung pada orang yang terinfeksi HIV, terutama pada anak-anak.¹⁰ Pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor yang terkait dengan malnutrisi pada anak HIV/AIDS di Indonesia diperlukan untuk meningkatkan perawatan kesehatan anak yang terinfeksi HIV di Indonesia.

Dari uraian latar belakang di atas, maka akan dilakukan penelitian yang berjudul Faktor-Faktor yang Paling Berperan Terhadap Malnutrisi pada Anak Dengan HIV/AIDS di Indonesia.

1.2 Identifikasi Masalah

Adapun rumusan masalah berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan pada karya ilmiah tulis ini adalah:

1. Apa saja faktor-faktor yang paling berperan terhadap malnutrisi pada anak dengan HIV/AIDS di Indonesia.

1.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui faktor-faktor yang paling berperan terhadap malnutrisi pada anak dengan HIV/AIDS di Indonesia.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Menambah pengetahuan dan memberikan penjelasan ilmiah bagi para peneliti lain yang tertarik untuk meneliti hal-hal yang berkaitan dengan faktor-faktor yang paling berperan terhadap malnutrisi pada anak dengan HIV/AIDS di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang paling berperan terhadap malnutrisi pada anak dengan HIV/AIDS di Indonesia dan sebagai referensi dalam penatalaksanaan malnutrisi pada anak HIV/AIDS.

1.5 Kerangka Pemikiran

Malnutrisi merupakan kondisi penting yang sering diremehkan dari tiga penyakit menular yaitu HIV/AIDS, tuberkulosis, dan malaria. Aktivasi respon imun selama infeksi membutuhkan peningkatan konsumsi energi. Status nutrisi dari pengidap penyakit infeksi secara kritis menentukan hasil akhir dari infeksi. Berkurangnya fungsi kekebalan tubuh membuat pasien yang kurang gizi lebih rentan terhadap infeksi, terutama oleh patogen oportunistik yang umumnya lazim ditemukan pada pasien dengan HIV/AIDS.¹⁶

Prevalensi malnutrisi pada anak yang terinfeksi HIV setinggi 40%.¹⁰ Satu dari lima ODHA ditemukan kurang gizi (IMT <18,5 kg/m²).¹⁷ Meskipun pengobatan standar dan protokol pemberian makan ulang sudah dilakukan, kematian rawat inap tetap mencapai hingga 30% di banyak rumah sakit.¹⁸ Malnutrisi akut parah / *severe acute malnutrition* (SAM) didefinisikan oleh WHO sebagai skor z berat badan untuk tinggi badan kurang dari -3, atau lingkaran lengan atas kurang dari 11,5 cm pada anak-anak berusia 6 bulan sampai 5 tahun.¹⁹ Malnutrisi akut parah pada anak-anak mengakibatkan angka kematian yang sangat tinggi yaitu ≤500.000 kematian/tahun di seluruh dunia, kekurangan gizi mendasari 45% dari

semua kematian pada anak di bawah usia 5 tahun.²⁰

SAM dapat muncul sebagai penyakit nonedematous (marasmus) atau edematous (kwashiorkor atau marasmic-kwashiorkor), dengan marasmus lebih umum pada anak HIV-positif.^{19,21} Selain itu, anak HIV-positif dengan SAM berisiko lebih tinggi terkena penyakit penyerta (seperti tuberkulosis, infeksi saluran pernapasan, gastroenteritis dan kandidiasis) dan komplikasi lain (seperti diare terus-menerus dan asupan oral yang buruk).²²

Malnutrisi meningkatkan kerentanan terhadap infeksi sementara infeksi memperburuk malnutrisi dengan menurunkan nafsu makan, memicu katabolisme, dan meningkatkan permintaan nutrisi.¹⁶ Jika dibandingkan dengan anak yang HIV-negatif, anak yang terinfeksi HIV (termasuk anak tanpa gejala) memiliki kebutuhan gizi tambahan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan yang normal dan membutuhkan makanan berenergi tinggi, berprotein tinggi, dan padat gizi.²³

Selain itu satu kontribusi utama dari tingginya angka kematian akibat malnutrisi pada anak HIV-positif adalah tidak dapat diaksesnya layanan medis yang tepat waktu dan tepat. Hambatan untuk mengakses perawatan medis yang sangat banyak dan bervariasi di tingkat regional, negara dan kecamatan.²² Untuk itu diperlukan adanya peninjauan lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang paling berperan terhadap malnutrisi pada anak dengan HIV/AIDS di Indonesia.