



Pedoman Nasional Penanganan
Infeksi Menular Seksual
2011



Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
2011

KATA PENGANTAR

Perkembangan epidemi HIV-AIDS di dunia telah menjadi masalah global termasuk di Indonesia. Risiko penularan infeksi menular seksual dan HIV-AIDS masih kurang disadari oleh kelompok berisiko, ditambah kesadaran yang rendah untuk memeriksakan HIV sehingga masih banyak kasus AIDS yang ditemukan pada stadium lanjut di rumah sakit. Dalam rangka memperkuat upaya pengendalian HIV- AIDS di Indonesia, sangat penting untuk memadukan upaya pencegahan dengan perawatan, karena keduanya merupakan komponen penting yang saling melengkapi.

Infeksi menular seksual merupakan salah satu penyebab masalah kesehatan, sosial dan ekonomi di banyak negara serta merupakan salah satu pintu masuk HIV. Keberadaan infeksi menular seksual telah menimbulkan pengaruh besar dalam pengendalian HIV-AIDS. Pada saat yang sama, timbul peningkatan kejadian resistensi kuman penyebab infeksi menular seksual terhadap beberapa antimikroba, yang akan menambah masalah dalam pengobatan infeksi menular seksual.

Buku Penanganan Infeksi Menular Seksual ini diadaptasi dari buku rekomendasi WHO 2007, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi di Indonesia dengan melibatkan berbagai instansi terkait.

Buku ini merupakan rangkaian bersama buku manajemen infeksi menular seksual bagi pengelola program, sehingga merupakan buku pedoman terpadu penanganan dan manajemen infeksi menular seksual.

Sepatutnyalah kami menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak atas perhatian, bantuan dan kontribusinya dalam penyusunan dan penyempurnaan Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual ini.

Semoga Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual ini bermanfaat dalam program pengendalian HIV-AIDS, khususnya infeksi menular seksual di Indonesia.

Jakarta, Oktober 2011

Direktur Jenderal PP dan PL,



Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama
NIP 195509031980121001

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
<hr/>	
1. Pendahuluan	1
Latar Belakang	1
Program Pencegahan & pengendalian IMS	4
Dasar Pemikiran menetapkan Rekomendasi pengobatan baku	6
Penanganan kasus IMS	7
Penanganan kasus berdasarkan pendekatan sindrom	7
Beberapa faktor risiko radang serviks	8
Pemilihan obat	9
<hr/>	
2. Pemeriksaan Pasien Infeksi Menular Seksual	11
Anamnesis	11
Pemeriksaan Fisik	14
Pengambilan spesimen	15
Pemeriksaan lain	18
<hr/>	
3. Diagnosis & Pengobatan Infeksi Menular Seksual	23
Diagnosis IMS menggunakan bagan alur	23
Duh tubuh uretra	24
Ulkus genitális	29
Bubo Inguinalis	35
Pembengkakan skrotum	37
Duh tubuh vagina	39
Nyeri perut bagian bawah	45
Konjungtivitis neonatorum	49
Tonjolan (vegetasi) pada genitalia	52
Proktitis akibat IMS	54
<hr/>	

4.	Pertimbangan praktis pengobatan IMS	57
	Memilih antimikroba	57
	Resistensi <i>Neisseria gonorrhoeae</i> terhadap antimikroba	59
	Resistensi <i>Haemophilus ducreyi</i> terhadap antimikroba	60
5.	Komunikasi, Informasi, Edukasi pada pasien IMS	61
	Materi atau isi pesan KIE	62
	Penggunaan kondom untuk mencegah IMS	65
	Notifikasi pasangan seksual	69
6.	Peran Kesehatan Masyarakat dalam penanganan kasus IMS	71
	Keterjangkauan pelayanan kesehatan	71
	Paket Kesehatan Masyarakat dalam pencegahan IMS	72
7.	Integrasi layanan KIA-IMS pada ibu hamil	75
	Kerangka pikir eliminasi sifilis kongenital	77
	Strategi intervensi eliminasi sifilis kongenital	78
8.	Anak, remaja dan IMS	81
	Evaluasi IMS pada anak dan remaja	82
9.	Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki & IMS	87
	Jenis IMS pada LSL	89
	Penanganan IMS pada LSL	92
10.	Pencatatan & Pelaporan	93
	Pencatatan	93
	Pelaporan	95
	Daftar Pustaka	97
	Lampiran	
	Lampiran 1. Hasil pemeriksaan Laboratorium Sederhana	99
	Lampiran 2. Formulir Pelaporan	103
	Lampiran 3. Editor dan kontributor	106

PENDAHULUAN

1

LATAR BELAKANG

Lebih dari 30 jenis patogen dapat ditularkan melalui hubungan seksual dengan manifestasi klinis bervariasi menurut jenis kelamin dan umur (lihat tabel 1). Meskipun infeksi menular seksual (IMS) terutama ditularkan melalui hubungan seksual, namun penularan dapat juga terjadi dari ibu kepada janin dalam kandungan atau saat kelahiran, melalui produk darah atau transfer jaringan yang telah tercemar, kadang-kadang dapat ditularkan melalui alat kesehatan.

Dengan perkembangan di bidang sosial, demografik, serta meningkatnya migrasi penduduk, populasi berisiko tinggi tertular IMS akan meningkat pesat. Beban terbesar akan ditanggung negara berkembang, namun negara maju pun dapat mengalami beban akibat meningkatnya IMS oleh virus yang tidak dapat diobati, perilaku seksual berisiko serta perkembangan pariwisata. IMS menempati peringkat 10 besar alasan berobat di banyak negara berkembang, dan biaya yang dikeluarkan dapat mempengaruhi pendapatan rumah tangga. Pelayanan untuk komplikasi atau sekuele IMS mengakibatkan beban biaya yang tidak sedikit, misalnya untuk skrining dan pengobatan kanker serviks, penanganan penyakit jaringan hati, pemeriksaan infertilitas, pelayanan morbiditas perinatal, kebutaan bayi, penyakit paru pada anak-anak, serta nyeri panggul kronis pada wanita. Beban sosial meliputi konflik dengan pasangan seksual dan dapat mengakibatkan kekerasan dalam rumah tangga.

Dalam 20 tahun belakangan ini, pengetahuan tentang dinamika transmisi IMS telah berkembang sebagai dampak pandemi HIV dan peningkatan upaya untuk mengendalikan infeksi lainnya. Model matematika dan riset menunjukkan peran penting jejaring seksual dalam menentukan arah penyebaran berbagai jenis infeksi tersebut. Pemahaman yang semakin baik terhadap dinamika penularan IMS

menimbulkan dampak pada rancangan strategi pencegahan dan intervensi pengendaliannya (gambar 1).

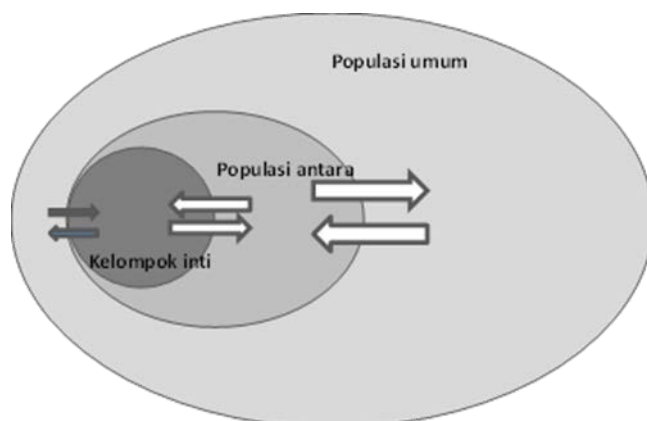
Tabel 1. Patogen penyebab dan jenis IMS yang ditimbulkan

PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANG DITIMBULKAN
INFEKSI BAKTERI	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>GONORE</p> <p><u>Laki-laki</u>: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan</p> <p><u>Perempuan</u>: servisititis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: proktitis, faringitis, infeksi gonokokus diseminata</p> <p><u>Neonatus</u>: konjungtivitis, kebutaan</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>KLAMIDIOSIS (INFEKSI KLAMIDIA)</p> <p><u>Laki-laki</u>: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan</p> <p><u>Perempuan</u>: servisititis, endometritis, salpingitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis, umumnya asimtomatik</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: proktitis, faringitis, sindrom Reiter</p> <p><u>Neonatus</u>: konjungtivitis, pneumonia</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i> (galur L1-L3)	<p>LIMFOGRANULOMA VENEREUM</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: ulkus, bubo inguinalis, proktitis</p>
<i>Treponema pallidum</i>	<p>SIFILIS</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: ulkus durum dengan pembesaran kelenjar getah bening lokal, erupsi kulit, kondiloma lata, kerusakan tulang, kardiovaskular dan neurologis</p> <p><u>Perempuan</u>: abortus, bayi lahir mati, kelahiran prematur</p> <p><u>Neonatus</u>: lahir mati, sifilis kongenital</p>
<i>Haemophilus ducreyi</i>	<p>CHANCROID (ULKUS MOLE)</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: ulkus genitalis yang nyeri, dapat disertai dengan bubo</p>
<i>Klebsiella</i> (<i>Calymmatobacterium</i>) <i>granulomatis</i>	<p>GRANULOMA INGUINALE (DONOVANOSIS)</p> <p><u>Laki-laki & perempuan</u>: pembengkakan kelenjar getah bening dan lesi ulseratif didaerah inguinal, genitalia dan anus.</p>
<i>Mycoplasma genitalium</i>	<p><u>Laki-laki</u>: duh tubuh uretra (uretritis non-gonore)</p> <p><u>Perempuan</u>: servisititis dan uretritis non-gonore, mungkin penyakit radang panggul</p>
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<p><u>Laki-laki</u>: duh tubuh uretra (uretritis non-gonokokus)</p> <p><u>Perempuan</u>: servisititis dan uretritis non-gonokokus, mungkin penyakit radang panggul</p>

(lanjutan)

PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANG DITIMBULKAN
INFEKSI VIRUS	
<i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i>	INFEKSI HIV / ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) <u>Laki-laki & perempuan</u> : penyakit yang berkaitan dengan infeksi HIV, AIDS
<i>Herpes simplex virus (HSV) tipe 2 dan tipe 1</i>	HERPES GENITALIS <u>Laki-laki & perempuan</u> : lesi vesikular dan/atau ulseratif di daerah genitalia dan anus <u>Neonatus</u> : herpes neonatus
<i>Human papillomavirus (HPV)</i>	KUTIL KELAMIN <u>Laki-laki</u> : kutil di daerah penis dan anus, kanker penis dan anus <u>Perempuan</u> : kutil di daerah vulva, vagina, anus, dan serviks; kanker serviks, vulva, dan anus <u>Neonatus</u> : papiloma larings
Virus hepatitis B	HEPATITIS VIRUS <u>Laki-laki & perempuan</u> : hepatitis akut, sirosis hati, kanker hati
Virus moluskum kontagiosum	MOLUSKUM KONTAGIOSUM <u>Laki-laki & perempuan</u> : papul multipel, diskret, berumbilikasi di daerah genitalia atau generalisata
INFEKSI PROTOZOA	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	TRIKOMONIASIS <u>Laki-laki</u> : uretritis non-gonokokus, seringkali asimtomatik <u>Perempuan</u> : vaginitis dengan duh tubuh yang banyak dan berbusa, kelahiran prematur <u>Neonatus</u> : bayi dengan berat badan lahir rendah
INFEKSI JAMUR	
<i>Candida albicans</i>	KANDIDIASIS Laki-laki: infeksi di daerah glans penis Perempuan: vulvo-vaginitis dengan duh tubuh vagina bergumpal, disertai rasa gatal & terbakar di daerah vulva
INFESTASI PARASIT	
<i>Phthirus pubis</i>	PEDIKULOSIS PUBIS <u>Laki-laki & perempuan</u> : papul eritematosa, gatal, terdapat kutu dan telur di rambut pubis
<i>Sarcoptes scabiei</i>	SKABIES Papul gatal, di tempat predileksi, terutama malam hari

Gambar 1. Dinamika transmisi IMS



Pada area geografis tertentu patogen IMS ditularkan di antara atau dari individu berisiko tinggi dengan angka infeksi yang tinggi dan kekerapan berganti-ganti pasangan seksual (**kelompok inti** atau *core group*).

Dengan perkembangan epidemi, patogen dapat menyebar dari kelompok inti kepada populasi pelanggan (**populasi antara**, *bridging population*), yang menjadi perantara penting lintas seksual antara kelompok inti dan populasi umum.

Pada gilirannya populasi antara akan menularkan penyakitnya kepada pasangan seksual lainnya, misalnya suami/isterinya ataupun pasangan seksual tetap di dalam populasi umum

PROGRAM PENCEGAHAN & PENGENDALIAN IMS

Program pencegahan dan pengendalian IMS bertujuan untuk

1. Mengurangi morbiditas dan mortalitas berkaitan dengan IMS

Infeksi menular seksual, selain infeksi HIV menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas terutama di negara sedang berkembang dengan sumber daya yang terbatas, baik secara langsung yang berdampak pada kualitas hidup, kesehatan reproduksi dan anak-anak, serta secara tidak langsung melalui perannya dalam mempermudah transmisi seksual infeksi HIV dan dampaknya terhadap perekonomian perorangan maupun nasional.

Spektrum gangguan kesehatan yang ditimbulkan IMS mulai dari penyakit akut yang ringan sampai lesi yang terasa nyeri serta gangguan psikologis. Misalnya, infeksi oleh *N.gonorrhoeae* menimbulkan nyeri saat berkemih (disuria) pada laki-laki, dan nyeri perut bagian bawah akut ataupun kronis pada perempuan. Tanpa diobati, infeksi oleh *T.pallidum*, meskipun tidak nyeri pada stadium awal, namun dapat menimbulkan

berbagai kelainan neurologis, kardiovaskular serta gangguan tulang di kemudian hari, serta abortus pada perempuan hamil dengan infeksi akut. *Chancroid* dapat menimbulkan ulkus dengan rasa nyeri hebat dan bila terlambat diobati dapat menyebabkan destruksi jaringan, terutama pada pasien imunokompromais. Infeksi herpes genitalis menimbulkan gangguan psikoseksual karena bersifat rekuren dan menimbulkan rasa nyeri, terutama pada pasien muda. Biaya yang dikeluarkan, termasuk biaya langsung baik medis dan non medis, serta biaya tidak langsung akibat waktu yang hilang untuk melakukan aktivitas produktif (waktu untuk pergi berobat, waktu tunggu di sarana pelayanan kesehatan, serta waktu untuk pemeriksaan tenaga kesehatan).

2. Mencegah infeksi HIV

Mencegah dan mengobati IMS dapat mengurangi risiko penularan HIV melalui hubungan seks, terutama pada populasi yang paling memungkinkan untuk memiliki banyak pasangan seksual, misalnya penaja seks dan pelanggannya. Keberadaan IMS dengan bentuk inflamasi atau ulserasi akan meningkatkan risiko masuknya infeksi HIV saat melakukan hubungan seks tanpa pelindung antara seorang yang telah terinfeksi IMS dengan pasangannya yang belum tertular. Ulkus genitalis atau seseorang dengan riwayat pernah menderita ulkus genitalis diperkirakan meningkatkan risiko tertular HIV 50-300 kali setiap melakukan hubungan seksual tanpa pelindung. Program pencegahan HIV akan mempercepat pencapaian *Millennium Development Goal* (MDG) tujuan 6 di tahun 2015 (kotak 1).

3. Mencegah komplikasi serius pada kaum perempuan

Infeksi menular seksual merupakan penyebab kemandulan yang paling dapat dicegah, terutama pada perempuan. Antara 10%-40% perempuan dengan infeksi *Chlamydia* yang tidak diobati akan mengalami penyakit radang panggul (PRP). Kerusakan tuba falopii pasca infeksi berperan dalam kasus kemandulan perempuan (30%-40%). Terlebih lagi, perempuan dengan PRP berkemungkinan 6-10 kali mengalami kehamilan ektopik dibandingkan dengan yang tidak menderita PRP, dan 40%-50% kehamilan ektopik disebabkan oleh PRP yang diderita sebelumnya. MDG 5, bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu sebesar 75% pada tahun 2015. Pencegahan PRP berperan dalam pencapaian tujuan ini melalui pencegahan kematian ibu akibat kehamilan ektopik. Pencegahan infeksi *human papillomavirus* (HPV) akan menurunkan angka kematian perempuan akibat kanker serviks, yang merupakan kanker terbanyak pada perempuan.

4. Mencegah efek kehamilan yang buruk

Infeksi menular seksual yang tidak diobati seringkali dihubungkan dengan infeksi kongenital atau perinatal pada neonatus, terutama di daerah dengan angka infeksi yang tinggi. Perempuan hamil dengan sifilis dini yang tidak diobati, sebanyak 25%

mengakibatkan janin lahir mati dan 14% kematian neonatus, keseluruhan menyebabkan kematian perinatal sebesar 40%. Kehamilan pada perempuan dengan infeksi gonokokus yang tidak diobati, sebesar 35% akan menimbulkan abortus spontan dan kelahiran prematur, dan sampai 10% akan menyebabkan kematian perinatal. Dalam ketiadaan upaya pencegahan, 30% sampai 50% bayi yang lahir dari ibu dengan gonore tanpa pengobatan dan sampai 30% bayi yang lahir dari ibu dengan klamidiosis tanpa diobati, akan mengalami oftalmia neonatorum yang dapat mengakibatkan kebutaan.

Kotak 1.

Millenium Development Goals

Tujuan 5 dan 6

- ◆ **Tujuan 5. Meningkatkan kesehatan ibu**
 - **Target 6.** Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga-perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015
- ◆ **Tujuan 6. Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya**
 - **Target 7.** Mengendalikan penyebaran HIV dan AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015

DASAR PEMIKIRAN MENETAPKAN REKOMENDASI PENGOBATAN BAKU

Tatalaksana IMS yang efektif merupakan dasar pengendalian IMS, karena dapat mencegah komplikasi dan sekuele, mengurangi penyebaran infeksi di masyarakat, serta merupakan peluang untuk melakukan edukasi terarah mengenai pencegahan infeksi HIV. Bila hal tersebut dilakukan terhadap para pasien, maka hal ini dapat mempengaruhi perilaku seksual dan kebiasaan mereka dalam upaya mencari pengobatan.

Protokol pengobatan yang tepat dan baku sangat dianjurkan untuk menjamin pengobatan yang adekuat di semua tingkat pelayanan kesehatan. Pengobatan baku ini akan memudahkan pelatihan dan supervisi terhadap para petugas kesehatan, memperlambat timbulnya resistensi antimikroba terhadap kuman penyebab IMS,

misalnya terhadap *Neisseria gonorrhoeae* (*N.gonorrhoeae*) dan *Haemophilus ducreyi* (*H.ducreyi*), dan juga merupakan salah satu faktor penting dalam mempromosikan pemakaian obat yang rasional.

Sasaran buku pedoman penatalaksanaan IMS:

- ◆ Semua dokter pada tingkat pelayanan kesehatan yang dalam pelayanan sehari-hari menjumpai pasien IMS/ tersangka IMS.
- ◆ Paramedis (perawat dan bidan) hanya dalam keadaan di mana tidak ada dokter untuk sementara waktu (di bawah pengawasan dokter penanggung jawab), dapat menggunakan prosedur tetap ini untuk melakukan penatalaksanaan pasien.

PENANGANAN KASUS IMS

Penanganan kasus IMS merupakan layanan pada seorang dengan sindrom yang berhubungan dengan IMS, atau dengan hasil positif pada pemeriksaan laboratorium untuk satu atau lebih IMS. Komponen penanganan kasus IMS harus dilakukan secara paripurna meliputi: anamnesis, pemeriksaan klinis, diagnosis yang tepat, pengobatan dini dan efektif, edukasi pasien, penyediaan dan anjuran untuk penggunaan kondom, notifikasi dan penanganan pasangan seksnya.

Dengan demikian, penanganan kasus yang efektif, tidak hanya terdiri dari terapi antimikroba untuk memperoleh kesembuhan dan mengurangi penularan, namun secara menyeluruh dan meliputi layanan terhadap kesehatan reproduksi pasien.

PENANGANAN BERDASARKAN PENDEKATAN SINDROM

Diagnosis etiologis IMS merupakan suatu masalah yang terdapat di banyak tempat, berkaitan dengan kendala waktu, ketersediaan sumber daya, pembiayaan, dan keterjangkauan pengobatan. Masalah lain yang tidak kalah penting muncul akibat beragamnya tingkat sensitivitas dan spesifisitas hasil tes laboratorium yang akan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap hasil tes laboratorium. Bilamana fasilitas laboratorium tersedia, juga diperlukan petugas laboratorium yang terampil dan terlatih

untuk dapat melaksanakan semua prosedur teknis laboratoris. Semua kelengkapan ini wajib ditunjang dengan fasilitas uji mutu eksternal yang memadai. Hanya ada beberapa fasilitas kesehatan di Indonesia yang memiliki sarana laboratorium dan kemampuan sumber daya manusia yang memadai untuk melakukan diagnosis IMS secara etiologis. Untuk mengatasi hal tersebut telah dilaksanakan dan dikembangkan penatalaksanaan kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom untuk semua fasilitas kesehatan dasar.

Penanganan kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom dilaksanakan melalui identifikasi sekelompok keluhan dan gejala sebagai sindrom yang mudah dikenali, dan selanjutnya ditetapkan pengobatannya terhadap sebagian besar atau hampir semua mikro-organisme yang diyakini sebagai penyebab sindrom tersebut. *World Health Organization* (WHO) telah mengembangkan satu perangkat yang sudah disederhanakan dan mudah dimengerti (dalam bentuk bagan alur atau algoritme) untuk memandu para petugas kesehatan dalam melakukan penatalaksanaan kasus IMS dengan pendekatan sindrom.

Penanganan kasus IMS dengan pendekatan sindrom untuk duh tubuh uretra pada pria dan ulkus genital baik pada pria maupun wanita telah terbukti manfaatnya dan memadai untuk dilaksanakan. Cara ini telah berhasil mengobati sebagian besar orang yang terinfeksi dengan IMS dengan cara murah, sederhana dan sangat berhasil guna.

Namun perlu disadari bahwa masih ada keterbatasan dari bagan alur duh tubuh vagina, khususnya pada infeksi serviks (gonokok maupun klamidia). Umumnya sindrom duh tubuh vagina pada populasi dengan prevalensi rendah dan pada remaja wanita, disebabkan radang vagina yang bersifat endogen dari pada IMS. Walaupun telah dilakukan beberapa upaya untuk meningkatkan sensitivitas dan spesifisitas bagan alur duh tubuh vagina untuk mendiagnosis infeksi serviks, yaitu dengan melakukan penilaian terhadap beberapa faktor risiko yang bersifat spesifik, namun sensitivitas dan spesifisitasnya tetap saja rendah.

Selain itu, penilaian faktor risiko melalui beberapa pertanyaan yang didasarkan pada kondisi demografis seperti faktor umur, dan status perkawinan, akan cenderung salah mengelompokkan para remaja ke dalam kelompok berisiko menderita radang serviks. Oleh karena itu, perlu dilakukan identifikasi beberapa faktor risiko utama lainnya pada kelompok remaja setempat yang kemudian dinilai untuk mendapatkan faktor risiko yang dianggap paling sesuai untuk daerah tersebut. Khusus untuk kelompok remaja akan lebih tepat bila didasarkan pada faktor risiko yang berkaitan dengan pola perilaku seksual setempat.

BEBERAPA FAKTOR RISIKO RADANG SERVIKS

Bagan alur penatalaksanaan infeksi serviks yang saat ini digunakan, masih jauh dari sempurna. Pada mulanya, duh tubuh vagina merupakan indikasi yang mengarah pada infeksi vagina maupun infeksi serviks. Kemudian baru diketahui bahwa duh tubuh vagina jelas menunjukkan infeksi vagina, tetapi tidak demikian dengan infeksi serviks (gonore dan atau klamidiosis), khususnya pada wanita usia remaja.

Ada beberapa tanda klinis yang nampaknya lebih mengarah kepada infeksi serviks. Pengamatan klinis secara konsisten menemukan kaitan dengan infeksi serviks bila ditemukan mukopus di serviks, erosi serviks, kerapuhan dan perdarahan serviks di antara masa menstruasi atau selama bersanggama.

Sejumlah faktor risiko yang didasarkan pada situasi demografis dan perilaku, sering kali dapat dikaitkan dengan infeksi serviks, misalnya:

- umur kurang dari 21 tahun (atau 25 tahun di beberapa tempat),
- berstatus belum menikah,
- mempunyai lebih dari satu pasangan seksual dalam 3 bulan terakhir,
- memiliki pasangan seksual baru dalam 3 bulan terakhir,
- pasangan seksualnya mengalami IMS, dan
- belum berpengalaman menggunakan kondom.

Beberapa faktor risiko tersebut, walaupun telah diidentifikasi dan divalidasi pada kelompok masyarakat tertentu, tidak dapat dengan mudah diekstrapolasikan kepada kelompok lainnya atau dipergunakan secara lebih luas pada negara lainnya. Sebagian besar peneliti berpendapat bahwa akan lebih tepat bila menggunakan lebih dari satu faktor risiko demografis daripada hanya menggunakan satu faktor risiko saja, akan tetapi satu gejala klinis sudah cukup bermakna untuk menunjukkan indikasi terdapat servisititis.

Penambahan beberapa gejala klinis dan faktor risiko tersebut ke dalam bagan alur duh tubuh vagina telah meningkatkan spesifisitasnya, dan selanjutnya nilai prediksi positif (NPP). Akan tetapi NPP masih tetap rendah, khususnya bila bagan alur tersebut digunakan pada kelompok populasi dengan prevalensi IMS yang rendah.

PEMILIHAN OBAT

Resistensi antimikroba terhadap patogen IMS telah meningkat di berbagai tempat di dunia ini sehingga menyebabkan rejimen pengobatan yang berharga murah tidak lagi efektif atau manjur. Rekomendasi untuk menggunakan obat yang lebih efektif seringkali harus mempertimbangkan biaya dan kemungkinan penyalahgunaan.

Kebijakan obat yang berbeda, misalnya menyediakan obat yang kurang efektif di tingkat pelayanan kesehatan perifer serta obat yang lebih efektif yang biasanya lebih mahal di tingkat pelayanan kesehatan rujukan, hanya akan menambah jumlah kegagalan pengobatan, komplikasi, kasus-kasus yang dirujuk, serta mengurangi keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. Hal semacam ini sangat tidak dianjurkan. Obat-obat yang digunakan untuk pengobatan IMS di semua tingkat fasilitas layanan kesehatan harus memberikan kemanjuran paling tidak 95%. Kriteria pemilihan obat IMS dapat dilihat pada kotak 2.

Kotak 2.

Kriteria Obat untuk IMS

- ◆ **Angka kesembuhan/ kemanjuran tinggi (sekurang-kurangnya 95% di wilayah tersebut)**
 - ◆ **Harga murah**
 - ◆ Toksisitas dan toleransi masih dapat diterima
 - ◆ Pemberian dalam **dosis tunggal**
 - ◆ Cara pemberian **per oral**
 - ◆ Tidak merupakan kontra indikasi untuk ibu hamil atau menyusui.

Obat-obatan yang digunakan sebaiknya termasuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), dan dalam memilih obat-obatan tersebut harus dipertimbangkan tingkat kemampuan pasien dan pengalaman tenaga kesehatan.

PEMERIKSAAN PASIEN INFEKSI MENULAR SEKSUAL

2

Penatalaksanaan pasien IMS yang efektif, tidak terbatas hanya pada pengobatan antimikroba untuk memperoleh kesembuhan dan menurunkan tingkat penularan namun juga memberikan pelayanan paripurna yang dibutuhkan untuk mencapai derajat kesehatan reproduksi yang baik.

Komponen penatalaksanaan IMS meliputi:

- ◆ anamnesis tentang riwayat infeksi/ penyakit,
- ◆ pemeriksaan fisik dan pengambilan spesimen/bahan pemeriksaan,
- ◆ diagnosis yang tepat,
- ◆ pengobatan yang efektif,
- ◆ nasehat yang berkaitan dengan perilaku seksual,
- ◆ penyediaan kondom dan anjuran pemakaiannya,
- ◆ penatalaksanaan mitra seksual,
- ◆ pencatatan dan pelaporan kasus, dan
- ◆ tindak lanjut klinis secara tepat.

ANAMNESIS

Anamnesis dapat dilakukan oleh tenaga medis atau pun paramedis, bertujuan untuk:

- ◆ menentukan faktor risiko pasien.
- ◆ membantu menegakkan diagnosis sebelum dilakukan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang lainnya.
- ◆ membantu mengidentifikasi pasangan seksual pasien.

Agar tujuan anamnesis tercapai, diperlukan keterampilan melakukan komunikasi verbal (cara kita berbicara dan mengajukan pertanyaan kepada pasien) maupun ketrampilan komunikasi non verbal (keterampilan bahasa tubuh saat menghadapi pasien).

Sikap saat melakukan anamnesis pada pasien IMS perlu diperhatikan, yaitu:

- ◆ sikap sopan dan menghargai pasien yang tengah dihadapi
- ◆ menciptakan suasana yang menjamin privasi dan kerahasiaan, sehingga sebaiknya dilakukan dalam ruang tertutup dan tidak terganggu oleh keluar-masuk petugas
- ◆ Dengan penuh perhatian mendengarkan dan menyimak perkataan pasien, jangan sambil menulis saat pasien berbicara dan jangan memutuskan pembicaraannya.
- ◆ Gunakan keterampilan verbal anda dengan memulai rangkaian anamnesis menggunakan pertanyaan terbuka, dan mengakhiri dengan pertanyaan tertutup. Pertanyaan terbuka memungkinkan pasien untuk memberikan jawaban lebih panjang sehingga dapat memberikan gambaran lebih jelas, sedangkan pertanyaan tertutup adalah salah satu bentuk pertanyaan yang mengharapkan jawaban singkat, sering dengan perkataan “ya” atau “ tidak”, yang biasanya digunakan untuk lebih memastikan hal yang dianggap belum jelas.
- ◆ Gunakan keterampilan verbal secara lebih mendalam, misalnya dengan memfasilitasi, mengarahkan, memeriksa, dan menyimpulkan, sambil menunjukkan empati, meyakinkan dan kemitraan.
- ◆ Rangkaian pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada pasien IMS dapat dilihat pada kotak 2.

Untuk menggali faktor risiko perlu ditanyakan beberapa hal tersebut di bawah ini. Berdasarkan penelitian faktor risiko oleh WHO (World Health Organization) di beberapa negara (di Indonesia masih belum diteliti), pasien akan dianggap berperilaku berisiko tinggi bila terdapat jawaban “ya” untuk satu atau lebih pertanyaan di bawah ini:

1. Pasangan seksual > 1 dalam 1 bulan terakhir
2. Berhubungan seksual dengan penjaja seks dalam 1 bulan terakhir
3. Mengalami 1/ lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir.
4. Perilaku pasangan seksual berisiko tinggi.

Kotak 3.

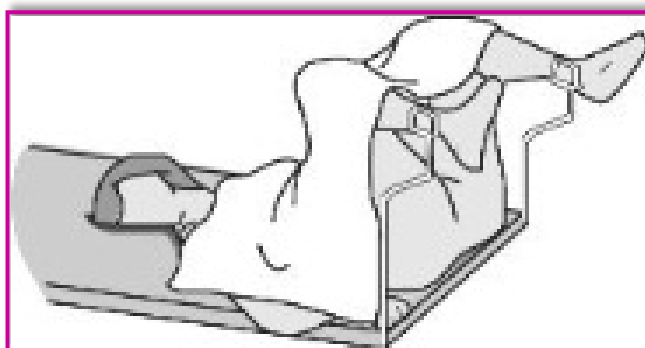
Informasi yang perlu ditanyakan kepada pasien:

1. Keluhan utama
2. Keluhan tambahan
3. Riwayat perjalanan penyakit
4. Siapa menjadi pasangan seksual tersangka (wanita/pria penaja seks, teman, pacar, suami/isteri)
5. Kapan kontak seksual tersangka dilakukan
6. Jenis kelamin pasangan seksual
7. Cara melakukan hubungan seksual (genito-genital, orogenital, anogenital)
8. Penggunaan kondom (tidak pernah, jarang, sering, selalu)
9. Riwayat dan pemberi pengobatan sebelumnya (dokter/bukan dokter/sendiri)
10. Hubungan keluhan dengan keadaan lainnya – menjelang/sesudah haid; kelelahan fisik/psikis; penyakit: diabetes, tumor, keganasan, lain-lain); penggunaan obat: antibiotika, kortikosteroid, kontrasepsi); pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR); rangsangan seksual; kehamilan; kontak seksual
11. Riwayat IMS sebelumnya dan pengobatannya
12. Hari terakhir haid
13. Nyeri perut bagian bawah
14. Cara kontrasepsi yang digunakan dan mulai kapan

PEMERIKSAAN FISIS

Pemeriksaan fisik terutama dilakukan pada daerah genitalia dan sekitarnya, yang dilakukan di ruang periksa dengan lampu yang cukup terang. Lampu sorot tambahan diperlukan untuk pemeriksaan pasien perempuan dengan spekulum. Dalam pelaksanaan sebaiknya pemeriksa didampingi oleh seorang tenaga kesehatan lain. Pada pemeriksaan terhadap pasien perempuan, pemeriksa didampingi oleh paramedis perempuan, sedangkan pada pemeriksaan pasien laki-laki, dapat didampingi oleh tenaga paramedis laki-laki atau perempuan. Beri penjelasan lebih dulu kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan:

- ◆ Pada saat melakukan pemeriksaan fisik genitalia dan sekitarnya, pemeriksa harus selalu menggunakan sarung tangan. Jangan lupa mencuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa.
- ◆ Pasien harus membuka pakaian dalamnya agar dapat dilakukan pemeriksaan genitalia (pada keadaan tertentu, kadang-kadang pasien harus membuka seluruh pakaiannya secara bertahap).
 - Pasien perempuan, diperiksa dengan berbaring pada meja ginekologik dalam posisi litotomi (Gambar 2).
 - Pemeriksa duduk dengan nyaman sambil melakukan inspeksi dan palpasi mons pubis, labia, dan perineum
 - Periksa daerah genitalia luar dengan memisahkan ke dua labia, perhatikan adakah kemerahan, pembengkakan, luka/lecet, massa, atau duh tubuh



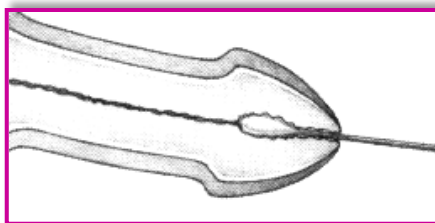
Gambar 2. Posisi litotomi

- Pemeriksaan pasien laki-laki dapat dilakukan sambil duduk/ berdiri.
 - Perhatikan daerah penis, dari pangkal sampai ujung, serta daerah skrotum
 - Perhatikan adakah duh tubuh, pembengkakan, luka/lecet atau lesi lain
- ◆ Lakukan inspeksi dan palpasi pada daerah genitalia, perineum, anus dan sekitarnya.
- ◆ Jangan lupa memeriksa daerah inguinal untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening setempat (regional)
- ◆ Bilamana tersedia fasilitas laboratorium, sekaligus dilakukan pengambilan bahan pemeriksaan.
- ◆ Pada pasien pria dengan gejala duh tubuh genitalia disarankan untuk tidak berkemih selama 1 jam (3 jam lebih baik), sebelum pemeriksaan.

PENGAMBILAN SPESIMEN

Pasien laki-laki dengan gejala duh tubuh uretra

1. Beri penjelasan lebih dahulu agar pasien tidak perlu merasa takut saat pengambilan bahan duh tubuh genitalia dengan sengkeliit atau dengan *swab* berukuran kecil
2. Bila menggunakan sengkeliit, gunakanlah sengkeliit steril.
3. Masukkan sengkeliit/*swab* ke dalam orifisium uretra eksterna sampai kedalaman 1-2 cm, putar *swab* (untuk sengkeliit tidak perlu diputar namun cukup menekan dinding uretra), dan tarik keluar perlahan-lahan (Gambar 3).
4. Oleskan duh tubuh ke atas kaca obyektif yang sudah disiapkan
5. Bila tidak tampak duh tubuh uretra dapat dilakukan pengurutan (*milking*) oleh pasien.



Gambar 3. Inseri *swab* ke dalam uretra dan diputar 180°

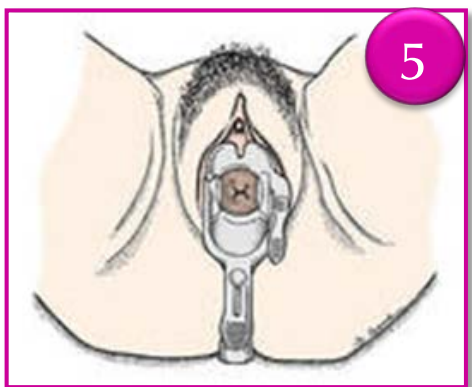
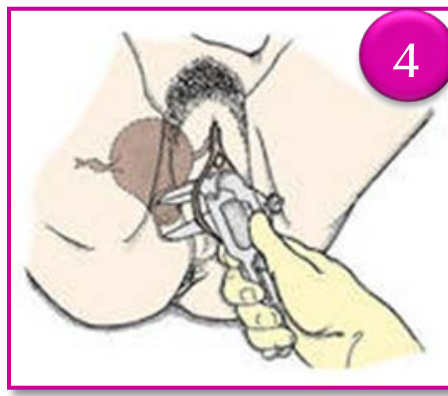
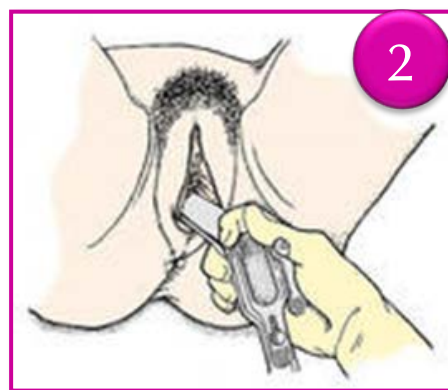
Pasien perempuan dengan duh tubuh vagina

Pasien perempuan dengan status sudah menikah, dilakukan pemeriksaan dengan spekulum serta pengambilan spesimen

1. Beri penjelasan lebih dulu mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan agar pasien tidak merasa takut
2. Bersihkan terlebih dahulu dengan kain kasa yang telah dibasahi larutan NaCl
3. Setiap pengambilan bahan harus menggunakan spekulum steril (sesuaikan ukuran spekulum dengan riwayat kelahiran *per vaginam*), *swab* atau sengkeliit steril
4. Masukkan daun spekulum steril dalam keadaan tertutup dengan posisi tegak/vertikal ke dalam vagina, dan setelah seluruhnya masuk kemudian putar pelan-pelan sampai daun spekulum dalam posisi datar/horizontal. Buka spekulum dan dengan bantuan lampu sorot vagina cari serviks. Kunci spekulum pada posisi itu sehingga serviks terfiksasi (Gambar 4).
5. Setelah itu dapat dimulai pemeriksaan serviks, vagina dan pengambilan spesimen
 - ◆ Dari serviks: bersihkan daerah endoserviks dengan kasa steril, kemudian ambil spesimen duh tubuh serviks dengan sengkeliit/ swab Dacron™ steril untuk pembuatan sediaan hapus, dengan swab Dacron™ yang lain dibuat sediaan biakan,
 - ◆ Dari forniks posterior: dengan sengkeliit/ swab Dacron™ steril untuk pembuatan sediaan basah, dan lakukan tes amin
 - ◆ Dari dinding vagina: dengan kapas lidi/ sengkeliit steril untuk sediaan hapus,
 - ◆ Dari uretra: dengan sengkeliit steril untuk sediaan hapus
6. Cara melepaskan spekulum: kunci spekulum dilepaskan, sehingga spekulum dalam posisi tertutup, putar spekulum 90° sehingga daun spekulum dalam posisi tegak, dan keluarkan spekulum perlahan-lahan.

Pada pasien perempuan berstatus belum menikah tidak dilakukan pemeriksaan dengan spekulum, karena akan merusak selaput daranya sehingga bahan pemeriksaan hanya diambil dengan sengkeliit steril dari vagina dan uretra. Untuk pasien perempuan yang belum menikah namun sudah aktif berhubungan seksual, diperlukan *informed consent* sebelum melakukan pemeriksaan dengan spekulum. Namun bila pasien menolak pemeriksaan dengan spekulum, pasien ditangani menggunakan bagan alur tanpa spekulum.

Gambar 4. Langkah-langkah pemasangan spekulum



1. Dengan jari tangan buka introitus untuk memasukkan spekulum
2. Spekulum dimasukkan dalam posisi oblik (daun spekulum dimiringkan)
3. Setelah tampak posisi uterus, arahkan spekulum pada serviks
4. Buka spekulum untuk memperlihatkan ostium serviks eksternal
5. Setelah posisi spekulum di vagina menunjukkan ostium serviks, lakukan penguncian spekulum

Pasien dengan gejala ulkus genitalis (laki-laki dan perempuan)

1. Untuk semua pasien dengan gejala ulkus genital, sebaiknya dilakukan pemeriksaan serologi untuk sifilis dari bahan darah vena (RPR=*rapid plasma reagin, syphilis rapid test*)
2. Untuk pemeriksaan *Treponema pallidum* pada ulkus yang dicurigai karena sifilis:
 - a. Ulkus dibersihkan terlebih dahulu dengan kain kasa yang telah dibasahi larutan salin fisiologis (NaCl 0,9%)
 - b. Ulkus ditekan di antara ibu jari dan telunjuk sampai keluar cairan serum
 - c. Serum dioleskan ke atas kaca obyek untuk pemeriksaan Burry atau mikroskop lapangan gelap bila ada.

PEMERIKSAAN LAIN

Pemeriksaan bimanual

1. Gunakan sarung tangan dan dapat digunakan pelumas
2. Masukkan jari tengah dan telunjuk tangan kanan ke dalam vagina, ibu jari harus dalam posisi abduksi, sedangkan jari manis dan kelingking ditekuk ke arah telapak tangan
3. Untuk palpasi uterus: letakkan tangan kiri di antara umbilikus dan tulang simfisis pubis, tekan ke arah tangan yang berada di dalam pelvik
4. Dengan jari tangan, raba fundus uteri sambil mendorong serviks ke anterior dengan jari-jari yang berada di pelvik. Perhatikan ukuran, posisi, konsistensi, mobilitas uterus, dan kemungkinan rasa nyeri saat menggoyangkan serviks
5. Dengan perlahan, geser jari-jari yang berada di vagina menuju forniks lateral sambil tangan yang berada di atas perut menekan ke arah inferior



Gambar 5. Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan anoskopi

Indikasi

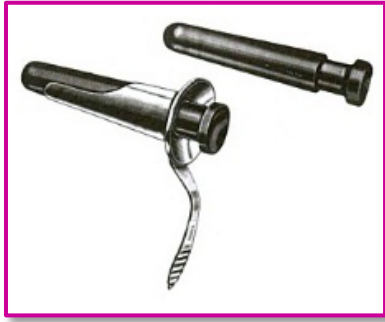
Bila terdapat keluhan atau gejala pada anus dan rektum, pasien dianjurkan untuk diperiksa dengan anoskopi bila tersedia alat tersebut. Pemeriksaan ini sekaligus dapat melihat keadaan mukosa rektum atau pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium bila tersedia fasilitas.

Kontra indikasi

Anus imperforata merupakan kontra indikasi absolut untuk tindakan anoskopi. Bila pasien yang ketakutan mengeluh nyeri hebat dapat pula menghambat pemeriksaan anoskopi, sehingga pemeriksa perlu terlebih dulu menenangkan pasien.

Posisi pasien

Pasien berbaring dalam posisi Sim atau miring dengan lutut ditekuk serta pinggul ditekuk 45°. Posisi pasien di sebelah kiri pemeriksa.



Gambar 6a. Alat anoskop berbahan *stainless steel* (disertai obturator)



Gambar 6b. Alat anoskop berbahan plastik sekali pakai



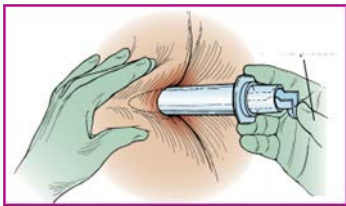
Gambar 7. Posisi lateral dekubitus atau posisi Sim. Pasien tidak perlu membuka seluruh baju seperti dalam gambar, namun cukup membuka celananya sampai nampak daerah anus.

Prosedur

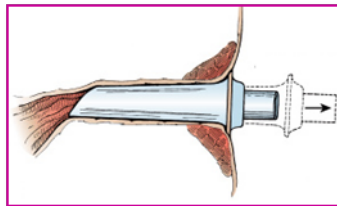
1. Sebelum melakukan pemeriksaan anoskopi, lakukan inspeksi daerah anus dan sekitarnya, kemudian lakukan pemeriksaan rektum dengan jari tangan (*digital rectal examination*)
2. Bila menggunakan anoskopi dengan bagian obturator yang dapat dilepaskan, pastikan bahwa obturator telah terpasang dengan benar
3. Beri pelumas sepanjang badan anoskop dengan pelumas standard atau lidokain
4. Masukkan anoskop secara perlahan, dengan sedikit tekanan untuk melawan tahanan akibat kontraksi otot sfingter anus eksterna. Terus dorong alat anoskop sampai mencapai anorektum (lihat gambar 8)

5. Bila obturator terdorong mundur saat insersi, lepaskan anoskop seluruhnya dan ganti obturator untuk mencegah mukosa anus terjepit bila obturator dimasukkan belakangan.
6. Dorong terus anoskop sampai batas luar anoskopi mengenai pinggiran anus.
7. Kecuali alat anoskop dilengkapi dengan lampu, dapat digunakan sumber penerangan dari luar, misalnya lampu senter atau lampu untuk pemeriksaan pelvis.
8. Bila anoskop sudah masuk dengan sempurna, tarik obturator keluar
9. Sambil menarik anoskop perlahan-lahan, perhatikan saluran anus. Adakah perdarahan anus proksimal dari jangkauan anoskop. Hapus darah atau debris sehingga lapang pandang lebih baik, dan bila ditemukan duh tubuh dapat dilakukan biakan.
10. Setelah seluruh lingkaran mukosa anus diinspeksi, pelan-pelan tarik anoskop. Perhatikan sumber nyeri atau perdarahan di daerah distal, misalnya hemoroid, fisura rektum, ulkus, abses, atau robekan.
11. Mendekati tahap akhir penarikan, hati-hati terhadap refleksi spasme sfingktor anus yang dapat menyebabkan anoskop terlempar. Gunakan tekanan yang agak kuat untuk mencegah anoskop melejit keluar.

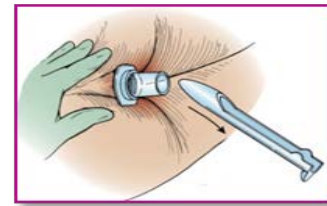
Gambar 8. Cara memasang anoskop



Ibu jari menekan obturator saat memasukkan alat anoskop sampai masuk seluruhnya



Arahkan anoskop ke umbilikus, dan tarik obturator bila alat sudah masuk seluruhnya



Saat menarik instrumen, lakukan pemeriksaan menyeluruh secara rinci menggunakan alat penerangan / lampu

DIAGNOSIS & PENGOBATAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL

3

Diagnosis pasien IMS dapat ditegakkan berdasarkan pendekatan sindrom bagi sarana pelayanan kesehatan yang tidak memiliki fasilitas laboratorium, atau secara etiologis berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium sederhana.

DIAGNOSIS IMS MENGGUNAKAN BAGAN ALUR

Dalam penggunaan bagan alur, dapat dilihat 3 macam kotak yang berbeda, masing-masing mempunyai tujuan:

Kotak segi empat dengan sudut tumpul: merupakan kotak masalah yang memberikan keterangan tentang keluhan dan gejala, dan merupakan awal dari setiap bagan alur.

KOTAK MASALAH

Kotak segi enam: merupakan kotak keputusan yang selalu mempunyai dua alur keluar yang mengarah ke kotak tindakan. Kedua alur itu adalah alur “ya” dan alur “tidak”.

KOTAK KEPUTUSAN

Kotak segi empat dengan sudut tajam: merupakan kotak tindakan. Kotak ini menunjukkan penatalaksanaan yang harus dilakukan.

KOTAK TINDAKAN

Selanjutnya akan dibahas tentang penatalaksanaan delapan sindrom klinis IMS yang sering dijumpai.

1. DUH TUBUH URETRA

Pasien laki-laki yang datang dengan keluhan duh tubuh uretra dan atau nyeri pada saat kencing agar diperiksa terlebih dulu ada tidaknya duh tubuh. Bilamana tidak tampak duh tubuh, agar dilakukan *milking*, yaitu pengurutan uretra mulai dari pangkal penis ke arah muara uretra. Bila masih belum terlihat, dianjurkan untuk tidak kencing sekurang-kurangnya 3 jam sebelum diperiksa.

Pada pemeriksaan dengan pendekatan sindrom tanpa tanpa sarana laboratorium, dapat digunakan bagan 1. DUH TUBUH URETRA PADA LAKI-LAKI DENGAN PENDEKATAN SINDROM

Bila tersedia mikroskop, pemeriksaan terhadap sediaan hapusan uretra, dapat dilihat peningkatan jumlah leukosit polimorfonuklear dan dengan pengecatan Gram dapat terlihat kuman diplokokus negatif Gram intrasel. Pada laki-laki, bila ditemukan lebih dari atau sama 5 leukosit polimorfonuklear per lapangan pandang dengan pembesaran tinggi (X 1000), merupakan indikasi terdapat ureteritis (radang saluran kemih).

Pada fasilitas kesehatan yang memiliki alat bantu mikroskop atau sarana laboratorium, maka dapat digunakan bagan alur Bagan 1a. DUH TUBUH URETRA LAKI-LAKI DENGAN MIKROSKOP.

Kuman patogen penyebab utama duh tubuh uretra adalah *Neisseria gonorrhoeae* (*N.gonorrhoeae*) dan *Chlamydia trachomatis* (*C.trachomatis*). Oleh karena itu, pengobatan pasien dengan duh tubuh uretra secara sindrom harus dilakukan serentak terhadap kedua jenis kuman penyebab tersebut. Bila ada fasilitas laboratorium yang memadai, kedua kuman penyebab tersebut dapat dibedakan, dan selanjutnya pengobatan secara lebih spesifik dapat dilakukan. Etiologi uretritis non-gonokokus terutama disebabkan oleh *C.trachomatis*, sehingga dalam pengobatannya ditujukan untuk klamidiosis.

Kotak 4.
PENGOBATAN SINDROM DUH TUBUH URETRA
 Pengobatan untuk gonore tanpa komplikasi
 DITAMBAH
 Pengobatan untuk klamidiosis

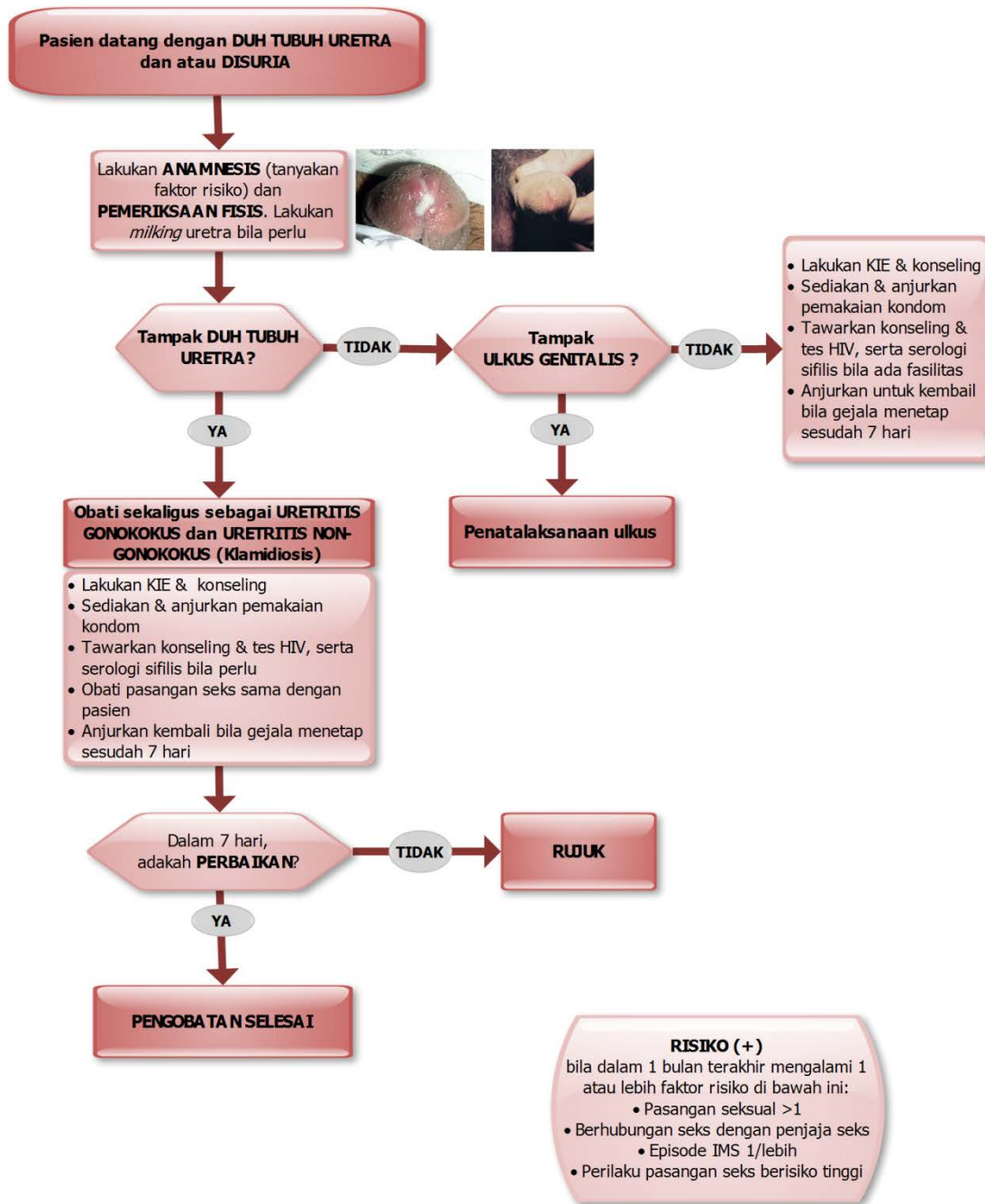
Pasien dianjurkan untuk kontrol kembali bila gejala tetap ada sesudah 7 hari.

Tabel 2. Pengobatan duh tubuh uretra

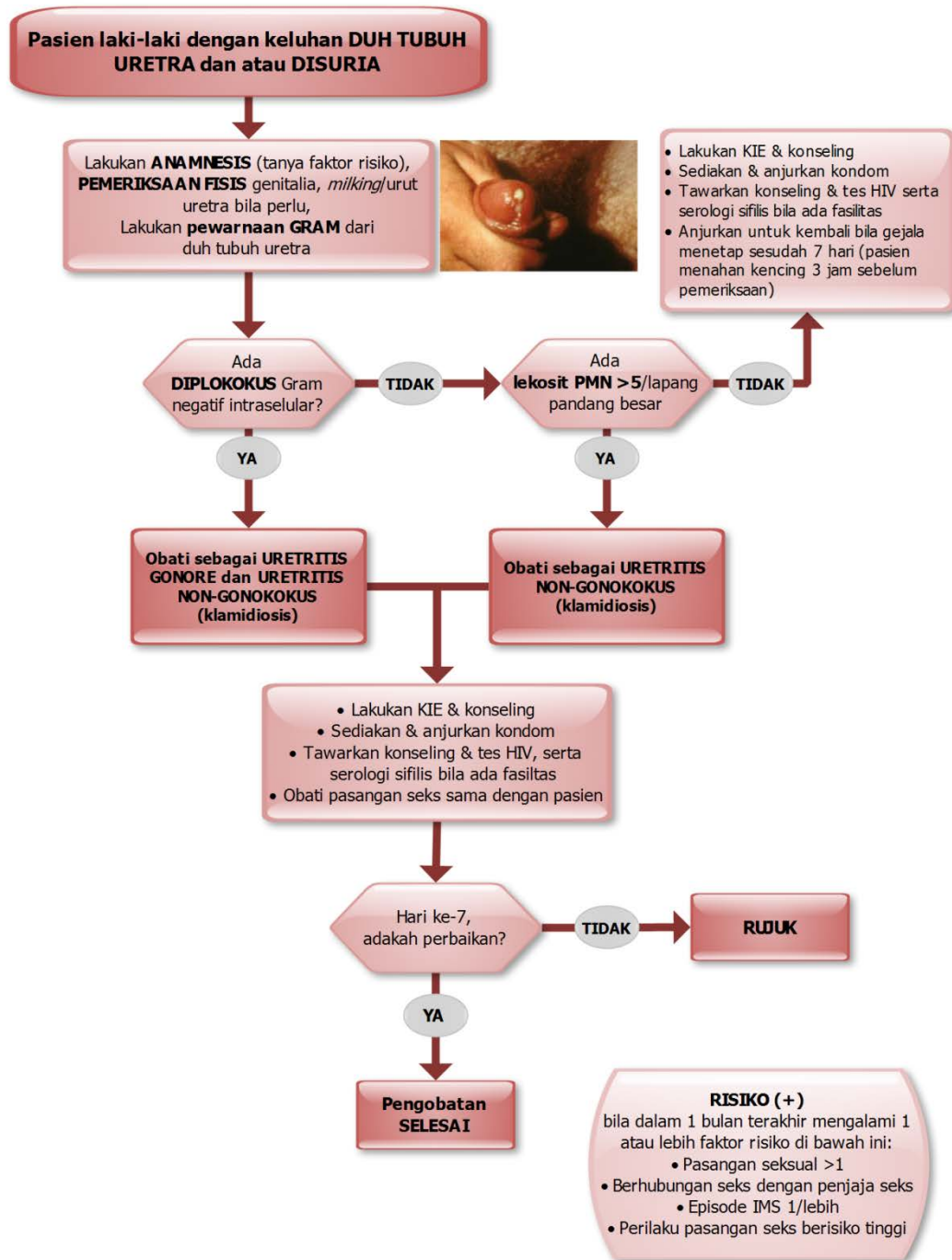
PENGOBATAN URETRITIS GONOKOKUS	PENGOBATAN URETRITIS NON-GONOKOKUS
Sefksim 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 500 mg, dosis tunggal, per oral	Doksisiklin* 2x100 mg, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU	Eritromisin 4x500 mg, per oral, 7 hari
Tiamfenikol 3,5 g, per oral, dosis tunggal ATAU	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
* Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12 tahun IM = intramuskular	

Siprofloksasin dan ofloksasin sudah menunjukkan angka resistensi yang tinggi di beberapa kota, sehingga tidak dianjurkan lagi..

BAGAN 1. DUH TUBUH URETRA LAKI-LAKI DENGAN PENDEKATAN SINDROM



BAGAN 1A. DUH TUBUH URETRA LAKI-LAKI DENGAN PEMERIKSAAN MIKROSKOP



Catatan: bila layanan kesehatan tidak memiliki fasilitas pewarnaan Gram, dapat digunakan biru metilen untuk mewarnai sediaan apus duh tubuh uretra.

Gejala ureteritis yang menetap (setelah pengobatan satu periode selesai) atau rekuren (setelah dinyatakan sembuh, dan muncul lagi dalam waktu 1 minggu tanpa hubungan seksual), kemungkinan disebabkan oleh resistensi obat, atau sebagai akibat kekurang-patuhan minum obat, atau reinfeksi. Namun pada beberapa kasus hal ini mungkin akibat infeksi oleh *Trichomonas vaginalis* (Tv). Sebagai protozoa diperkirakan bahwa Tv memakan kuman gonokok tersebut (fagositosis), sehingga kuman gonokok tersebut terhindar dari pengaruh pengobatan. Setelah Tv mati maka kuman gonokok tersebut kembali melepaskan diri dan berkembang biak.

Ada temuan baru yang menunjukkan bahwa di daerah tertentu bisa dijumpai prevalensi Tv yang tinggi pada laki-laki dengan keluhan duh tubuh uretra. Bilamana gejala duh tubuh tetap ada atau timbul gejala kambuhan setelah pemberian pengobatan secara benar terhadap gonore maupun klamidiosis pada kasus indeks dan pasangan seksualnya, maka pasien tersebut harus diobati untuk infeksi Tv. Hal ini hanya dilakukan bila ditunjang oleh data epidemiologis setempat. Bilamana simptom tersebut masih ada sesudah pengobatan Tv, maka pasien tersebut harus dirujuk. Sampai saat ini data epidemiologi trikomoniasis pada pria di Indonesia sangat sedikit, oleh karena itu bila gejala duh tubuh uretra masih ada setelah pemberian terapi awal sebaiknya penderita dirujuk pada tempat dengan fasilitas laboratorium yang lengkap

Tabel 3. Pengobatan duh tubuh uretra persisten

PENGOBATAN URETRITIS GONOKOKUS	PENGOBATAN URETRITIS NON-GONOKOKUS
Sefiksिम 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 500 mg, dosis tunggal, per oral	Doksisisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lainnya	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari
Tiamfenikol 3,5 g, per oral, dosis tunggal ATAU	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
PENGOBATAN TRIKOMONIASIS	
Dianjurkan: Metronidazol 2 g dosis tunggal	
Pilihan lain: Metronidazol 2 x 500 mg/hari, per oral, selama 7 hari	
* Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12 tahun IM = intramuskular	

2. ULKUS GENITALIS

Angka prevalensi relatif kuman penyebab ulkus genitalis bervariasi, dan sangat dipengaruhi lokasi geografis. Setiap saat angka ini dapat berubah dari waktu ke waktu. Secara klinis diagnosis banding ulkus genitalia tidak selalu tepat, terutama bila ditemukan beberapa penyebab secara bersamaan. Manifestasi klinis dan bentuk ulkus genital sering berubah akibat infeksi HIV.

Sesudah dilakukan pemeriksaan untuk memastikan ulkus genital, pengobatan selanjutnya disesuaikan dengan penyebab dan pola sensitivitas antibiotik setempat, misalnya, di daerah dengan prevalensi sifilis maupun *chancroid* yang cukup menonjol, maka pasien dengan ulkus genitalis harus segera diobati terhadap kedua kuman penyebab tersebut. Hal ini dilakukan untuk menjaga kemungkinan pasien tidak kembali untuk tindak lanjut.

Sedangkan untuk daerah yang sering ditemukan granuloma inguinale atau limfogranuloma venereum (LGV), pengobatan terhadap kedua mikroorganisme tersebut juga perlu diperhatikan. Di beberapa negara, herpes genitalis sangat sering ditemukan sebagai penyebab ulkus genitalis. Sedang untuk daerah yang sering ditemukan infeksi HIV, maka peningkatan proporsi kasus ulkus genitalis yang disebabkan oleh virus herpes simpleks sering terjadi. Ulkus pada pasien yang disebabkan oleh virus herpes yang bersamaan dengan virus HIV gejalanya tidak khas dan menetap lebih lama.

Pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang untuk menegakkan diagnosis sangat jarang dapat membantu pada kunjungan pertama pasien, dan biasanya hal ini terjadi sebagai akibat infeksi campuran. Dapat ditambahkan pula, bahwa di daerah dengan angka prevalensi sifilis tinggi, tes serologis yang reaktif mungkin akan lebih mencerminkan keadaan infeksi sebelumnya dan dapat memberikan gambaran yang tidak sesuai dengan keadaan pasien saat itu. Sedangkan tes serologis negatif, belum tentu menyingkirkan kemungkinan ulkus akibat sifilis stadium primer, mengingat reaktivitas tes serologi sifilis baru muncul 2-3 minggu setelah timbul ulkus.

Saat ini sering dijumpai ulkus genitalis bersamaan dengan infeksi HIV, yang menyebabkan manifestasi klinis berbagai ulkus tersebut menjadi tidak spesifik. Ulkus karena sifilis stadium 1 maupun herpes genitalis menjadi tidak khas; *chancroid* menunjukkan ulkus yang lebih luas, berkembang secara agresif, disertai gejala sistemik demam dan menggigil; lesi herpes genitalis mungkin berbentuk ulkus multipel yang persisten dan lebih memerlukan perhatian medis, berbeda dengan vesikel yang umumnya dapat sembuh sendiri (*self limiting*) pada seorang yang immunokompeten.

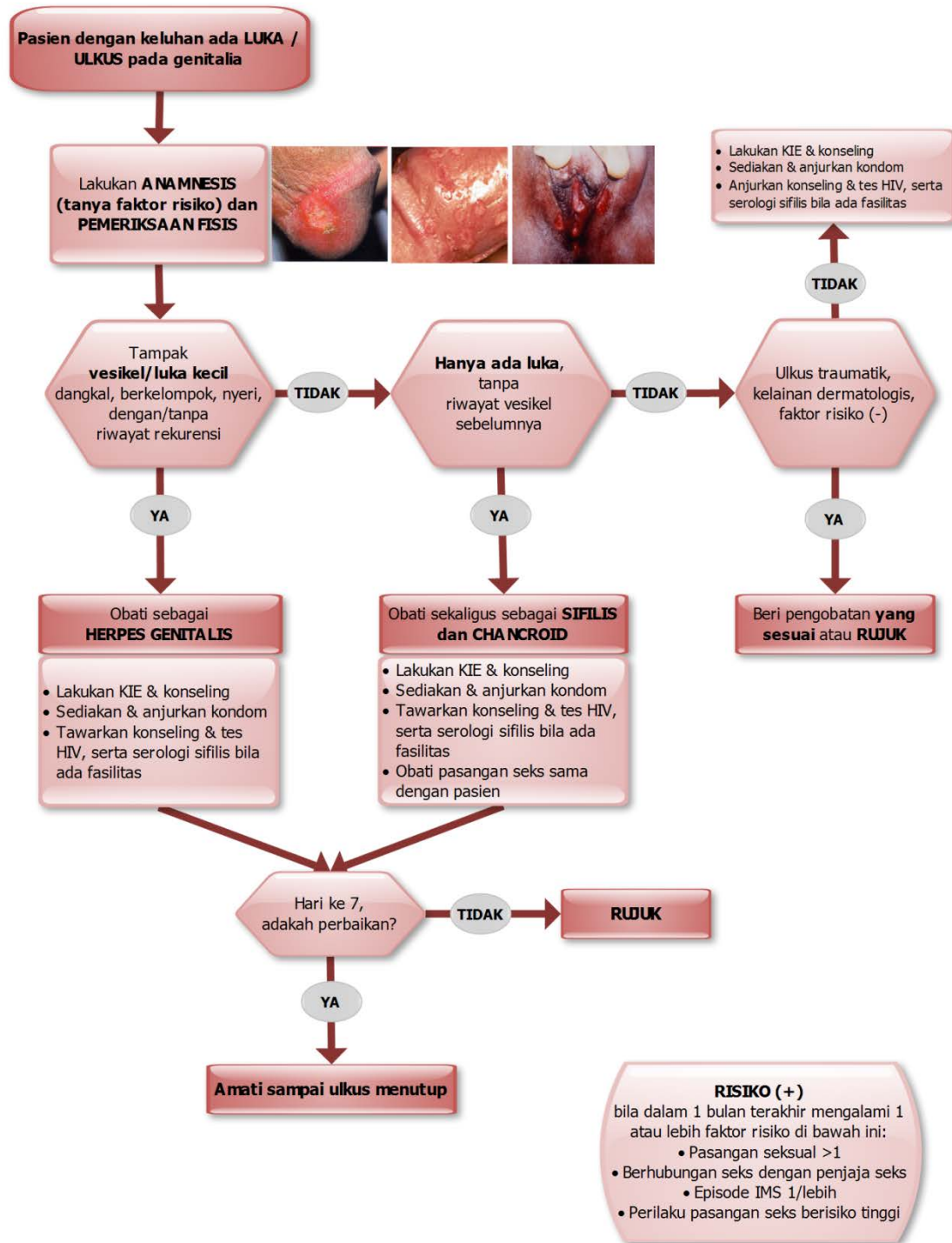
Infeksi HIV yang bersamaan juga dapat mengakibatkan kegagalan pengobatan pada sifilis fase awal, *chancroid*, dan herpes simpleks. Pada pasien yang demikian perlu dipertimbangkan pengobatan dengan waktu yang lebih lama, namun masih diperlukan penelitian lebih lanjut.

Tabel 4. Rincian pengobatan ulkus genitalis

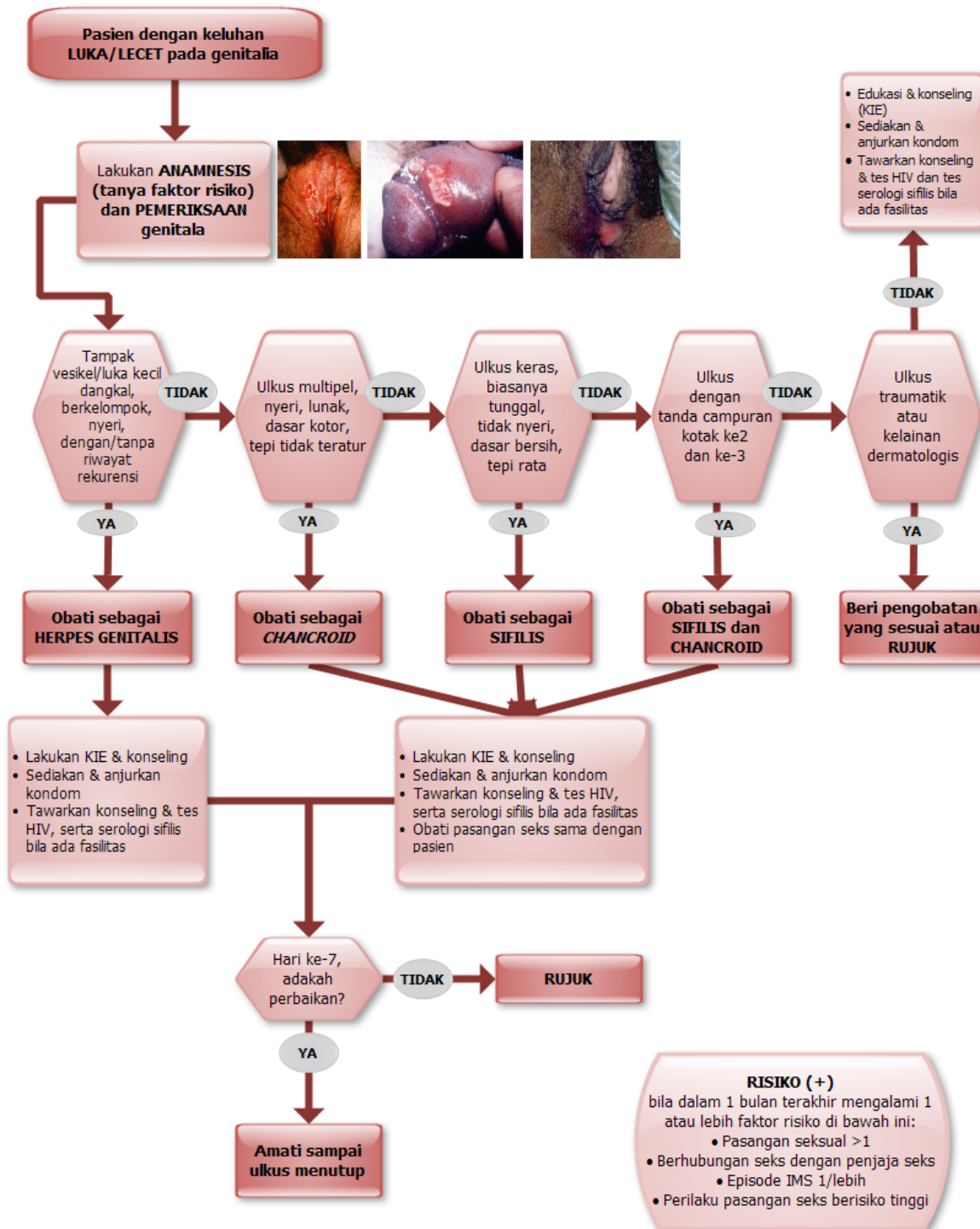
	Sifilis stadium 1 & 2	<i>Chancroid</i> (ulkus mole)	Herpes genitalis episode pertama	Herpes genitalis rekurens	Limfogranuloma venereum
Obat yang dianjurkan	Benzatin - benzilpenisilin 2,4 juta IU, dosis tunggal, injeksi intramuskular	Siprofloksasin* , 2x500 mg/hari, per oral, selama 3 hari ATAU Eritromisin base , 4x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari ATAU Azitromisin 1 g, per oral, dosis tunggal ATAU	Asiklovir , 5x200 mg/hari, per oral, selama 7 hari, ATAU Asiklovir 3x400 mg/hari selama 7 hari ATAU Valasiklovir , 2x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari,	Asiklovir , 5x200 mg/hari, per oral, selama 5 hari, ATAU Asiklovir 3x400 mg/hari selama 5 hari ATAU Valasiklovir , 2x500 mg/hari, per oral, selama 5 hari,	Doksisiklin * , 2x100 mg/hari, per oral, selama 14 hari, ATAU Eritromisin base 4x500 mg/hari, per oral, selama 14 hari
Obat pilihan lain	Penisilin-prokain injeksi IM 600.000 U/hari selama 10 hari	Seftriakson 250 mg, injeksi intramuskuler, dosis tunggal			
Alergi penisilin dan tidak hamil	Doksisiklin* 2X100 mg/hari per oral, selama 30 hari ATAU Eritromisin 4 x 500 mg/hari selama 30 hari				

*Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil/menyusui atau anak berumur kurang dari 12 tahun

BAGAN 2. ULKUS GENITALIS DENGAN PENDEKATAN SINDROM



BAGAN 2A. ULKUS GENITALIS KHUSUS UNTUK TENAGA MEDIS



Penanganan pasien hamil dengan riwayat alergi penisilin

Untuk pengobatan sifilis dalam kehamilan, tidak ada alternatif lain selain penisilin yang terbukti manjur. Ibu hamil dengan riwayat alergi penisilin, harus menjalani desensitisasi agar tetap dapat diobati dengan penisilin. Penisilin juga dianjurkan pada pasien sifilis dengan infeksi HIV.

Untuk menentukan seseorang alergi terhadap penisilin dilakukan melalui uji kulit terhadap benzil-benzatin penisilin. Cara melakukan tes kulit:

1. Campur bubuk benzil-benzatin penisilin 2,4 juta Unit dengan akuades steril sesuai petunjuk sehingga membentuk suspensi
2. Ambil 0,1 cc suspensi menggunakan tabung injeksi 1cc (tipe tuberkulin), tambahkan akuades atau akuabides agar terjadi larutan 1 cc
3. Suntikkan secara intradermal sebanyak 0,02 cc dengan jarum suntik ukuran 26 atau 27 pada permukaan volar lengan bawah
4. Tepi bentol kemerahan akibat injeksi ditandai dengan bolpen
5. Amati selama 15 - 20 menit
6. Bila diameter bentol kemerahan meluas lebih dari 3 mm dibandingkan lesi awal, tes kulit dinyatakan positif

Bila hasil uji kulit positif, berarti pasien alergi terhadap penisilin, dapat dilakukan desensitisasi pada ibu hamil tersebut (lihat tabel 5).

Desensitisasi dapat dilakukan secara oral maupun intravena. Meskipun ke dua cara ini belum pernah dibandingkan, desensitisasi secara oral dianggap lebih aman dan mudah dilakukan.

Desensitisasi harus dilakukan di rumah sakit karena dapat terjadi reaksi alergi yang serius, sehingga selalu tersedia adrenalin dan sarana resusitasi. Desensitisasi dilakukan dalam waktu singkat, berdasarkan peningkatan dosis secara cepat, setiap 15 menit. Diawali dengan dosis yang diencerkan dan diakhiri dengan pengenceran yang sama dengan yang akan digunakan untuk pengobatan. Biasanya dapat diselesaikan dalam waktu 4 – 12 jam setelah pemberian dosis pertama. Setelah desensitisasi, pasien harus tetap diberikan penisilin selama masa pengobatan.

Riwayat nekrolisis epidermis akibat obat (misalnya sindrom Steven-Johnson dan variannya) merupakan kontraindikasi absolut untuk desensitisasi. Bila timbul reaksi yang tidak mengancam jiwa, dapat diberikan antihistamin oral, misalnya setirizin 10 mg.

Tabel 5. Contoh cara melakukan desensitisasi

Tahap	Waktu	Dosis
1.	0 menit	100 U per oral (penisilin V)
2.	15 menit	200 U per oral
3.	30 menit	400 U per oral
4.	45 menit	800 U per oral
5.	1 jam	1.600 U per oral
6.	1 jam 15 menit	3.200 U per oral
7.	1 jam 30 menit	6.400 U per oral
8.	1 jam 45 menit	12.800 U per oral
9.	2 jam	25.000 U per oral
10.	2 jam 15 menit	50.000 U per oral
11.	2 jam 30 menit	100.000 U per oral
12.	2 jam 45 menit	200.000 U per oral
13.	3 jam	400 U per oral
14.	3 jam 15 menit	200.000 U subkutan (penicillin G)
15.	3 jam 30 menit	400.000 U subkutan
16.	3 jam 45 menit	800.000 U subkutan
17.	4 jam	1.000.000 U intramuskular

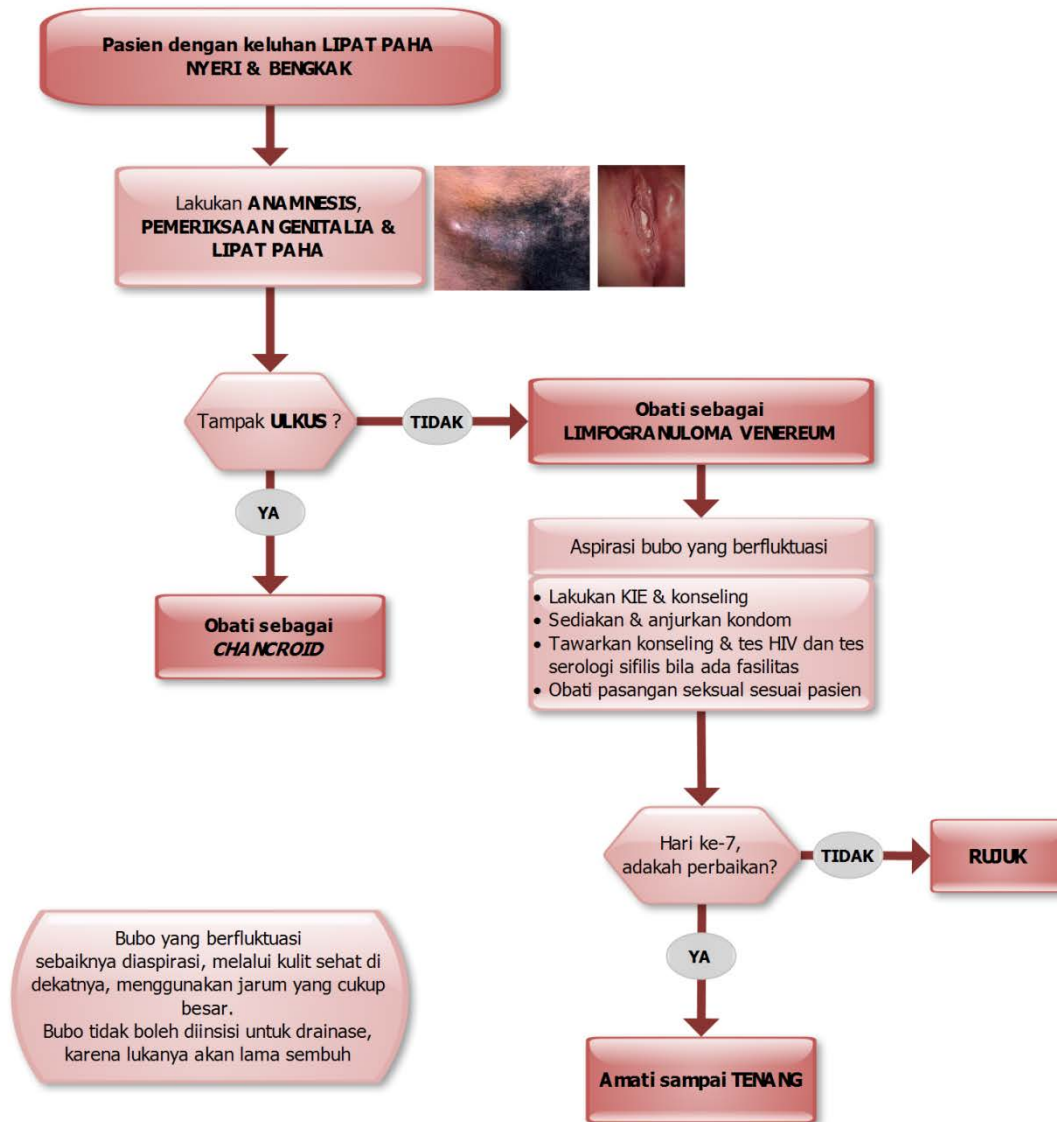
3. BUBO INGUINALIS

Bubo inguinalis dan femoralis adalah pembesaran kelenjar getah bening setempat di daerah pangkal paha disertai rasa sangat nyeri, dan fluktuasi kelenjar. Keadaan ini sering disebabkan oleh limfogranuloma venereum dan *chancroid*. Meskipun *chancroid* erat hubungannya dengan ulkus genital, namun dapat menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening. Penyakit infeksi non-seksual baik infeksi lokal maupun sistemik (misalnya infeksi pada tungkai bawah) juga dapat menyebabkan pembesaran kelenjar getah bening di daerah inguinal.

Tabel 6. Pengobatan bubo inguinal ditujukan pada *chancroid* dan limfogranuloma venereum (LGV)

PENGobatan <i>CHANCROID</i>	PENGobatan LGV
Siprofloksasin* 2x500 mg/hari per oral, selama 3 hari ATAU	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 14 hari ATAU
Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, selama 14 hari
Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral	
Pilihan pengobatan lain	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	Tetrasiklin 4x500 mg/hari, per oral, selama 14 hari
* Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil, ibu menyusui, atau anak di bawah 12 tahun IM = intramuskular	

BAGAN 3. BUBO INGUINALIS



4. PEMBENGGAKAN SKROTUM

Radang saluran epididimis biasanya menimbulkan rasa nyeri pada testis yang bersifat akut, unilateral, dan sering terasa nyeri pada palpasi epididimis dan vas deferens. Tampak pula edema dan kemerahan pada kulit di atasnya. Pada laki-laki berumur kurang dari 35 tahun, pembengkakan skrotum lebih sering disebabkan oleh organisme menular seksual dibandingkan dengan laki-laki berusia lebih dari 35 tahun. Bila terjadi radang epididimis disertai duh tubuh uretra, maka hampir dapat dipastikan bahwa penyebabnya adalah IMS, yang umumnya berupa gonore dan atau klamidiosis. Testis yang terletak berdekatan sering juga menunjukkan radang (orkitis), bila terjadi bersamaan disebut sebagai epididimo-orkitis.

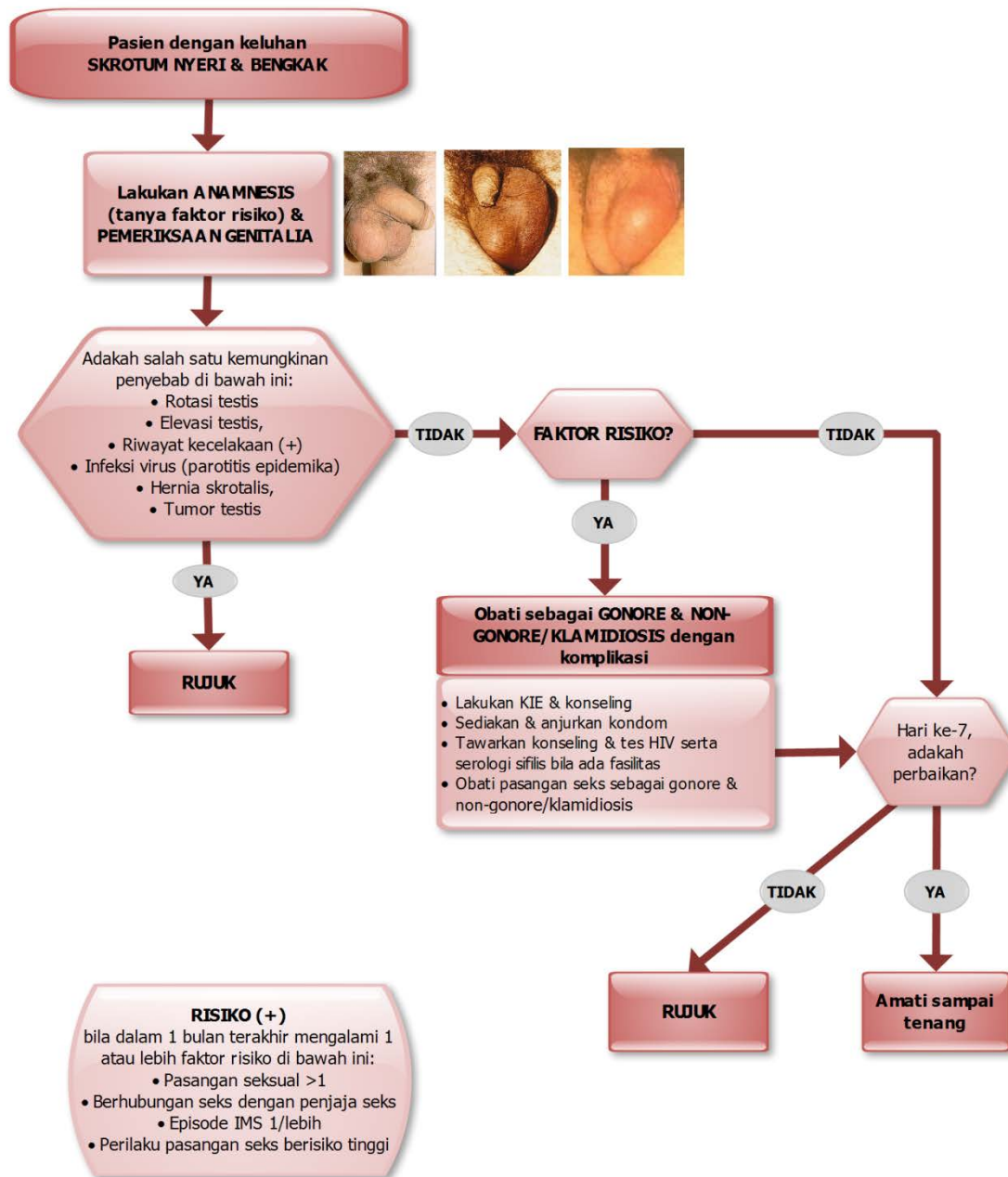
Pada laki-laki yang lebih tua tanpa indikasi penularan lewat hubungan seksual, sering ditemukan penyebab infeksi umum lainnya, misalnya *Escherichia coli*, *Klebsiella spesies*, atau *Pseudomonas aeruginosa*. Orkitis tuberkulosis, umumnya disertai epididimitis, selalu merupakan lesi sekunder dari lesi di tempat lainnya, khususnya yang berasal dari paru- paru atau tulang. Pada *brucellosis*, di sebabkan oleh *Brucella melitensis* atau *Brucella abortus*, secara klinis lebih sering berbentuk orkitis daripada epididimitis. Pada masa pra-pubertas pembengkakan skrotum sering disebabkan oleh infeksi basil *coliform*, *pseudomonas* atau virus penyebab parotitis. Epididimo-orkitis oleh parotitis umumnya terjadi dalam waktu satu minggu sesudah terjadinya pembesaran kelenjar parotis.

Penting untuk diingat bahwa pembengkakan skrotum dapat disebabkan oleh keadaan bukan oleh infeksi virus/ kuman, misalnya akibat rudapaksa, torsi/terputarnya testis atau tumor. Torsi testis perlu dipertimbangkan bila nyeri skrotum terjadi secara mendadak, karena memerlukan tindakan bedah darurat, sehingga perlu segera dirujuk.

Bilamana radang epididimis yang berkaitan dengan IMS tidak mendapatkan pengobatan yang efektif, maka akan menyebabkan infertilitas (kemandulan).

Pembengkakan skrotum perlu diobati dengan obat untuk gonore dengan komplikasi bersama dengan obat untuk klamidiosis

BAGAN 4. PEMBENGGAKAN SKROTUM



Tabel 7. Pengobatan pembengkakan skrotum

PENGobatan PEMBENGKAKAN SKROTUM KARENA GONOKOKUS	PENGobatan PEMBENGKAKAN SKROTUM KARENA KLAMIDIOSIS
Sefksim 400 mg, per oral selama 5 hari ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 500 mg, per oral selama 5 hari	Doksisiklin* 2x100 mg, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, selama 3 hari ATAU	Eritromisin 4x500 mg, per oral, 7 hari ATAU
Tiamfenikol* 3,5 g, per oral, selama 3 hari ATAU	Tetrasiklin* 4x500 mg/hari per oral selama 7 hari
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
* Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12 tahun IM = intramuskular	

5. DUH TUBUH VAGINA

Keluhan duh tubuh vagina abnormal biasanya disebabkan oleh radang vagina, tetapi dapat pula akibat radang serviks yang muko-purulen. Trikomoniasis, kandidiasis dan vaginosis bakterial merupakan keadaan yang paling sering menimbulkan infeksi vagina sedangkan *N.gonorrhoeae* dan *C.trachomatis* sering menyebabkan radang serviks. Deteksi infeksi serviks berdasarkan gejala klinis sulit dilakukan, karena sebagian besar wanita dengan gonore atau klamidiosis tidak merasakan keluhan atau gejala (asintomatis). Gejala duh tubuh vagina abnormal merupakan petunjuk kuat untuk infeksi vagina, namun merupakan petanda lemah untuk infeksi serviks. Jadi semua wanita yang menunjukkan tanda-tanda duh tubuh vagina agar diobati juga untuk trikomoniasis dan vaginosis bakterial.

Di antara wanita dengan gejala duh tubuh vagina, perlu dicari mereka yang cenderung lebih mudah terinfeksi oleh *N.gonorrhoeae* dan atau *C.trachomatis*. Pada kelompok tersebut, akan lebih bermanfaat bila dilakukan pengkajian status risiko, terutama bila faktor risiko tersebut telah disesuaikan dengan pola epidemiologis setempat. Pemeriksaan secara mikroskopik hanya sedikit membantu diagnosis infeksi serviks, karena hasil pemeriksaan yang negatif sering menunjukkan hasil yang negatif palsu. Untuk keadaan ini perlu dilakukan kultur/ biakan kuman.

Pengetahuan tentang prevalensi gonore dan atau klamidiosis pada wanita dengan duh tubuh vagina sangat penting dalam menetapkan pengobatan infeksi serviks. Makin tinggi prevalensi gonore dan atau klamidiosis, maka akan lebih meyakinkan kita untuk memberikan pengobatan terhadap infeksi serviks. Wanita dengan faktor risiko lebih cenderung menunjukkan infeksi serviks dibandingkan dengan mereka yang tidak berisiko. Wanita dengan duh tubuh vagina disertai faktor risiko perlu dipertimbangkan untuk diobati sebagai servitis yang disebabkan oleh gonore dan klamidiosis.

Bila sumber daya memungkinkan, perlu dipertimbangkan untuk melakukan skrining dengan tes laboratorium terhadap para wanita dengan duh tubuh vagina. Skrining tersebut dapat dilakukan terhadap semua wanita dengan duh tubuh vagina atau secara terbatas hanya terhadap mereka dengan duh tubuh vagina dan faktor risiko positif.

Di beberapa negara, bagan alur penatalaksanaan sindrom telah digunakan sebagai perangkat skrining untuk deteksi infeksi serviks pada wanita tanpa keluhan genital sama sekali (misalnya pada pelaksanaan program keluarga berencana). Walaupun hal ini dapat membantu dalam mendeteksi wanita dengan infeksi serviks, tetapi kemungkinan dapat terjadi diagnosis yang berlebihan.

Kotak 5.

PENGOBATAN SINDROM DUH TUBUH VAGINA KARENA INFEKSI SERVIKS

Pengobatan untuk gonore tanpa komplikasi

DITAMBAH

Pengobatan untuk klamidiosis

Kotak 6.

PENGOBATAN SINDROM DUH TUBUH VAGINA KARENA VAGINITIS

Pengobatan untuk trikomoniasis

DITAMBAH

Pengobatan untuk vaginosis bakterial

BILA ADA INDIKASI,

Pengobatan untuk kandidiasis vaginalis

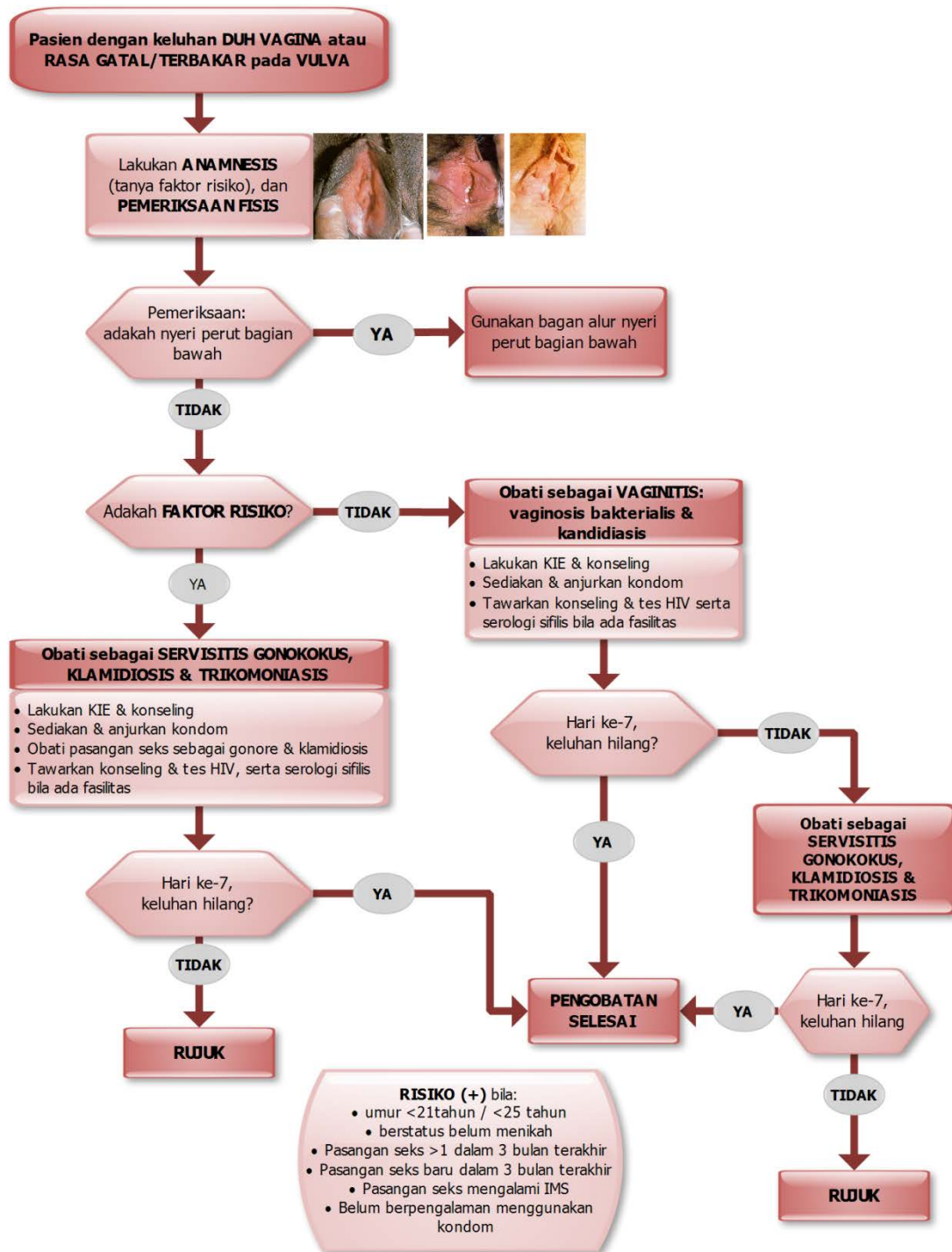
Tabel 8. Pengobatan duh tubuh vagina karena servitis

PENGOBATAN SERVISITIS GONOKOKUS	PENGOBATAN SERVISITIS NON-GONOKOKUS
Sefiksिम 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 500 mg, dosis tunggal, per oral	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari
Tiamfenikol 3,5 g, per oral, dosis tunggal ATAU	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
* Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil, ibu menyusui, atau anak di bawah 12 tahun IM = intramuskular	

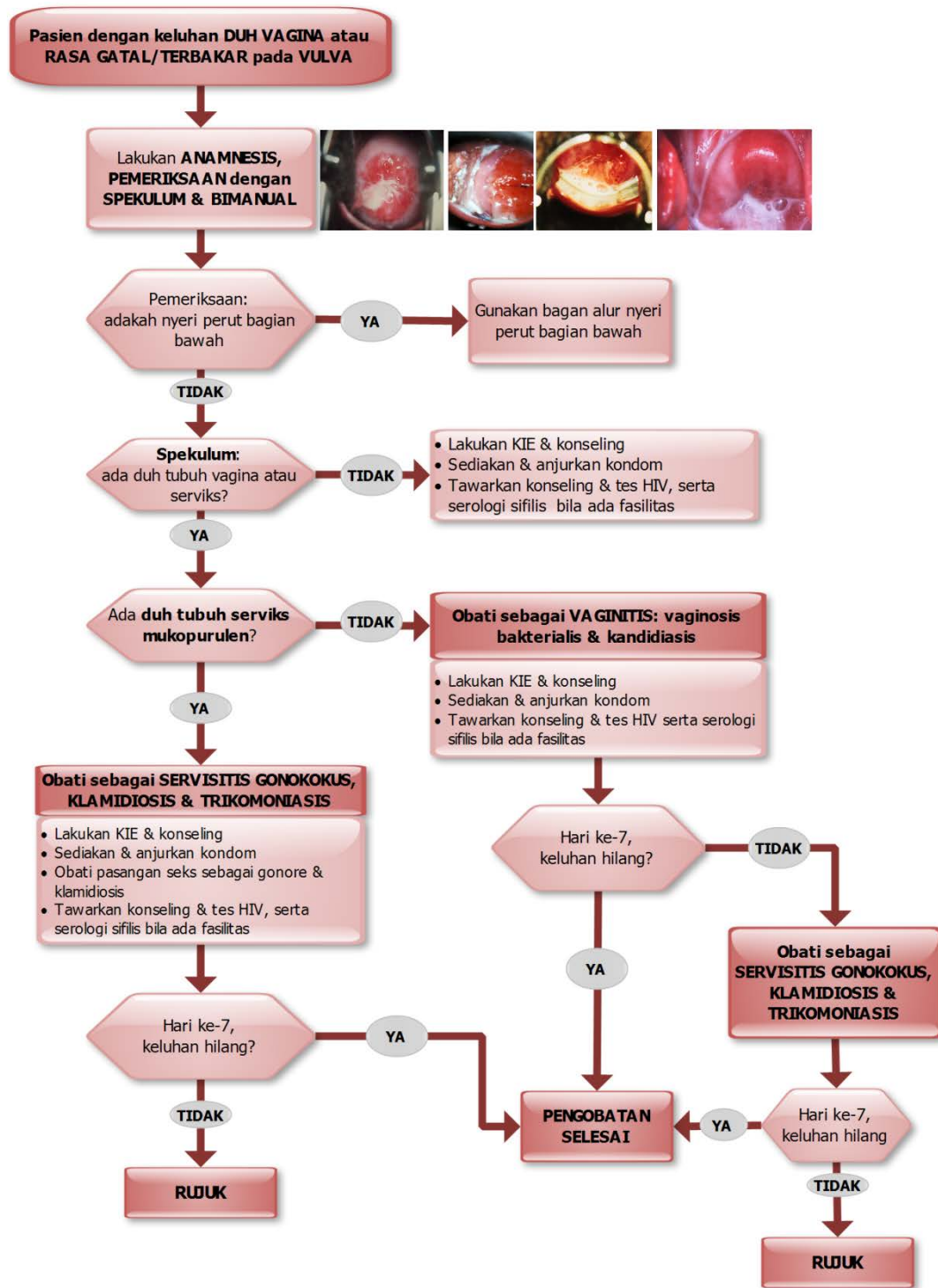
Tabel 9. Pengobatan duh tubuh vagina karena vaginitis

TRIKOMONIASIS	VAGINOSIS BAKTERIALIS	KANDIDIASIS VAGINITIS
Metronidazol** 2 g per oral dosis tunggal	Metronidazol** 2 g per oral dosis tunggal	Mikonazol atau klotrimazol 200 mg intravagina, setiap hari, selama 3 hari ATAU
		Klotrimazol 500 mg intravagina dosis tunggal ATAU
		Flukonazol* 150 mg, per oral dosis tunggal, ATAU
		Itrakonazol* 200 mg, per oral dosis tunggal
Pilihan pengobatan lain		
Metronidazol** 2x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari	Metronidazol** 2x500 mg, selama 7 hari	Nistatin, 100.000 IU, intravagina, setiap hari selama 7 hari
	Klindamisin 2x300 mg/hari per oral, selama 7 hari	
*Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil, ibu menyusui, atau anak di bawah 12 tahun ** Pasien dalam pengobatan metronidazol dianjurkan untuk menghindari minum alkohol		

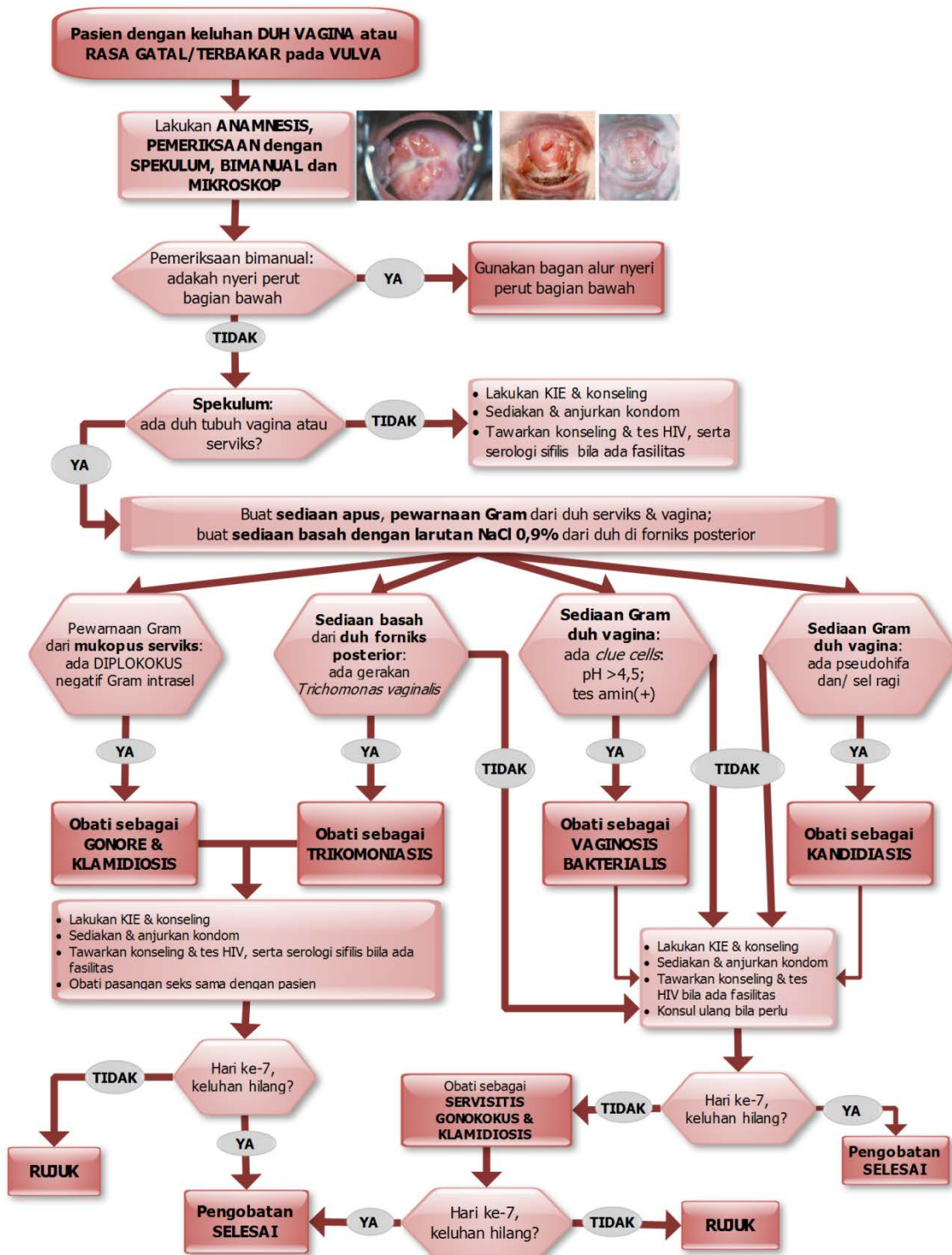
BAGAN 5. DUH TUBUH VAGINA DENGAN PENDEKATAN SINDROM



BAGAN 5A. DUH TUBUH VAGINA DENGAN PEMERIKSAAN INSPEKULO



BAGAN 5B. DUH TUBUH VAGINA DENGAN PEMERIKSAAN INSPEKULO & MIKROSKOP



6. NYERI PERUT BAGIAN BAWAH

Semua wanita aktif seksual dengan keluhan nyeri perut bagian bawah perlu dievaluasi terhadap kemungkinan salpingitis dan atau endometritis atau penyakit radang panggul (PRP). Sebagai tambahan, pemeriksaan abdominal dan bimanual rutin agar dilakukan terhadap semua wanita dengan dugaan IMS karena biasanya wanita dengan PRP atau endometritis pada awalnya tidak akan mengeluhkan nyeri perut bagian bawah. Wanita dengan endometritis akan mengeluhkan duh tubuh vagina dan atau perdarahan vagina, dan atau nyeri pada uterus pada saat pemeriksaan dalam. Gejala yang mengarah kepada PRP antara lain berupa nyeri perut, nyeri pada saat bersanggama (dispareunia), duh tubuh vagina, menometroragia, disuria, nyeri yang berhubungan dengan menstruasi, demam, dan kadang-kadang disertai dengan mual dan muntah.

PRP sulit untuk didiagnosis, sebab manifestasi klinisnya dapat bermacam-macam. Kemungkinan PRP sangat besar bila ditemukan salah satu atau beberapa simtom tersebut di atas disertai dengan nyeri pada adneksa, infeksi traktus genitalia bagian bawah, dan nyeri goyang serviks. Pembesaran salah satu atau kedua tuba falopii, terdapat massa nyeri di dalam panggul yang disertai nyeri spontan atau nyeri lepas pada perut bagian bawah dapat pula ditemukan. Suhu tubuh pasien dapat meningkat, namun pada beberapa kasus dapat tetap normal. Umumnya, para klinisi sering keliru dalam menegakkan diagnosis, sehingga terjadi diagnosis dan pengobatan yang berlebihan.

Rawat inap pasien dengan PRP perlu dipertimbangkan dengan sungguh-sungguh pada keadaan

- ◆ diagnosis tidak dapat dipastikan,
- ◆ indikasi bedah darurat misalnya radang usus buntu (apendisitis), atau kehamilan ektopik terganggu,
- ◆ dugaan abses pada rongga panggul,
- ◆ terdapat kemungkinan penyakit akan semakin parah bila dilakukan rawat jalan,
- ◆ pasien sedang hamil,
- ◆ pasien tidak mau atau tidak menaati rejimen pengobatan bila dilakukan rawat jalan, atau
- ◆ kegagalan pengobatan saat rawat jalan.

Para ahli menganjurkan agar semua pasien dengan PRP harus dirawat inap untuk mendapatkan pengobatan yang lebih baik

Kuman penyebab PRP meliputi *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, dan bakteri anaerob, (*Bacteroides spesies*, dan kokus Gram positif). Kuman berbentuk batang Gram negatif dan *Mycoplasma hominis* dapat juga menjadi penyebab PRP. Secara klinis

penyebab tersebut sulit dibedakan, dan pemeriksaan mikroskopik juga sulit dilakukan, oleh karena itu cara pengobatan yang diberikan harus efektif dan memiliki spektrum yang luas terhadap semua kuman penyebab tersebut. Rejimen yang dianjurkan di bawah ini didasarkan pada prinsip tersebut.

Kotak 7.
PENGOBATAN SINDROM NYERI PERUT BAGIAN BAWAH
 Pengobatan untuk gonore dengan komplikasi
 DITAMBAH
 Pengobatan untuk klamidiosis
 DITAMBAH,
 Pengobatan untuk bakteri anaerob

Tabel 10. Pengobatan pasien PRP rawat jalan

PENGOBATAN NYERI PERUT BAGIAN BAWAH KARENA GONORE DENGAN KOMPLIKASI	PENGOBATAN NYERI PERUT BAGIAN BAWAH KARENA KLAMIDIOSIS
Sefiksिम 1x400 mg/hari, per oral, selama 5 hari, ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 1x 500 mg/hari, per oral, selama 5 hari	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 1x2 g/hari, injeksi IM, selama 3 hari ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari
Tiamfenikol* 1x3,5 g/hari, per oral, selama 5 hari ATAU	
Seftriakson 1x 250 mg/hari, injeksi IM, selama 3 hari	
PENGOBATAN BAKTERI ANAEROB	
Metronidazol** 2x500 mg/hari, per oral, selama 14 hari	
* Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil, ibu menyusui, atau anak di bawah 12 tahun ** Pasien dalam pengobatan metronidazol dianjurkan untuk menghindari minum alkohol IM = intramuskular	

Anjuran tambahan: bila pasien merupakan akseptor alat kontrasepsi dalam rahim / *intrauterine device* (AKDR/IUD) agar dilakukan pengangkatan alat kontrasepsi tersebut, segera sesudah pengobatan dengan antimikroba dimulai. Bila AKDR sudah diangkat, perlu diberikan konseling mengenai cara kontrasepsi selanjutnya.

Tindak lanjut pasien PRP rawat jalan perlu dilakukan sesudah 72 jam, dan lakukan rawat inap bila belum menunjukkan perbaikan.

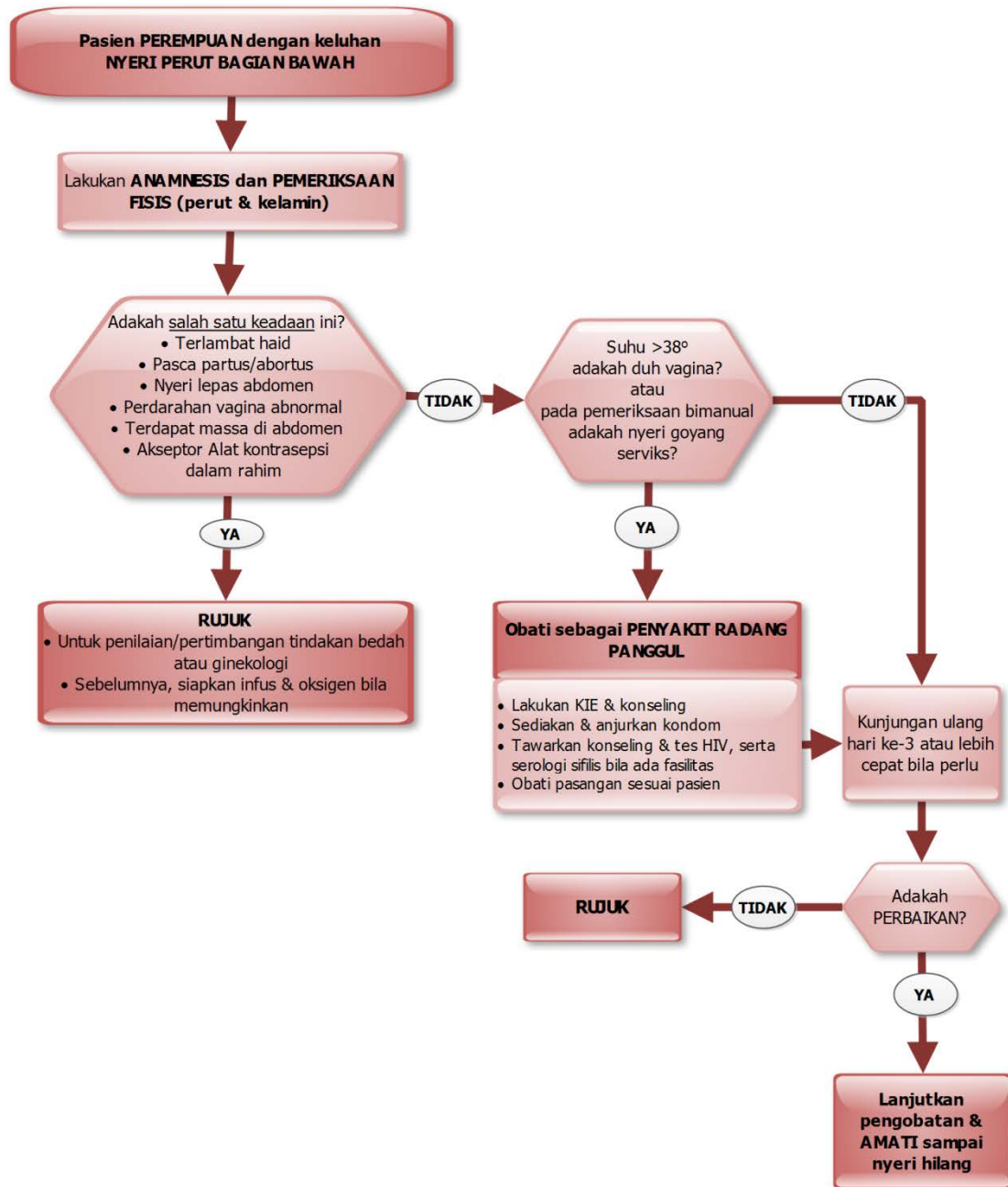
Tabel 11. Pengobatan pasien PRP rawat inap

PENGOBATAN NYERI PERUT BAGIAN BAWAH KARENA GONORE DENGAN KOMPLIKASI	PENGOBATAN NYERI PERUT BAGIAN BAWAH KARENA KLAMIDIOSIS
Sefiksim 1x400 mg/hari, per oral, selama 5 hari, ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 1x 500 mg/hari, per oral, selama 5 hari	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 1x2 g/hari, injeksi IM, selama 3 hari ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari
Tiamfenikol* 1x3,5 g/hari, per oral, selama 5 hari ATAU	
Seftriakson 1x 250 mg/hari, injeksi IM, selama 3 hari	
PENGOBATAN BAKTERI ANAEROB	
Pilihan 1.	
Metronidazol** 2x500 mg/hari, per oral atau intravena, selama 14 hari ATAU	
Kloramfenikol 4x500 mg/hari, per oral atau intravena	
Pilihan 2.	
(tanpa pengobatan untuk gonore & klamidiosis di atas)	
Klindamisin 900 mg injeksi IM, setiap 8 jam, ATAU	
Gentamisin 1,5 mg/kg BB, injeksi intravena, setiap 8 jam	
* Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil, ibu menyusui, atau anak di bawah 12 tahun ** Pasien dalam pengobatan metronidazol dianjurkan untuk menghindari minum alkohol IM = intramuskular	

Cara pengobatan di atas dilakukan sampai sekurang-kurangnya 2 hari sesudah pasien menunjukkan perbaikan, kemudian dilanjutkan dengan salah satu obat di bawah ini:

- ◆ Doksisiklin* 2x100 g/hari, per oral, selama 14 hari ATAU
- ◆ Tetrasiklin* 4x500 mg/hari, per oral selama 14 hari

BAGAN 6. NYERI PERUT BAGIAN BAWAH DENGAN PENDEKATAN SINDROM



7. KONJUNGTIVITIS NEONATORUM

Konjungtivitis pada neonatus (oftalmia neonatorum) dapat berakhir dengan kebutaan bila disebabkan oleh *N. gonorrhoeae*. Infeksi menular seksual patogen terpenting yang menyebabkan oftalmia neonatorum adalah *N. gonorrhoeae* dan *C. trachomatis*. Di negara-negara berkembang, penyebab konjungtivitis neonatorum ini adalah *N. gonorrhoeae* diperkirakan berjumlah 20- 75 % dan *C. trachomatis* 15 - 35 %. Penyebab lainnya adalah *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spesies* dan *Pseudomonas spesies*. Bayi yang baru lahir umumnya dibawa berobat karena menunjukkan gejala kemerahan pada mata, pembengkakan kelopak mata atau mata lengket, atau disebabkan keluarnya duh tubuh dari mata.

Manifestasi klinis dan mungkin komplikasi akibat infeksi gonokokus dan klamidiosis umumnya memberikan gambaran yang mirip, sehingga sukar dibedakan. Pengobatan harus mencakup kedua mikroorganisme penyebab tersebut, untuk gonore diberikan dengan dosis tunggal dan untuk klamidiosis diberikan dosis terbagi.

Kotak 8.

PENGOBATAN SINDROM KONJUNGTIVITIS NEONATORUM

Pengobatan **BAYI**

- Terlebih dulu diberikan pengobatan untuk gonore
Bila 3 hari tidak ada perbaikan **DIKUTI**
- Pengobatan untuk klamidiosis

Pengobatan **IBU**

- Pengobatan untuk gonore tanpa komplikasi
DITAMBAH
- Pengobatan *klamidiosis*

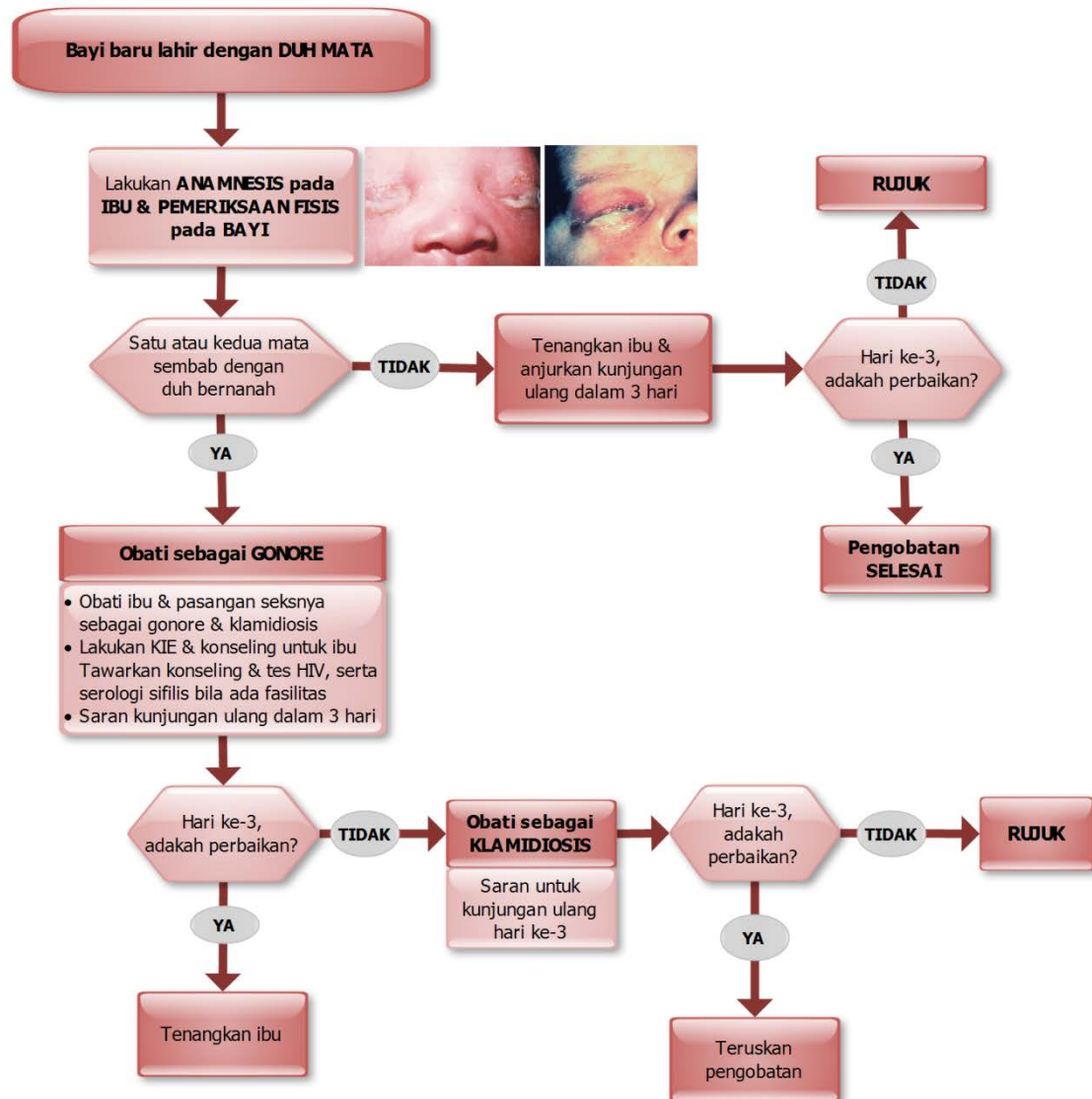
Tabel 12. Pengobatan bayi dengan konjungtivitis neonatorum

PENGOBATAN KONJUNGTIVITIS GONORE	PENGOBATAN KONJUNGTIVITIS KLAMIDIA
Seftriakson 50-100 mg/kgBB, injeksi intramuskular, dosis tunggal ATAU	Sirop eritromisin basa , 50 mg/kgBB/hari per oral, 4 kali sehari, selama 14 hari ATAU
Kanamisin 25 mg/kgBB (maksimal 75 mg), injeksi intramuskular, dosis tunggal ATAU	Trimetropim-sulfametoksazol 40-200 mg, per oral, 2 kali sehari, selama 14 hari

Tabel 13. Pengobatan ibu dengan bayi yang menderita konjungtivitis neonatorum

PENGOBATAN SERVISITIS GONORE	PENGOBATAN SERVISITIS NON-GONORE
Sefiksim 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU
Levofloksasin* 500 mg, dosis tunggal, per oral	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lain	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU	Eritromisin 4x500 mg/hari, per oral, 7 hari
Tiamfenikol 3,5 g, per oral, dosis tunggal ATAU	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
* Tidak boleh diberikan kepada ibu menyusui; IM = intramuskular	

BAGAN 7. KONJUNGTIVITIS NEONATORUM DENGAN PENDEKATAN SINDROM



8. TONJOLAN (VEGETASI) PADA GENITALIA

Human papillomavirus (HPV) biasanya menular secara seksual. Kutil pada genitalia biasanya tidak nyeri, dan tidak menimbulkan komplikasi yang serius, kecuali bila menyebabkan obstruksi. Pengangkatan lesi bukan berarti penyembuhan infeksi, dan tidak ada cara pengobatan yang memuaskan. Pada umumnya podofilin (atau podofilotoksin) atau *trichloroacetic acid* (TCA) digunakan untuk pengobatan kutil pada genitalia eksterna dan daerah perianal. Krioterapi dengan nitrogen cair, carbondioxida padat, atau *cryoprobe* merupakan pilihan banyak dokter bila sarana tersebut tersedia. Krioterapi adalah cara yang tidak toksik, tidak memerlukan tindakan anestesi dan bilamana dilakukan secara benar, tidak akan menimbulkan jaringan parut.

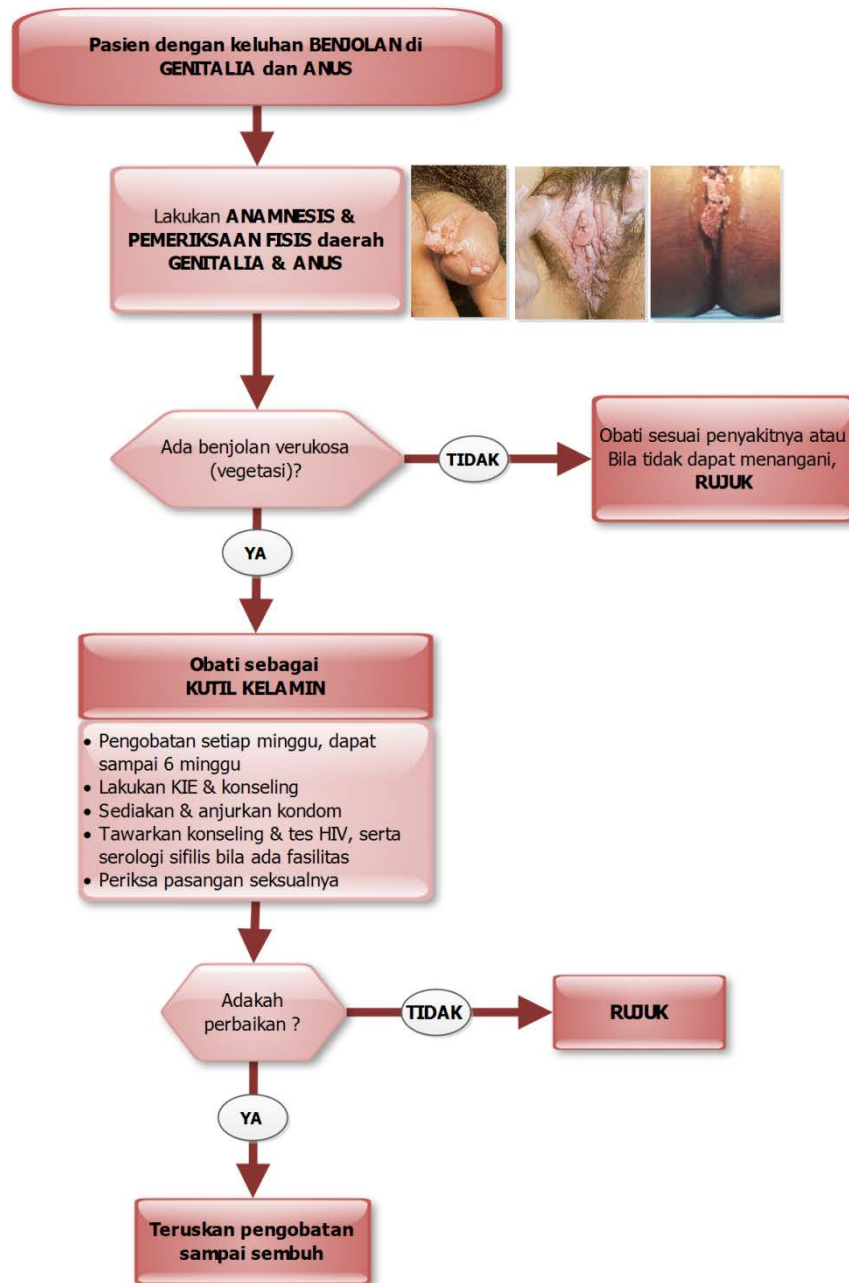
Tabel 14. Beberapa cara pengobatan kutil kelamin

PENGobatan DENGAN BAHAN KIMIA	PENGobatan DENGAN BAHAN FISIK
<p>Tingtura podofilin 10-25%, lindungi bagian yang sehat dengan vaselin album. Kemudian dicuci setelah 4 jam</p> <p>ATAU</p> <p>Larutan trichloroacetic acid (TCA) 80-90%</p> <p>ATAU</p> <p>Podofilotoksin 0,5%</p>	<p>Dapat dipilih salah satu cara di bawah ini:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Krioterapi dengan nitrogen cair▪ Krioterapi dengan CO2 padat▪ Bedah listrik/elektrokauterisasi▪ Pembedahan (bedah skalpel)

Pasangan seks pasien juga perlu diperiksa terhadap kemungkinan menderita kutil kelamin. Pasien dengan kutil anogenitalis perlu disadarkan bahwa dirinya dapat menularkan penyakitnya kepada pasangan seksnya. Penggunaan kondom dianjurkan untuk membantu mengurangi penularan selanjutnya.

Salah satu cara pencegahan infeksi HPV yang telah tersedia saat ini berupa vaksinasi dengan vaksin HPV kuadriolen (untuk mencegah infeksi HPV tipe 6,11 penyebab kutil kelamin, serta tipe 16 dan 18 penyebab keganasan daerah anus dan genitalia). Vaksin ini besar manfaatnya jika diberikan kepada seseorang yang belum pernah berhubungan seks. Dapat diberikan pada perempuan dan laki-laki mulai umur 9 tahun sampai dengan 26 tahun. Vaksin diberikan dalam 3 dosis; dosis kedua diberikan dengan interval waktu 2 bulan setelah penyuntikan pertama, dosis ketiga diberikan 6 bulan setelah penyuntikan pertama. Berhubung harganya masih dianggap mahal, vaksinasi HPV belum menjadi program nasional, namun sudah tersedia di sarana kesehatan swasta.

BAGAN 8. TONJOLAN (VEGETASI) PADA GENITALIA



9. PROKTITIS AKIBAT IMS

Proktitis, inflamasi daerah rektum, dapat disebabkan oleh infeksi dan bukan infeksi. Patogen penyebab proktitis umumnya ditularkan melalui hubungan seks melalui anus tanpa pelindung kepada pasangan seks yang bersifat reseptif. Di antara berbagai mikroorganisme penyebab IMS, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* dan *herpes simplex virus* (HSV) sering menimbulkan proktitis.

Keluhan yang ditimbulkan oleh proktitis akibat IMS dapat menyerupai keadaan lain sehingga menyulitkan diagnosis. Pasien paling sering mengeluh mengenai rasa ingin buang air besar yang timbul terus menerus atau berulang kali. Keluhan lain meliputi nyeri daerah anorektum atau rasa tidak nyaman, duh tubuh anus purulen, mukoid, atau disertai darah, tenesmus, perdarahan dari anus, dan konstipasi. Kadang-kadang dapat disertai demam.

Tiap patogen akan menginfeksi tempat yang berbeda. Sifilis dan HSV akan menginfeksi epitel gepeng berlapis dan sering dijumpai di daerah perianus atau pinggir anus. Infeksi yang terjadi di antara pinggir anus dan daerah anorektum (linea dentata) akan menimbulkan nyeri hebat karena banyaknya ujung syaraf sensoris di daerah tersebut. Chlamydia dan gonokokus menginfeksi epitel torak, yang terdapat di daerah rektum. Daerah rektum memiliki sedikit ujung syaraf sensoris, sehingga infeksi di daerah itu seringkali tidak disertai nyeri. Patogen penyebab IMS yang sering menimbulkan proktitis dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 15. Patogen IMS penyebab tersering proktitis beserta gejala

ORGANISME	KELUHAN & GEJALA
<i>N. gonorrhoeae</i>	Umumnya asimtomatik. Pruritus daerah anus, konstipasi, duh tubuh anus mukopurulen dengan/tanpa perdarahan, nyeri daerah anus dan tenesmus
<i>C. trachomatis</i> (serovar non-LGV)	Umumnya asimtomatik. Pruritus daerah anus, duh tubuh anus mukoid, nyeri daerah perianus
<i>C. trachomatis</i> (serovar LGV)	Keluhan sistemik (demam & malaise. Duh tubuh anus purulen seringkali disertai bercak darah. Nyeri hebat, tenesmus, konstipasi.
<i>T. pallidum</i>	Ulkus daerah anorektum, umumnya asimtomatik, dapat pula rasa nyeri atau tidak nyaman, gatal, perdarahan, duh tubuh anus dan tenesmus
<i>Herpes simplex virus</i>	Lesi veikel, nyeri hebat, tenesmus, duh tubuh anus, gejala viremia misalnya demam dan limfadenopati

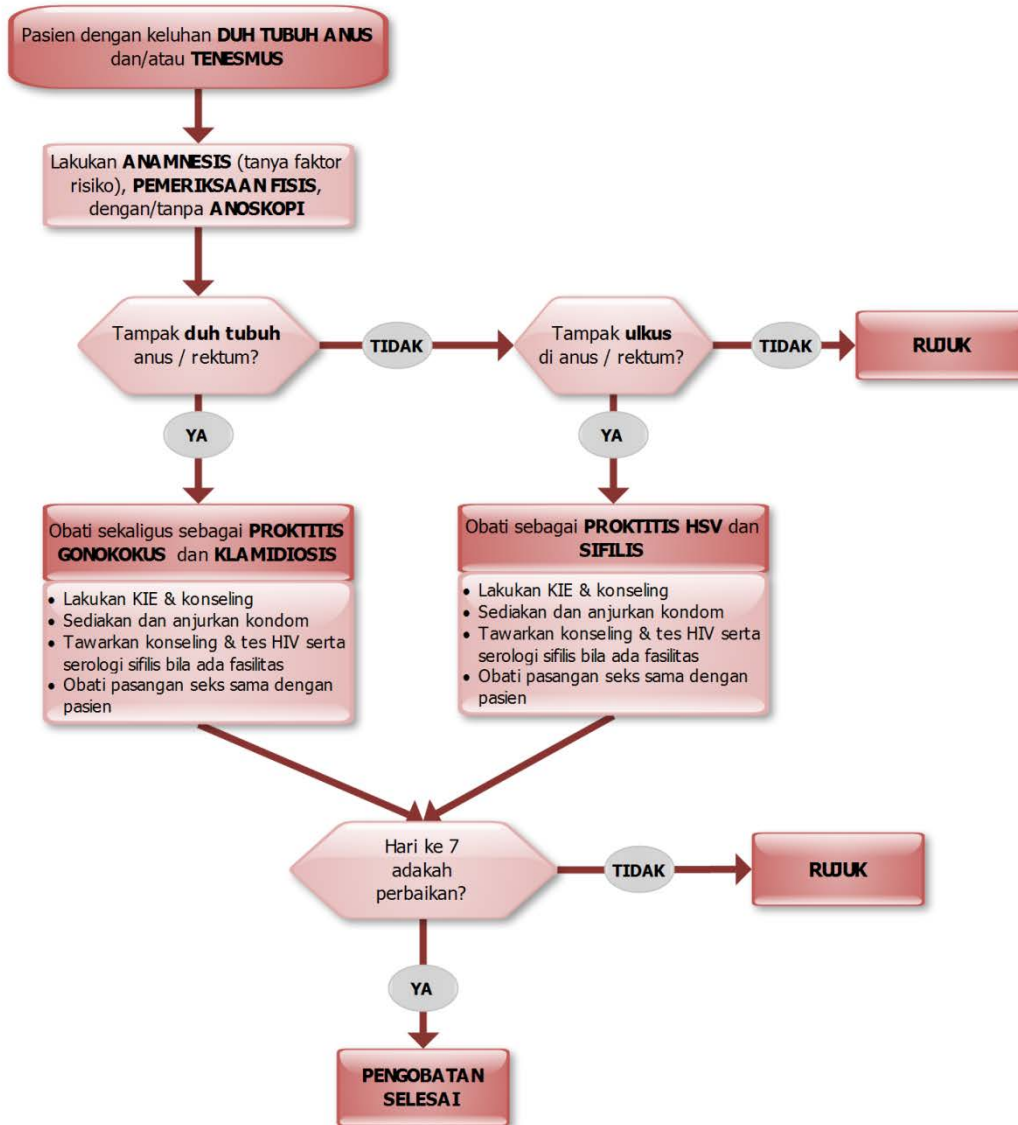
Pasien dengan keluhan daerah anorektum harus diperiksa fisis, termasuk pemeriksaan daerah abdomen, daerah anogenitalis serta kemungkinan terdapat limfadenopati inguinal. Anoskopi atau proktoskopi sebagai alat penunjang untuk melihat mukosa anorektum dan memeriksa kemungkinan terdapat ulkus, inflamasi, duh tubuh atau perdarahan. Pengambilan bahan apusan rektum untuk pemeriksaan gonokus atau klamidia dapat dilakukan dengan/tanpa anoskopi. Bila ada fasilitas, dapat dilakukan pemeriksaan sediaan apus dengan pewarnaan Gram dan dilihat di bawah mikroskop, untuk diagnosis segera gonore, namun sensitivitasnya rendah. Tes serologi sifilis dapat dilakukan untuk mendiagnosis sifilis bila ditemukan ulkus.

Pasien dengan proktitis akut disertai riwayat hubungan seksual melalui anus, dapat diobati secara empiris sebagai gonore dan klamidiosis. Proktitis oleh HSV masih efektif dengan asiklovir, valasiklovir, dan bila sering rekurens dapat diberi dosis supresi. Pengobatan untuk sifilis sama dengan untuk sifilis di tempat lain. Pasangan seks pasien dianjurkan untuk diperiksa dan diobati juga.

Tabel 16. Pengobatan proktitis akibat IMS

<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>C. trachomatis</i>	<i>T. pallidum</i>	<i>Herpes simplex virus</i>
Sefiksिम 400 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral ATAU	Benzatin - benzilpenisilin 2,4 juta IU, dosis tunggal, injeksi intramuskular ATAU	Asiklovir , 5x200 mg/hari, per oral, selama 7 hari, ATAU
Levofloksasin* 500 mg, dosis tunggal, per oral ATAU	Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari	Penisilin-prokain injeksi IM 600.000 U/hari selama 10 hari	Asiklovir 3x400 mg/hari selama 7 hari ATAU
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal			Valasiklovir , 2x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari

BAGAN 9. PROKTITIS AKIBAT INFEKSI MENULAR SEKSUAL BERDASARKAN SINDROM



PERTIMBANGAN PRAKTIS PENGobatan IMS

4

MEMILIH ANTIMIKROBA

Tingkat Kemanjuran

Tingkat kemanjuran merupakan kriteria paling penting dalam memilih pengobatan. Pengobatan IMS yang ideal harus menghasilkan angka kesembuhan sekurang-kurangnya 90% untuk IMS dengan penyebab bakteri. Pengobatan dengan angka kesembuhan rendah (85-90%) hanya bisa digunakan dengan berhati-hati, karena kemungkinan antimikroba yang sudah resisten. Obat antimikroba dengan angka kesembuhan kurang dari 85% sama sekali tidak dianjurkan. Rejimen pengobatan untuk kelompok risiko tinggi dan pelanggannya harus memiliki efektifitas mendekati 100%, dan perlu meningkatkan upaya agar dapat menjangkau kelompok populasi ini. Dapat ditempuh cara peran aktif (*participatory approach*) oleh kelompoknya, atau oleh petugas kesehatan (*peer health educators*).

Sebagai akibat perubahan epidemiologi resistensi *N.gonorrhoeae* dan *H.ducreyi*, kemanjuran pengobatan terhadap kuman tersebut dapat terus berubah dari waktu ke waktu. Pelaksanaan surveilans secara berkala terhadap kemanjuran klinis dan atau uji sensitivitas *in vitro* sangat dianjurkan secara berkala. Untuk daerah dengan tingkat resistensi dan angka penyembuhan yang belum diketahui, pengobatan harus berdasarkan pertimbangan yang dapat diterima untuk kondisi terburuk. Beberapa uji klinis yang ada dapat digunakan untuk menilai perbedaan kemanjuran beberapa antimikroba yang akan digunakan.

Untuk menjamin tingkat kemanjuran, para dokter tidak diperbolehkan untuk menggunakan obat dengan dosis lebih rendah dari yang dianjurkan.

Tingkat keamanan

Toksisitas merupakan pertimbangan kedua untuk pengobatan IMS. Pasien IMS sering mengalami infeksi ulang, sehingga perlu diberi pengobatan antimikroba berulang kali. Pemberian obat secara kombinasi akan lebih meningkatkan risiko efek samping obat. Pengobatan IMS pada kehamilan (umum terjadi pada kelompok seksual aktif), harus lebih mementingkan keselamatan bayi. Sefalosporin generasi ketiga ditambahkan dalam rejimen yang dianjurkan, karena tingkat kemanjurannya tinggi bahkan untuk organisme yang relatif resisten, serta tingkat toksisitasnya yang rendah.

Harga obat

Harga obat seringkali menjadi faktor penghambat utama. Pelaksanaan program setempat harus menggunakan rejimen pengobatan terbaik namun termurah di daerahnya. Saat memperhitungkan biaya berbagi rejimen pengobatan yang ada, harus mempertimbangkan pengaruh biaya terhadap kemanjuran obat, misalnya risiko mengulang pengobatan, penyebaran penyakit yang semakin luas, dan meningkatnya resistensi mikroba. Pemilihan cara pengobatan terbaik harus melalui analisis formal dalam pengambilan keputusan. Kadang-kadang analisis sensitivitas dapat membantu bila data primer tidak ada.

Kepatuhan berobat

Kepatuhan berobat pasien merupakan masalah serius yang dapat menurunkan kemanjuran pengobatan dengan dosis terbagi, misalnya pengobatan dengan eritromisin dan tetrasiklin. Cara yang paling dianjurkan adalah pengobatan dosis tunggal atau pengobatan dengan jangka waktu sangat pendek. Perhatian lebih banyak perlu diberikan kepada kelompok remaja, yang sering kurang toleran dalam menghadapi efek samping obat. Remaja umumnya tidak mau orang lain mengetahui bahwa mereka telah berobat. Petugas kesehatan harus yakin benar bahwa instruksi yang diberikannya sudah dipahami dengan baik oleh pasien khususnya bila menggunakan beberapa macam obat, maupun akibat yang timbul bila gagal untuk melaksanakan pengobatan secara lengkap.

Pada kelompok masyarakat tertentu, pengobatan per oral lebih disukai daripada pengobatan secara injeksi, sebaliknya ada kelompok lain yang merasa lebih cocok dengan cara injeksi. Dengan semakin meningkatnya infeksi HIV dan hepatitis (B dan C) saat ini, cara pemberian obat yang aman adalah cara per oral, dalam rangka mengurangi risiko penggunaan peralatan injeksi yang tidak steril. Edukasi kepada pasien akan meningkatkan kepatuhan berobat, sehingga penting dilakukan.

Ketersediaan obat

Pola distribusi obat dan penyediaan obat sangat beragam pada setiap negara, akan tetapi ketersediaan beberapa obat yang bermutu perlu ditingkatkan dengan memasukannya ke dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN).

Infeksi campuran

Pasien IMS sering mengalami infeksi oleh beberapa penyebab sekaligus. Pada saat ini pemberian pengobatan campuran hanya dilakukan terhadap infeksi *N. gonorrhoeae* dan *C. trachomatis*, dan infeksi campuran *chancroid* dan sifilis. Pada keadaan bersamaan dengan infeksi HIV, beberapa IMS (misalnya herpes genitalis, *chancroid*, dan sifilis) dapat bertambah parah, sehingga dosis obat terkadang perlu ditingkatkan dan atau diperpanjang masa pengobatannya.

Penggunaan untuk indikasi lain

Penggunaan antimikroba untuk indikasi lain dapat mempercepat resistensi. Padahal antimikroba untuk IMS seringkali dapat digunakan untuk keadaan bukan IMS.

RESISTENSI *NEISSERIA GONORRHOEAE* TERHADAP ANTIMIKROBA

Terdapat dua jenis mekanisme penyebab resistensi antimikroba terhadap gonokokus, yaitu resistensi yang diperantarai kromosom dan plasmid. Resistensi kromosomal dapat mengenai penisilin dan beberapa obat lain yang digunakan secara luas, misalnya tetrasiklin, spektinomisin, eritromisin, kuinolon, tiamfenikol, dan sefalosporin; sedangkan resistensi plasmid berkaitan dengan penisilin dan tetrasklin. Meningkatnya galur *N.gonorrhoeae* yang resisten terhadap penisilin akibat perubahan kromosomal, yaitu *N.gonorrhoeae* penghasil penisilinase, serta galur yang resisten terhadap tetrasiklin yang diperantarai plasmid memberikan dampak besar terhadap kemanjuran rejimen pengobatan yang bersifat tradisional dalam pengobatan gonore.

Sekarang telah terbukti bahwa timbulnya beberapa galur yang resisten pada resistensi kromosomal, juga sering ditemukan pada sejumlah antibiokroba lainnya yang digunakan untuk pengobatan gonore. Dapat juga terjadi resistensi silang antara penisilin dengan sefalosporin generasi kedua dan ketiga; walaupun belum ada bukti klinis yang dapat membuktikan hal ini pada penggunaan seftriakson, akan tetapi kecenderungan resistensi ini terus meningkat. Resistensi yang meningkat terhadap spektinomisin, siprofloksasin dan ofloksasin juga telah dilaporkan secara sporadik di beberapa tempat, dan hal ini terjadi secara kromosomal. Perlu dikembangkan instrumen

sederhana baku untuk melakukan penilaian dan pemantauan kejadian resistensi antimikroba terhadap *N.gonorrhoeae* tersebut.

RESISTENSI *HAEMOPHYLUS DUCREYI* TERHADAP ANTIMIKROBA

Pelaksanaan surveilens terhadap resistensi antimikroba pada *H.ducreyi* cukup rumit, karena teknis melaksanakan tes sensitivitas masih sulit. Data yang tersedia hanya berasal dari beberapa pusat penelitian saja.

Penisilin maupun ampicilin saat ini tidak efektif lagi untuk pengobatan *chancroid*, resistensi terhadap tetrasiklin juga telah tersebar secara luas. Telah dijumpai beberapa galur yang resisten terhadap trimetoprim.

KOMUNIKASI, INFORMASI, EDUKASI (KIE) DAN KONSELING PADA PASIEN IMS

5

Upaya KIE tentang IMS penting dilakukan, mengingat salah satu tujuan program penanggulangan HIV/AIDS ialah perubahan perilaku yang berhubungan erat dengan penyebaran IMS. Untuk melakukan kegiatan ini perlu disediakan satu ruangan khusus yang dapat merahasiakan pembicaraan antara pasien dan penyuluh atau konselor. Tujuan konseling adalah untuk membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi pasien sehubungan dengan IMS yang dideritanya, sedangkan KIE bertujuan agar pasien mau mengubah perilaku seksual berisiko menjadi perilaku seksual aman. Kedua pengertian ini perlu dipahami dengan benar.

Konseling bagi pasien IMS merupakan peluang penting untuk dapat sekaligus memberikan KIE tentang pencegahan infeksi HIV pada seseorang yang berisiko terhadap penyakit tersebut. Kelompok remaja merupakan kelompok sasaran khusus dan penting dalam upaya pencegahan primer sebab seringkali kehidupan seksual dan reproduktif mereka berisiko. Umumnya mereka tidak menyadari risiko yang mereka hadapi untuk tertular IMS.

Penilaian perilaku merupakan bagian integral dari riwayat IMS dan pasien sebaiknya diberikan penyuluhan untuk mengurangi risikonya terhadap penularan HIV dan IMS, termasuk abstinensia hubungan seksual, berhati-hati memilih pasangan seksual, serta penggunaan kondom.

Kondom sudah tersedia di setiap fasilitas kesehatan yang melaksanakan pelayanan IMS, dan petunjuk penggunaannya juga perlu disiapkan. Sekalipun kondom tidak memberikan perlindungan 100% untuk setiap infeksi, namun bila digunakan dengan tepat akan sangat mengurangi risiko infeksi. Pencegahan kehamilan juga merupakan salah satu tujuan penggunaan kondom, sehingga dua jenis pencegahan ini perlu diberitahukan kepada pasien. Kepada kelompok dewasa muda juga perlu diinformasikan di mana mereka bisa mendapatkan alat kontrasepsi dan kondom.

MATERI ATAU ISI PESAN KIE

Pada umumnya pasien IMS, membutuhkan penjelasan tentang penyakit, jenis obat yang digunakan, dan pesan-pesan lain yang bersifat umum. Penjelasan dokter diharapkan dapat mendorong pasien untuk mau menuntaskan pengobatan dengan benar. Dalam memberikan penjelasan, dokter atau perawat sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien, dan bila dianggap perlu dapat digunakan istilah-istilah setempat.

Beberapa pesan KIE IMS yang perlu disampaikan:

- ◆ Mengobati sendiri cukup berbahaya
- ◆ IMS umumnya ditularkan melalui hubungan seksual.
- ◆ IMS adalah ko-faktor atau faktor risiko dalam penularan HIV.
- ◆ IMS harus diobati secara paripurna dan tuntas.
- ◆ Kondom dapat melindungi diri dari infeksi IMS dan HIV.
- ◆ Tidak dikenal adanya pencegahan primer terhadap IMS dengan obat.
- ◆ Komplikasi IMS dapat membahayakan pasien.

RINCIAN PENJELASAN KEPADA PASIEN IMS

IMS yang diderita dan Pengobatannya

- ◆ menjelaskan kepada pasien tentang IMS yang diderita dan pengobatan yang diperlukan, termasuk nama obat, dosis, serta cara penggunaannya. Bila perlu dituliskan secara rinci untuk panduan pasien
- ◆ memberitahu tentang efek samping pengobatan
- ◆ menjelaskan tentang komplikasi dan akibat lanjutnya
- ◆ menganjurkan agar pasien mematuhi pengobatan
- ◆ menganjurkan agar tidak mengobati sendiri, harus berobat ke dokter
- ◆ menjelaskan agar pasien tidak melakukan *douching*

Menilai Tingkat Risiko

- ◆ Perilaku seksual pribadi, tanyakan tentang :
 - jumlah pasangan seksual dalam 1 tahun terakhir ?
 - hubungan seksual dengan pasangan baru berbeda dalam 3 bulan terakhir ?
 - pernah menderita IMS lain dalam 1 tahun terakhir ?

- apakah hubungan seksual dilakukan untuk mendapatkan uang, barang atau obat terlarang (baik yang memberi maupun yang menerima)?
- pemakaian napza atau obat lain (sebutkan) sebelum atau selama berhubungan seksual ?

◆ Perilaku seksual pasangan, menanyakan apakah pasangan pasien :

- berhubungan seksual dengan orang lain ?
- juga menderita IMS ?
- mengidap HIV?
- penyalah guna Napza suntik ?
- untuk pria, apakah berhubungan seksual dengan sesama pria?

◆ Perilaku yang melindungi pasien :

- apa yang dilakukan pasien untuk melindungi diri terhadap IMS/ HIV?
- pemakaian kondom? bilamana dan cara pemakaiannya? Jarang/sering/ selalu digunakan?
- jenis aktivitas seks aman yang dilakukan pasien ? Seberapa sering? Dengan siapa dan mengapa ?

Menjelaskan pilihan perilaku seksual yang aman

◆ Cara ABCD

- | | |
|------------------------|---|
| A = <i>Abstinence</i> | (tidak melakukan hubungan seksual untuk sementara waktu) |
| B = <i>Be faithful</i> | (setia pada pasangan) |
| C = <i>Condom</i> | (gunakan kondom bila tidak mau melaksanakan A dan B, termasuk menggunakan kondom sebelum IMS yang dideritanya sembuh) |
| D = <i>no Drugs</i> | Tidak menggunakan obat psikotropik atau zat adiktif lainnya |

- ◆ Ada juga cara lain yaitu dengan mengganti hubungan seksual penetratif berisiko tinggi (hubungan seksual anal maupun vaginal yang tidak terlindung) dengan hubungan seksual non-penetratif berisiko rendah).

Perilaku berisiko tinggi adalah perilaku yang menyebabkan seseorang terpapar dengan darah, semen, cairan vagina yang tercemar kuman penyebab IMS atau HIV. Yakinkan pasien bahwa mereka telah terinfeksi melalui hubungan seksual tak terlindung dengan pasangan yang terinfeksi, dan bahwa tidak ada penyebab lainnya.

Usaha Mengubah Perilaku Seksual Berisiko

Pada tahap ini anda akan menolong pasien memutuskan untuk mengubah perilaku seksualnya dalam rangka mencegah infeksi di kemudian hari. Berikan kesempatan kepada pasien untuk memilih perubahan yang sesuai dengan gaya hidupnya sehari-hari.

Mengenali Hambatan dalam Mengubah Perilaku Seksual Berisiko

Beberapa kendala atau hambatan yang menyulitkan perubahan perilaku seksual berasal dari pengalaman hidup seseorang, misalnya gender, budaya, agama, kemiskinan dan masalah sosial.

◆ Gender

Hambatan ini timbul akibat ketidak-setaraan kekuasaan antara pria dan wanita, dan harapan yang berbeda, serta nilai-nilai yang berhubungan dengan seksualitas pria dan wanita. Wanita seringkali tidak memiliki kendali terhadap kapan, dengan siapa, dan dalam situasi apa mereka berhubungan seksual, sehingga mereka seringkali berada dalam posisi yang tidak dapat melindungi diri sendiri, meskipun sebenarnya mereka menginginkannya.

◆ Budaya / adat istiadat

Dapat membantu atau justru menghambat kemampuan pasien untuk berubah

◆ Agama

Dalam keadaan tertentu, agama dapat mendukung perubahan perilaku seksual, meskipun demikian dapat menjadi penghalang utama perubahan. Agama seringkali menghambat diskusi terbuka mengenai seksualitas dan beberapa cara pencegahan IMS

◆ Kemiskinan dan masalah sosial

Terutama memaksa wanita dan anak-anak perempuan, kadang-kadang juga anak laki-laki, untuk menukarkan seks dengan uang atau barang agar dapat bertahan hidup.

Menentukan perilaku seksual yang bisa diubah dan akan dilakukan

Setelah membicarakan dengan pasien tentang perubahan yang dipilih, dan kemungkinan kendala yang akan dihadapi, barulah dapat menolong pasien untuk memutuskan perubahan apa yang paling mudah dan atau efektif serta yang paling mungkin dilakukan dalam cara hidup sehari-hari. Perubahan yang kemungkinan besar akan berhasil ialah yang cocok dengan gaya hidup pasien saat ini.

Keperawatan mengobati pasangan seksual

Selalu katakan kepada pasien tentang perlunya mengobati pasangan seksualnya, sebab bila tidak diobati akan terinfeksi ulang dari pasangan seksualnya. Yakinkan pasien bahwa kerahasiaannya akan tetap terjaga. Sekaligus bicarakan cara-cara pasien membujuk pasangan seksualnya untuk mau datang berobat.

PENGGUNAAN KONDOM UNTUK MENCEGAH IMS

Pasien perlu diberi penjelasan mengenai manfaat, cara pemakaian yang benar serta beberapa hal yang harus diperhatikan.

Manfaat kondom

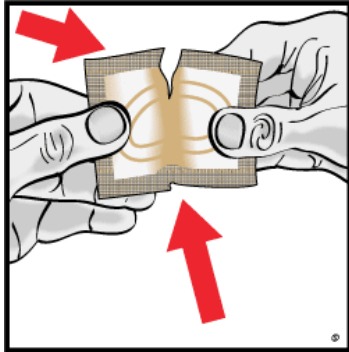
- ◆ mencegah penularan IMS termasuk HIV.
- ◆ membantu mencegah kehamilan.
- ◆ memberikan rasa nyaman, wanita tidak terlalu merasa basah di dalam vaginanya.
- ◆ memberikan rasa aman, terhadap kemungkinan tertular atau hamil.
- ◆ menghemat dana untuk perawatan dan obat-obatan bila seseorang tertular IMS

Beberapa hal yang perlu diperhatikan

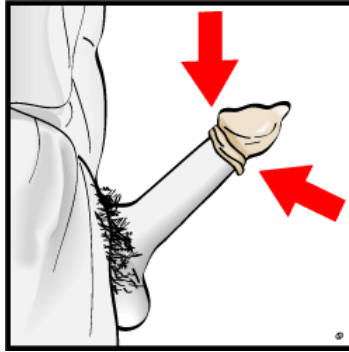
- ◆ Tunjukkan tanggal pembuatan, tanggal kadaluwarsa, terangkan bahwa kondom tidak boleh rusak, berbau, keras, atau sukar dibuka gulungannya.
- ◆ Terangkan cara membuka kemasan secara hati-hati yang dimulai dari ujung yang dapat disobek
- ◆ Tunjukkan sisi kondom yang berada di sebelah dalam, dan jelaskan bahwa kondom tidak akan terbuka gulungannya bila terbalik membukanya.
- ◆ Tunjukkan cara memegang ujung kondom untuk mengeluarkan udara di dalamnya sebelum membukanya pada penis yang tengah ereksi. Terangkan bahwa kondom harus dibuka segera setelah penis mulai berkurang ereksinya, dan bahwa kondom harus dipegang sedemikian rupa agar isinya tidak tumpah pada waktu membukanya.
- ◆ Jelaskan cara untuk melepaskan kondom dengan aman.
- ◆ Jangan pernah menggunakan pelumas dari bahan minyak, misalnya petroleum jelly yang dapat merusak kondom lateks. Pelumas dengan bahan dasar air lebih aman, misalnya gliserin, K-Y jelly atau busa spermisidal.

- ◆ Jangan memakai ulang kondom bekas pakai.
- ◆ Kondom harus disimpan di tempat yang sejuk, gelap dan kering. Jangan menyimpan kondom di dompet, sebab dompet terlalu panas untuk menyimpan kondom dalam waktu yang lama

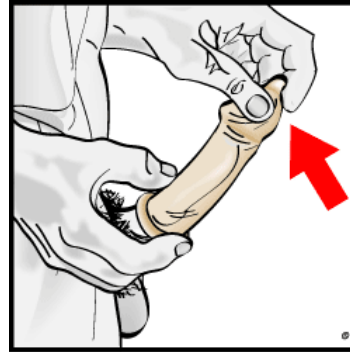
Gambar 8. Petunjuk pemasangan kondom laki-laki



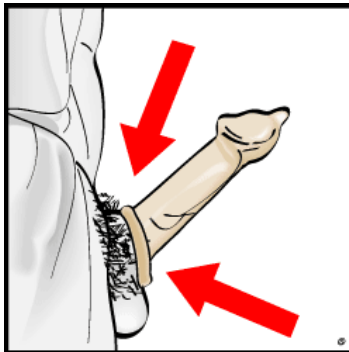
1. Buka kemasan dengan hati-hati



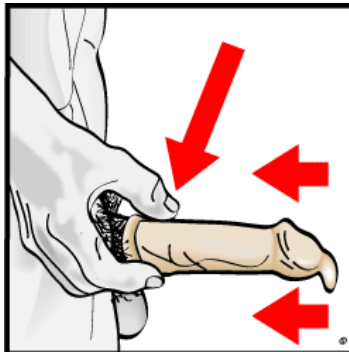
2. Taruh kondom pada ujung penis yang sudah ereksi



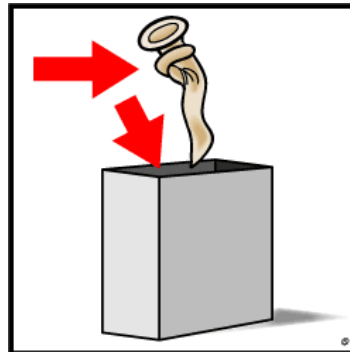
3. Tekan bagian ujung kondom untuk mengeluarkan udara di dalamnya



4. Buka gulungan kondom sepanjang penis sampai pangkal penis



5. Setelah ejakulasi, pegang kondom pada pangkal penis dan tarik keluar dari kemaluan pasangan



6. Ikat ujung kondom bekas pakai, buang ke tempat sampah

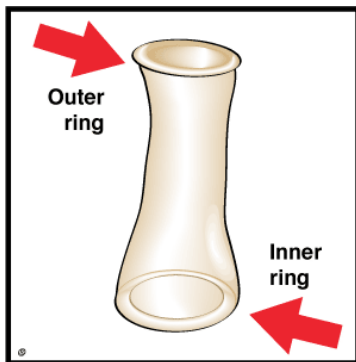
Sumber: http://www.health24.com/sex/Great_sex_guides/

Kondom perempuan

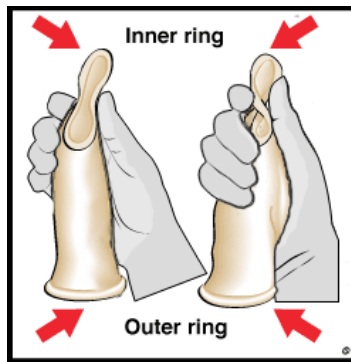
Kondom wanita saat ini telah dikenal, meskipun belum banyak tersedia. Ada 2 jenis kondom perempuan, yang memiliki 2 ujung cincin (*ring*), dan yang memiliki 1 ujung cincin dan 1 lagi ujungnya berupa *spons* (busa). Beberapa alasan yang mendasari penggunaan kondom wanita sebagai alat pencegahan IMS dan kehamilan:

- ◆ Kondom wanita dapat dipasang 8 jam sebelum berhubungan seksual
- ◆ Umumnya terbuat dari *polyurethane*, bukan lateks, sehingga dapat digunakan bersama dengan pelumas berbahan dasar minyak. Lagi pula sudah cukup licin, dan sering tidak memerlukan tambahan pelicin
- ◆ Penggunaannya dapat dikendalikan oleh wanita

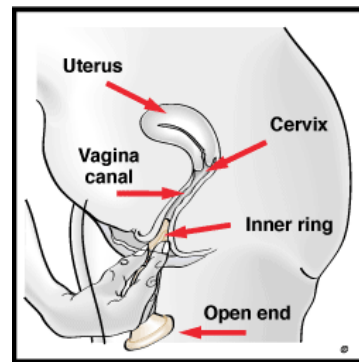
Gambar 9. Cara pemasangan kondom perempuan 2 *ring* tanpa *spons*



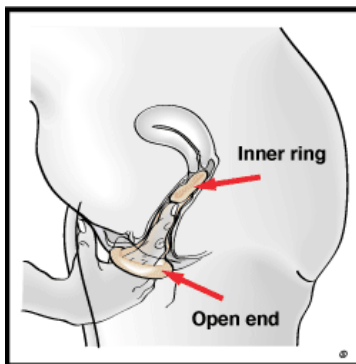
1. *Outer ring* akan melingkupi bagian vagina yang terbuka, *inner ring* digunakan untuk insersi dan agar kondom tetap pada tempatnya saat berhubungan seksual



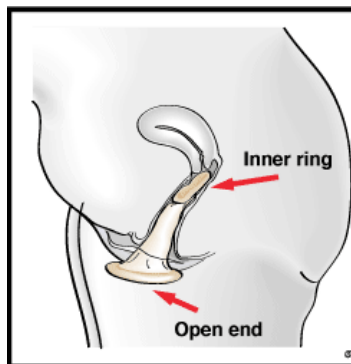
2. Pegang bagian *inner ring*, di antara jari-jari tangan, pelintir sampai menyerupai angka 8.



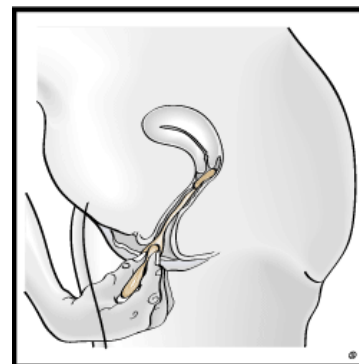
3. Dorong *inner ring* ke dalam vagina seperti memasang tampon



4. Dengan jari telunjuk, dorong terus sejauh mungkin



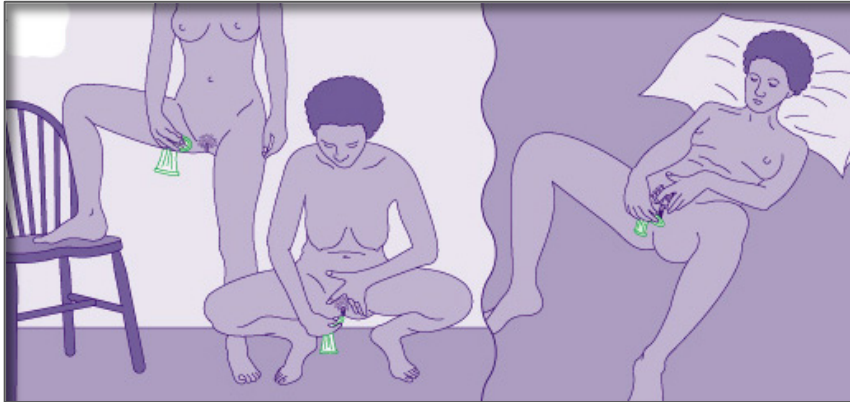
5. Kondom perempuan sudah berada di tempat yang benar



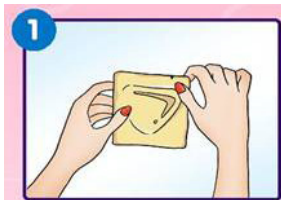
6. Lepaskan kondom sebelum bangun dari posisi tidur, remas dan pelintir *outer ring*, tarik pelan-pelan, dan buang

Sumber: http://www.health24.com/sex/Great_sex_guides/

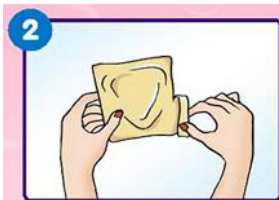
Gambar 10. Posisi yang nyaman saat memasang kondom wanita



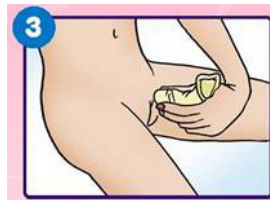
Gambar 11. Cara pemasangan kondom perempuan 1 ring dengan spons



1 Pegang pembungkus kondom dalam format O atau V



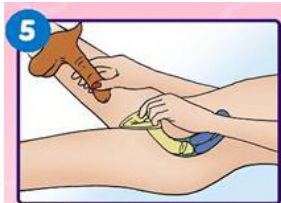
2 Buka pembungkusnya dan hindari menggunakan kuku saat mengambil kondom karena dapat membuat kondom sobek



3 Lipat ujung kondom yang berupa spons dan masukkan ke dalam liang vagina



4 Pegang ring luar kondom dan tekan bagian dalam kondom sampai pangkal jari untuk memantapkan posisi kondom dan kenyamanan pemakainya



5 Tuntun penis ke dalam lubang kondom untuk melakukan hubungan seks



6 Setelah ejakulasi, lepaskan penis dari dalam vagina



7 Putar bagian pangkal kondom 3 kali supaya saat kondom ditarik keluar dari vagina, cairan ejakulat tidak tumpah



8 Bungkus kondom bekas dengan tisu dan buang ke tempat sampah

Sumber: KPAN (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional)

NOTIFIKASI PASANGAN SEKSUAL

Penatalaksanaan pasangan seksual didasarkan atas diagnosis kasus indeks (baik berdasarkan sindrom atau secara spesifik).

Pasangan seksual pasien IMS yang mungkin menginfeksi atau terinfeksi dianjurkan untuk diobati juga untuk mencegah infeksi berulang. Pasangan seksual wanita dari pasien IMS laki-laki mungkin tampak sehat dan asimtomatik, meskipun sudah terinfeksi. Seseorang yang asimtomatik umumnya tidak akan berobat sehingga mempermudah terjadi komplikasi yang serius. Pemberitahuan kepada pasangan seksual perlu dipertimbangkan dengan hati-hati pada saat diagnosis IMS ditegakkan, terlepas apakah mereka memerlukan penanganan atau tidak.

Pemberitahuan kepada pasangan seksual dapat dilakukan melalui rujukan baik oleh pasien maupun oleh petugas kesehatan. Dalam hal rujukan oleh pasien, maka pasien yang terinfeksi didorong untuk memberitahukan semua pasangannya tentang kemungkinan terdapat infeksi pada diri mereka masing-masing tanpa keterlibatan langsung petugas kesehatan. Rujukan oleh petugas kesehatan dilakukan oleh petugas kesehatan yang akan memberitahukan pasangan seksual pasien tersebut.

Pasangan seksual harus diberi tahu dengan cara sedemikian rupa, sehingga semua informasi tetap dijaga kerahasiaannya. Proses berjalan secara sukarela tanpa paksaan. Notifikasi bertujuan agar pasangan seksual pasien IMS tetap terjaga kerahasiaannya, termasuk mereka yang tidak memberikan gejala agar dirujuk untuk evaluasi.

Cara pendekatan apa pun yang dilakukan, harus memenuhi prinsip:

1. Partisipasi sukarela, artinya pemberitahuan identitas atau nama pasangan seksual harus dilakukan secara sukarela atas dasar kesadaran sendiri untuk seluruh pelayanan konseling, pemeriksaan, dan rujukan
2. Kerahasiaan, semua nama pasien atau pasangannya hanya digunakan untuk upaya penatalaksanaan pasangan seksual, dan disimpan dalam arsip yang dapat dijamin kerahasiaannya

Agar pasien mau mengajak pasangan seksual berobat, beberapa informasi di bawah ini perlu diberikan kepada pasien:

- ◆ Cara-cara penularan IMS termasuk HIV
- ◆ Proses perjalanan penyakit
- ◆ Kemungkinan pasangan seksual sudah tertular tetapi tidak menunjukkan gejala apapun.
- ◆ Kemungkinan terjadi infeksi ulang jika pasangan tidak diobati dengan tepat.
- ◆ Komplikasi dapat terjadi bila pasangan seksual tidak diobati dengan tepat.
- ◆ Menggugah pasien dan pasangan seksualnya agar mau mengubah perilaku yang berisiko menjadi tidak berisiko.
- ◆ Berbagai tempat yang dapat memberikan pelayanan pengobatan, konseling dan testing dan bilamana perlu mengenai informasi biaya yang diperlukan.
- ◆ Rujukan kepada kelompok-kelompok pendukung serta fasilitas pemeriksaan HIV dan fasilitas medis lainnya.

Strategi pengobatan pasangan seksual

1. Tawarkan pengobatan langsung setelah pemeriksaan dan tes laboratorium.
2. Pengobatan ditunda sampai diperoleh hasil tes laboratorium.
3. Tawarkan pengobatan melalui pasien berdasarkan diagnosis pasien tanpa melakukan pemeriksaan dan tes laboratorium pada pasangannya.

Strategi yang dipilih, bergantung pada

- ◆ Faktor risiko infeksi
- ◆ Tingkat keparahan penyakit
- ◆ Efektivitas tes diagnostik yang tersedia
- ◆ Kemungkinan seseorang berobat ulang untuk tindak lanjut penyakit
- ◆ Ketersediaan obat yang efektif
- ◆ Kemungkinan penyebaran penyakit bila tidak segera dilakukan pengobatan
- ◆ Ketersediaan infrastruktur untuk penatalaksanaan tindak lanjut pasien.

PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DALAM PENANGANAN KASUS IMS

6

KETERJANGKAUAN PELAYANAN KESEHATAN

Penyiapan fasilitas pelayanan yang terjangkau dan dapat diterima serta efektif merupakan syarat utama pemberantasan dan penanggulangan IMS. Di negara maju maupun di negara berkembang, setiap pasien IMS diberi kesempatan untuk memilih unit pelayanan kesehatan untuk perawatan IMSnya. Kemungkinan ada tiga pilihan yang bisa dilakukan, yaitu: pengobatan oleh klinik pemerintah, klinik swasta atau sektor informal. Dalam menjamin keterjangkauan program IMS perlu diketahui bahwa para pasien IMS akan mencari kombinasi dari ke tiga fasilitas tersebut di atas. Di banyak negara hampir semua tempat pengobatan pasien IMS dilakukan di luar sektor pemerintah. Dalam perencanaan program yang paripurna perlu dipertimbangkan untuk meningkatkan kemampuan seluruh petugas kesehatan agar mampu memberikan pelayanan IMS yang baik.

Secara umum ada pendapat bahwa pelayanan IMS yang berkualitas tinggi hanya dapat diberikan oleh para spesialis Kulit dan Kelamin yang bekerja di klinik IMS, namun berdasarkan aspek keterjangkauan, pelayanan yang tidak sesuai dengan keinginan pasien, dan sumber daya manusia yang diperlukan maupun aspek biaya, maka cara pelayanan spesialistik tersebut menjadi tidak praktis.

Walaupun demikian dianjurkan, agar pelayanan rutin terhadap pasien IMS diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan dasar, sedangkan klinik yang mengkhususkan diri pada pelayanan IMS mungkin akan bermanfaat sebagai pelayanan kesehatan dasar di daerah perkotaan untuk kelompok khusus seperti penaja seks beserta para pelanggannya, pekerja migran, pengemudi truk jarak jauh, dan kelompok lain yang sulit terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Sebagai tambahan, berkaitan dengan konsentrasi para ahli IMS yang berpengalaman, klinik tersebut dapat dijadikan

sebagai tempat pelayanan rujukan untuk pelayanan kesehatan dasar, termasuk unit rawat jalan rumah sakit, praktek pribadi dsb. Beberapa klinik spesialis dapat ditingkatkan sebagai pusat rujukan untuk tempat pelatihan petugas pelaksana pelayanan IMS, dan menyediakan/ memperoleh informasi epidemiologi (misalnya prevalens kuman penyebab pada setiap sindrom dan kerentanan antimikroba), dan riset operasional (misalnya studi kelayakan, dan studi validitas setiap bagan alur).

Kelompok remaja atau dewasa muda sering kurang mendapatkan informasi tentang keberadaan tempat-tempat pelayanan IMS (di mana, kapan pelayanan diberikan, berapa biayanya dsb.). Meski sudah mengetahui unit pelayanan tersebut, kadang-kadang mereka tetap enggan untuk mencari pertolongan baik untuk keperluan diagnosis maupun pengobatan, karena malu atau kemungkinan akibat stigma tertentu. Mereka juga merasa takut perlakuan negatif dari petugas kesehatan dan kurangnya penjagaan kerahasiaan mereka. Terdapat beberapa prakarsa yang sedang berjalan di beberapa negara untuk menjadikan pelayanan kesehatan lebih akrab dengan para remaja atau kelompok dewasa muda dan lebih tanggap terhadap apa yang mereka butuhkan. Di Indonesia telah dapat dijumpai klinik reproduksi untuk remaja di berbagai kota besar.

PAKET KESEHATAN MASYARAKAT DALAM PENCEGAHAN IMS

Upaya pencegahan dan perawatan IMS yang efektif dapat dicapai dengan melaksanakan “paket kesehatan masyarakat”. Komponen pokok paket ini berupa:

- ◆ Promosi perilaku seksual yang aman.
- ◆ Memprogramkan peningkatan penggunaan kondom, yang meliputi berbagai aktifitas mulai dari promosi penggunaan kondom sampai melakukan perencanaan dan manajemen pendistribusian kondom.
- ◆ Peningkatan perilaku upaya mencari pengobatan.
- ◆ Pengintegrasian upaya pencegahan dan perawatan IMS ke dalam upaya pelayanan kesehatan dasar, upaya kesehatan reproduksi, klinik pribadi/ swasta serta upaya kesehatan terkait lainnya.
- ◆ Pelayanan khusus terhadap kelompok populasi berisiko tinggi, seperti misalnya para wanita dan pria penjaja seks, remaja, pengemudi truk jarak jauh, anggota militer termasuk anggota kepolisian, serta para narapidana.
- ◆ Penatalaksanaan kasus IMS secara paripurna.
- ◆ Pencegahan dan perawatan sifilis kongenital dan konjungtivitis neonatorum.
- ◆ Deteksi dini terhadap infeksi yang bersifat simtomatik maupun yang asimtomatik.

Salah satu komponen penting dari paket kesehatan masyarakat ini adalah penatalaksanaan kasus IMS secara paripurna, meliputi:

1. Identifikasi sindrom: Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan diagnosis secara sindrom atau dengan bantuan laboratorium.
2. Edukasi pasien: kepada pasien dijelaskan tentang riwayat alamiah dari infeksi yang dialaminya, serta pentingnya melaksanakan pengobatan secara tuntas, serta hal-hal penting lainnya.
3. Pengobatan antibiotik terhadap sindrom: Cara apapun yang digunakan untuk menegakkan diagnosis, baik dengan menggunakan bagan alur maupun dengan bantuan laboratorium, secara mutlak diperlukan ketersediaan antibiotik yang efektif. Obat yang diperlukan perlu disediakan pada saat petugas kesehatan pertama kalinya kontak dengan pasien IMS. Cara pengobatan yang efektif ini juga perlu disiapkan dan dilaksanakan pada semua klinik swasta/ pribadi.
4. Penyediaan kondom: Dengan mendorong seseorang untuk menggunakan kondom, maka Kepala Dinas Kesehatan perlu memberikan jaminan bahwa kondom tersedia dalam jumlah yang cukup, berkualitas, dan dengan harga yang terjangkau pada semua fasilitas kesehatan serta berbagai titik pendistribusian lainnya. Pemasaran Sosial (Social marketing) kondom adalah cara lain untuk meningkatkan jangkauan terhadap penjualan kondom.
5. Konseling: Fasilitas konseling disiapkan agar dapat dimanfaatkan oleh siapa saja yang membutuhkannya; misalnya pada kasus herpes genitalis kronis atau kutil pada alat genital, baik untuk perorangan maupun untuk mitra seksualnya.
6. Pemberitahuan dan pengobatan pasangan seksual: Penting bagi setiap program penanggulangan IMS adalah melakukan penatalaksanaan terhadap setiap mitra seksual pasien IMS, dan menghimbau agar mereka sendiri lah yang menghubungi tempat pelayanan IMS untuk mendapat pengobatan. Upaya ini harus dilaksanakan dengan mempertimbangkan faktor sosial dan budaya setempat, untuk menghindari masalah etis maupun masalah praktis yang mungkin timbul, misalnya penolakan, dan kekerasan khususnya terhadap wanita.

INTEGRASI LAYANAN KESEHATAN IBU & ANAK DAN IMS PADA IBU HAMIL

7

Ibu hamil dan bayi baru lahir merupakan kelompok rawan tertular IMS, walaupun tidak secara langsung berperilaku seksual risiko tinggi. Penularan kepada ibu rumah tangga pada umumnya terjadi melalui hubungan seksual dengan suami yang berperilaku seksual berisiko tinggi. Kegagalan dalam diagnosis dan terapi dini IMS pada ibu hamil dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi baru lahir serta komplikasi yang cukup serius, berupa infertilitas, kehamilan ektopik, kanker, lahir mati, dan infeksi kongenital.

Salah satu IMS yang memiliki dampak yang tidak diharapkan pada ibu hamil dan bayi baru lahir adalah penyakit sifilis. Sifilis pada ibu hamil dapat menyebabkan lahir mati dan abortus spontan (40%), kematian perinatal (20%), dan infeksi neonatal berat (20%) atau bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Data lain menunjukkan bahwa sekitar 500.000 kehamilan akan mengalami keguguran atau lahir mati dan 500.000 menjadi prematur akibat sifilis kongenital dan BBLR akibat sifilis ibu hamil.

Intervensi terhadap eliminasi sifilis kongenital akan berkontribusi terhadap pencapaian target MDGs 4, 5, dan 6. Oleh karena itu, sudah selayaknya ibu hamil dan bayi mendapatkan hak pelayanan kesehatan agar bebas dari sifilis sehingga tidak mengakibatkan kesakitan pada ibu hamil dan menularkan pada bayi melalui upaya eliminasi sifilis kongenital.

Sifilis merupakan IMS yang disebabkan oleh kuman *Treponema pallidum*. Apabila penyakit ini mengenai ibu hamil, maka kuman dapat ditularkan ke bayi melalui plasenta atau pada saat bersalin dan dapat mengakibatkan keguguran, lahir mati, serta sifilis kongenital pada bayi. Tidak semua bayi akan tertular, oleh karena itu makin awal terjadi infeksi, risiko penularan ke bayi akan semakin tinggi. Pada perempuan yang telah menderita sifilis dalam beberapa tahun, hampir separuhnya dapat berpengaruh pada kehamilannya. Dari angka tersebut, separuhnya dapat berakibat lahir mati termasuk keguguran dan separuhnya lagi berakibat kematian perinatal atau kongenital sifilis dan BBLR.

Kotak 9.

Millenium Development Goals

Tujuan 4

- ◆ Tujuan 5. Menurunkan angka kematian anak
 - Target 5. Menurunkan angka kematian Balita sebesar dua-pertiganya dalam kurun waktu 1990-2015

Tes laboratorium baru positif setelah 10-45 hari seseorang terinfeksi sifilis. Hasil tes negatif belum menyatakan seseorang bebas dari infeksi sifilis, oleh sebab itu tes boleh diulang kembali pada saat sebelum melahirkan, khususnya di daerah dengan prevalensi sifilis yang tinggi atau pada ibu hamil berisiko tinggi terhadap IMS. Tes pada saat melahirkan dapat mendeteksi infeksi ulang khususnya pada ibu hamil yang pasangannya tidak diobati atau belum pernah melaksanakan tes sebelumnya.

Tanda dan gejala sifilis kongenital

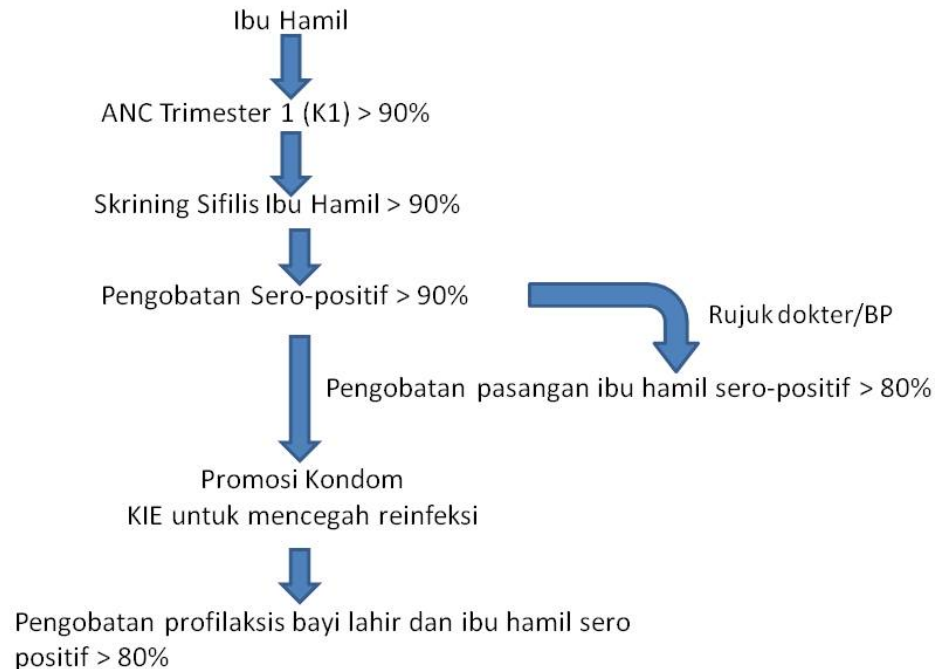
Sifilis kongenital dapat asimtomatis, terutama pada minggu pertama kehidupan pada sekitar 50% kasus. Kemungkinan gejala muncul pada bulan pertama kehidupan tetapi gejala klinis baru terlihat sampai tahun kedua kehidupan.

Tanda klinis

- tersering berupa hepatosplenomegali,
- perubahan pada tulang melalui sinar-X,
- ruam pada kulit,
- demam,
- berat badan lahir rendah,
- perdarahan,
- bengkak pada sendi,
- muka abnormal,
- ketegangan abdomen,
- pucat,
- *respiratory distress*
- pseudo-paralisis.

Ibu hamil yang seropositif sifilis merupakan indikasi sifilis.

KERANGKA PIKIR ELIMINASI SIFILIS KONGENITAL



Penjelasan bagan

Untuk dapat mengeliminasi sifilis kongenital, maka setiap ibu hamil harus melakukan pemeriksaan antenatal dan 90 persennya pada trimester 1 (K1). Dari K1 tersebut, 90% harus dilakukan skrining sifilis dan 90% harus diberikan pengobatan sero-positif. Pada pasangan ibu hamil sebanyak 80% harus dilakukan skrining dan pencegahan pengobatan oleh dokter di BP Puskesmas, kemudian dilanjutkan dengan promosi kondom dan KIA sebagai pencegahan infeksi ulang. 80% bagi bayi lahir dari ibu hamil sero positif harus diberikan profilaksis.

Kebijakan Eliminasi Sifilis Kongenital

- ◆ Pelayanan antenatal terpadu bagi semua ibu hamil
- ◆ Skrining sifilis pada semua ibu hamil dan penanganannya
- ◆ Penanganan pencegahan bagi pasangan dilakukan oleh dokter di BP puskesmas
- ◆ KIE dan pemanfaatan kondom bagi semua ibu hamil dan pasangannya.

STRATEGI INTERVENSI ELIMINASI SIFILIS KONGENITAL

Intervensi dalam mencapai tujuan eliminasi sifilis kongenital mengacu pada 4 strategi yaitu :

Strategi 1. Menjamin komitmen politis dan advokasi

- Menjamin komitmen politis dan advokasi dalam rangka memberikan prioritas yang tinggi terhadap program dan alokasi sumber daya yang adekuat
- Peningkatan kepedulian para pengambil keputusan terhadap besaran masalah sifilis pada ibu hamil terutama terhadap dampak negatif yang mungkin timbul di kemudian hari
- Perkiraan *cost-effectiveness* dan keuntungan program dalam eliminasi sifilis kongenital serta kepentingan pemeriksaan antenatal sedini mungkin
- Menekankan pentingnya mengintegrasikan eliminasi sifilis kongenital dalam pelayanan antenatal terintegrasi di pelayanan KIA selain antenatal, termasuk pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) dan pencegahan serta pengawasan IMS.

Strategi 2. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan KIA

- Meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap sifilis, sifilis kongenital dan IMS, serta promosi keuntungan pemeriksaan antenatal sedini mungkin
- Menjamin semua ibu hamil diskriming pada kunjungan pertama dan hasilnya diberikan segera
- Menjamin semua perempuan seropositif diobati lebih awal, pasangan dan bayinya juga diobati
- Meningkatkan kualitas pelayanan dengan pelatihan petugas kesehatan serta petugas laboratorium serta menentukan kebutuhan obat dan bahan lain secara adekuat
- Mengintegrasikan kegiatan sifilis kongenital dengan PPIA, pencegahan, penanganan IMS dan pengobatan malaria, dan lain lain melalui pelayanan antenatal terintegrasi.

Strategi 3. Skrining ibu hamil dan pengobatan perempuan seropositif, pasangan dan bayinya.

- Skrining ibu hamil pada K1 (sebelum 12 minggu) baik menggunakan pendekatan sindrom bagi yang berisiko rendah dan RDT bagi risiko tinggi, serta hasilnya dapat diketahui segera.
- Skrining semua ibu hamil di daerah risiko tinggi pada saat persalinan, khususnya yang belum pernah diskriming sebelumnya
- Mengobati semua ibu hamil sero-positif pada saat itu juga sesuai tatalaksana untuk sifilis
- Mengobati seluruh pasangan perempuan seropositif dengan melakukan rujukan ke dokter umum / balai pengobatan Puskesmas.
- Menjamin perempuan tidak terinfeksi atau terinfeksi ulang melalui edukasi, konseling, penggunaan kondom dan pengobatan pasangan
- Skrining semua perempuan seropositif untuk IMS lain termasuk HIV dan lakukan konseling dan pengobatan yang tepat.
- Membuat rencana perawatan bayi saat persalinan bagi ibu seropositif
- Memeriksa bayi dari ibu yang seropositif dengan seksama
- Mengobati semua bayi asimtomatik yang lahir dari ibu seropositif dengan dosis tunggal penisilin dan pantau setiap tiga bulan pada tahun pertama kehidupan
- Pada bayi simtomatik, konfirmasi diagnosis dengan memeriksa ibu menggunakan *rapid test*.
- Obati bayi sifilis kongenital dengan penisilin parenteral 10 hari.

Strategi 4. Surveilans, monitoring dan evaluasi

- Sistem monitoring dilakukan melalui pencatatan pelayanan KIA (PWS KIA) yaitu kartu ibu dan bayi. Kohort ibu dan bayi, buku KIA kemudian dilaporkan ke puskesmas ke format bulanan IMS. Data harus rutin dilaporkan berjenjang untuk diolah, dianalisa dan diumpunbalikkan bersama pengelola program KIA dan IMS.
- Lakukan surveilans sifilis ibu hamil dan sifilis kongenital bila ditemukan ibu hamil yang positif.

ANAK, REMAJA, DAN IMS

8

Definisi anak secara medis yang digunakan dalam buku ini adalah seseorang yang berumur kurang dari 18 tahun, dan remaja adalah seseorang yang berumur 10- 18 tahun. Sedangkan untuk aspek mediko legalnya perlu mengacu kepada ketentuan hukum lainnya yang berlaku, misalnya UU no. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak yang hanya mengenal istilah anak saja dan tidak mengenal istilah remaja. Anak yang dimaksudkan dalam UU ini adalah seseorang yang sejak berada dalam kandungan sampai berumur 18 tahun. Selama dasawarsa yang lalu, tindak kekerasan seksual terhadap anak dan remaja telah disadari sebagai masalah sosial yang cukup serius dan memerlukan perhatian para pengambil keputusan, para pendidik, serta para profesional yang berperan di bidang kesehatan dan bidang sosial. Para peneliti telah membuktikan, ada pengaruh yang serius dari tindak kekerasan seksual terhadap kepribadian, emosi, dan kesehatan fisik para korban, maka penatalaksanaan mereka pun akan merupakan aspek penting pada penatalaksanaan kesehatan anak dan remaja baik di negara maju, maupun di negara berkembang.

Pendekatan baku penanganan IMS pada anak dan remaja yang dicurigai telah mengalami tindak kekerasan seksual menjadi penting sebab infeksi yang terjadi kemungkinan bersifat asimtomatik. Suatu IMS yang tidak terdiagnosis dan dibiarkan tanpa pengobatan akan menimbulkan komplikasi pada stadium lanjut dan kemungkinan terjadi penularan kepada orang lain.

Petugas pelayanan kesehatan tidak selalu menyadari keterkaitan antara tindak kekerasan seksual dan IMS pada anak. Di masa lalu anak yang dicurigai mengalami tindak kekerasan seksual tidak secara rutin dilakukan skrining terhadap adanya IMS. Sebaliknya, pada anak yang didiagnosis menderita IMS tidak dilakukan penyelidikan lebih lanjut terhadap sumber infeksinya, bahkan hal tersebut diasumsikan sebagai infeksi yang didapat secara non- seksual, misalnya akibat kontaminasi handuk yang dipakai atau akibat tidur yang berhimpitan, dan menyebabkan mereka bersentuhan dengan seseorang yang telah terinfeksi IMS.

Pada sebagian besar kasus, identifikasi kuman IMS pada seorang anak berusia lebih besar dari usia neonatal, mengesankan telah terjadinya tindak kekerasan seksual terhadap anak tersebut. Akan tetapi hal itu ada perkecualiannya, misalnya infeksi pada rektum atau alat genital dengan *C.trachomatis* pada anak kecil yang dapat terjadi karena telah terjadi infeksi perinatal, dan kuman ini akan bertahan sampai anak berusia 3 tahun. Sebagai tambahan vaginosis bakterial dan mikoplasma pada alat genital dapat terjadi pada anak yang telah mengalami tindak kekerasan seksual maupun yang tidak. Kutil pada alat genitalia, meskipun mengesankan adanya tindak kekerasan seksual, hal tersebut tidak spesifik untuk tindak kekerasan seksual. Bila kuman IMS dapat diisolasi atau ditemukan adanya antibodi terhadap agen penyebab IMS, maka penemuan tersebut perlu dipertimbangkan secara hati-hati untuk membuktikan adanya tindak kekerasan seksual.

Pada usia dewasa muda/ remaja, kasus tindak kekerasan seksual pada kedua jenis kelamin kemungkinan terjadi lebih banyak dari pada yang telah dilaporkan. Sebagian besar kasus tindak kekerasan seksual dilakukan oleh keluarga sikorban, teman-temannya, dan orang dewasa lainnya dan orang yang kontak secara sah dengan anak atau remaja tersebut Para pelakunya sering sulit untuk diidentifikasi. Petugas kesehatan yang menduga adanya tindak kekerasan seksual harus segera mempertimbangkan untuk memberikan konseling secara khusus, dan memberikan dukungan sosial.

Perlu ditekankan bahwa dukungan psikologis dan sosial terhadap korban tindak kekerasan seksual penting dalam penatalaksanaan pasien tersebut.

EVALUASI IMS PADA ANAK DAN REMAJA

Pemeriksaan terhadap anak dan remaja yang mengalami kekerasan atau tindak kekerasan seksual agar dilaksanakan dengan hati-hati supaya tidak memberi dampak/ trauma lanjutan. Keputusan untuk memeriksa adanya IMS dilakukan secara individual.

Petugas kesehatan yang berhadapan dengan anak atau remaja harus menghargai mereka dengan tetap menjaga kerahasiaan. Mereka harus terlatih dalam menggali riwayat seksual dan melakukan pemeriksaan medis, serta memiliki pengetahuan untuk mengatasi rasa takut pasien pada waktu melakukan pemeriksaan panggul.

Situasi yang mengarah kepada kecurigaan IMS, sehingga perlu dilakukan evaluasi IMS:

- ◆ Orang yang melakukan tindak kekerasan seksual menderita IMS atau berisiko tinggi menderita IMS,
- ◆ Tanda-tanda dan keluhan adanya IMS yang ditemukan pada pemeriksaan fisik.

Penanganan khusus diperlukan pada pengumpulan spesimen untuk menghindari timbulnya trauma psikologis dan fisik terhadap para korban. Manifestasi klinis infeksi menular seksual pada anak dan remaja sering kali berbeda dengan usia dewasa, di mana beberapa infeksi MS bersifat asimtomatik atau tidak khas. Penggunaan spekulum anak sangat jarang digunakan, kecuali pada pemeriksaan terhadap korban tindak kekerasan seksual pada usia sebelum pubertas. Pada situasi seperti itu, kemampuan, kepekaan dan pengalaman petugas kesehatan lebih penting dibandingkan dengan alat pendukung yang canggih sekalipun. Petugas medis yang melaksanakan tugas pemeriksaan dan pengumpulan spesimen harus cukup terlatih untuk bisa melakukan penilaian terhadap anak dan remaja korban tindak kekerasan seksual.

Merencanakan pemeriksaan yang akan dilakukan tergantung dari riwayat pelecehan atau tindak kekerasan seksual yang dialami. Bila tindak kekerasan seksual itu baru saja terjadi, maka kuman penyebab IMS belum berkembang- biak sampai mencapai konsentrasi yang cukup untuk memberikan hasil tes yang positif. Kunjungan selanjutnya yang berkisar 1 minggu sesudah tindak kekerasan seksual yang dialami, akan merupakan waktu yang terbaik karena sudah cukup waktu untuk kuman berkembang biak

Hal serupa, juga terjadi untuk pemeriksaan serologis, yang memerlukan pemeriksaan lanjutan sekitar 12 minggu sesudah tindak kekerasan seksual terakhir. Pemeriksaan tunggal mungkin sudah cukup bilamana anak atau remaja korban tindak kekerasan seksual tersebut telah berulang- ulang mengalaminya selama kurun waktu tertentu atau tindak kekerasan seksual terakhir terjadi beberapa waktu sebelum dilakukan pemeriksaan terhadap pasien. Waktu yang tepat untuk melakukan evaluasi terhadap korban ditetapkan secara individual, akan tetapi perlu untuk mempertimbangkan faktor psikologis dan sosial pasien.

Pemeriksaan awal

Pemeriksaan awal dan tindak lanjut meliputi

- ◆ Kultur untuk pemeriksaan *N.gonorrhoeae* dan *C.trachomatis* yang diambil dari naso – faring dan anus pada kedua jenis kelamin, dari vagina untuk wanita dan dari uretra untuk laki-laki. Spesimen dari serviks tidak dapat dikumpulkan dari anak perempuan sebelum pubertas. Pada kasus duh tubuh pada anak laki-laki

pengambilan duh tubuh dari muara uretra sudah cukup memadai dibandingkan dengan spesimen dari swab intra uretral. Hanya cara pembiakan kuman yang baku yang dapat digunakan untuk isolasi *N.gonorrhoeae*.

- ◆ Spesimen sediaan basah swab vagina dapat digunakan untuk pemeriksaan mikroskopik adanya infeksi *T.vaginalis*. Ditemukannya clue cells mengindikasikan adanya vaginosis bakterial pada anak dengan duh tubuh vagina. Adanya clue cells atau indikator lainnya dari vaginosis bakterial dengan atau tanpa adanya duh tubuh vagina tidak dapat digunakan sebagai indikator adanya paparan seksual.
- ◆ Kultur jaringan virus herpes simpleks atau pemeriksaan mikroskop lapangan gelap atau tes direct fluorescent antibody untuk pemeriksaan *T.pallidum* dilakukan bila fasilitas tersedia. Pengambilan spesimen yang berasal dari vesikel untuk herpes atau ulkus untuk sifilis perlu dilakukan pada semua anak dari semua golongan umur dan pada remaja.
- ◆ Penyimpanan serum yang diawetkan dapat digunakan sebagai bahan analisis di kemudian hari bilamana tes serologi pada saat tindak lanjut positif. Bilamana paparan seksual yang terakhir terjadi lebih dari 12 minggu sebelum pemeriksaan awal dilakukan, maka pemeriksaan serologis perlu dilakukan untuk mengetahui adanya antibodi terhadap IMS. Pemeriksaan antibodi yang tersedia adalah terhadap *T.pallidum*, HIV dan virus Hepatitis B. Pemilihan tes dilakukan berdasarkan kasus per kasus.

Pemeriksaan 12 minggu sesudah tindak kekerasan seksual

Pemeriksaan yang dilakukan kira-kira 12 minggu sesudah pajanan seksual terakhir merupakan waktu pemeriksaan yang terbaik, karena telah cukup waktu untuk pembentukan antibodi terhadap agen penyebab infeksi tersebut. Perlu dipertimbangkan tes serologi terhadap *T.pallidum*, HIV dan virus hepatitis B. Prevalensi infeksi tersebut di atas sangat bervariasi dari tempat ke tempat. Hal yang juga penting untuk diketahui adalah faktor risiko pemerkosa/ pelaku tindak kekerasan seksual tersebut. Hasil pemeriksaan Hepatitis B agar diinterpretasikan secara hati-hati, karena virus ini dapat ditularkan secara aseksual. Sekali lagi, pemilihan tes yang akan digunakan agar dilakukan secara kasus demi kasus.

Pengobatan presumtif

Hanya sedikit data yang menjelaskan hubungan antara timbulnya infeksi menular seksual akibat tindak kekerasan seksual pada anak. Risiko tersebut diyakini cukup rendah akan tetapi data pendukung yang jelas belum ada. Pengobatan presumtif pada anak korban tindak kekerasan seksual tidak dianjurkan karena infeksi asendens pada anak wanita lebih rendah bila dibandingkan dengan wanita remaja maupun wanita dewasa. Meskipun demikian, beberapa anak atau orangtua atau yang bertanggung jawab mungkin khawatir akan terjadi IMS, walaupun risiko tersebut

rendah. Pada keadaan tertentu dan berdasarkan pertimbangan timbulnya keresahan pada pasien, maka pemberian pengobatan secara presumptif dapat diberikan.

Kerentanan dan gejala klinis IMS pada anak dan remaja

Terdapat beberapa perbedaan epidemiologis IMS pada remaja dan usia dewasa, meskipun secara klinis memberikan gambaran yang serupa, misalnya para remaja cenderung lebih rentan terhadap infeksi dan lebih berisiko untuk menjadi sakit. Beberapa perbedaan ini dilaporkan terjadi antara kelompok remaja (10-19 tahun) dan kelompok dewasa muda (15-24 tahun) dibandingkan dengan wanita muda yang telah kawin maupun yang hamil.

Pada sebagian besar kasus, gambaran IMS pada remaja juga serupa dengan pada dewasa muda. Pada saat beranjak ke masa pubertas dan remaja alat kelamin wanita berubah akibat peningkatan hormon yang diproduksi oleh ovarium. Selama terjadi perubahan anatomi dan fisik epitel vagina akan memproduksi cairan mukos. Pengeluaran sekret yang bersifat mukos ini menyebabkan wanita remaja tersebut akan mengeluarkan duh tubuh vagina yang berwarna putih, di mana hal tersebut merupakan keadaan yang fisiologis normal. Oleh karena itulah duh tubuh vagina merupakan prediktor yang lemah akan adanya kemungkinan infeksi gonokokal maupun klamidiosis.

Kerentanan

Pada wanita sebelum masa pubertas epitel yang berbentuk silinder tumbuh meluas dari kanalis serviks bagian dalam sampai bagian pertemuan vagina dengan serviks. Ektropion serviks ini secara normal terdapat pada 60-80 % wanita dewasa muda yang seksual aktif, dan hal ini akan meningkatkan risiko terhadap infeksi *C. trachomatis*, dan *N. gonorrhoeae* yang menginfeksi epitel silindris tersebut. Paparan terhadap patogen yang onkogenik seperti virus human papiloma akan meningkatkan risiko terjadinya diskaryosis dan karsinoma pada stadium awal. Sebagai tambahan, akibat adanya cairan mukos yang produksi oleh serviks dan belum adanya imunitas humoral sampai dimulainya fase ovulasi, maka risiko timbulnya komplikasi terhadap infeksi akan lebih tinggi pada wanita muda yang masih imatur dibandingkan dengan wanita yang secara fisik telah dewasa. Infeksi yang ascendens dan terjadinya penyakit radang panggul (PRP) akan lebih sering terjadi pada remaja pra pubertas yang seksual aktif dan pada mereka yang masih dalam umur pubertas dini.

Infeksi daerah serviks

Diperkirakan sekitar 85% infeksi gonokokus pada wanita bersifat asimtomatik. Sekalipun demikian dapat hal tersebut dapat memberikan gejala rasa gatal pada vulva, duh tubuh yang minimal, uretritis atau proktitis. Pada wanita masa prapubertas, mungkin dapat dijumpai vulvo vaginitis yang purulen.

Hal serupa, dapat dijumpai pada infeksi *C.trachomatis* yang juga asimtomatik pada sebagian besar kasus. Gejala mungkin dapat terjadi pada wanita dewasa muda yang mengalami perdarahan di antara periode menstruasi, perdarahan sesudah bersanggama dan meningkatnya sekresi cairan vagina.

Ulkus genitalis

Gambaran klinis sifilis pada umumnya sama, baik pada remaja maupun dewasa muda. Tahapan dari ulkus primer, manifestasi sifilis sekunder dan sifilis laten, memberikan respons serologis yang sama pada kelompok tersebut.

Kutil di daerah anogenital

Kutil berbentuk lesi yang kondilomatosa (seperti jengger ayam), papuler atau rata.

Infeksi vagina

Trikomoniasis, kandidiasis dan vaginosis bakterialis umumnya merupakan tiga penyebab kelainan patologis duh tubuh vagina. *Trichomonas vaginalis* ditularkan melalui hubungan seks, dan menjadi penyebab duh tubuh vagina dengan bau tajam menyengat yang dapat disertai luka dan iritasi pada vulva. Namun dapat juga tidak menunjukkan gejala sama sekali.

Candida albicans tidak umum ditemukan pada remaja sebelum pubertas. Bila ditemukan, pada usia remaja akan menimbulkan duh tubuh, rasa gatal pada vulva, dispareunia (nyeri pada saat bersanggama), rasa nyeri pada daerah perianal atau terjadinya fisur (luka celah) pada muara liang sanggama. Serangan vulvitis yang disebabkan kandidiasis biasanya bersifat berkala dan berkaitan dengan periode menstruasi.

Vaginosis bakterialis tidak menimbulkan vulvitis (radang vulva) dan pada usia remaja tidak memberikan keluhan rasa gatal atau nyeri.

LAKI-LAKI YANG BERHUBUNGAN SEKS DENGAN LAKI-LAKI & IMS

9

Surveilans dan survei khusus di berbagai negara menunjukkan prevalensi HIV dan IMS lain yang tinggi pada populasi laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) atau transgender (waria) dibandingkan laki-laki di populasi umum. Berbagai IMS dapat ditularkan kepada pasangan seksualnya, baik itu sesama laki-laki atau perempuan. Prevalensi HIV yang tinggi di kalangan LSL dan waria telah dilaporkan dari negara-negara yang menyangkal atau mengabaikan keberadaan LSL dalam populasi.

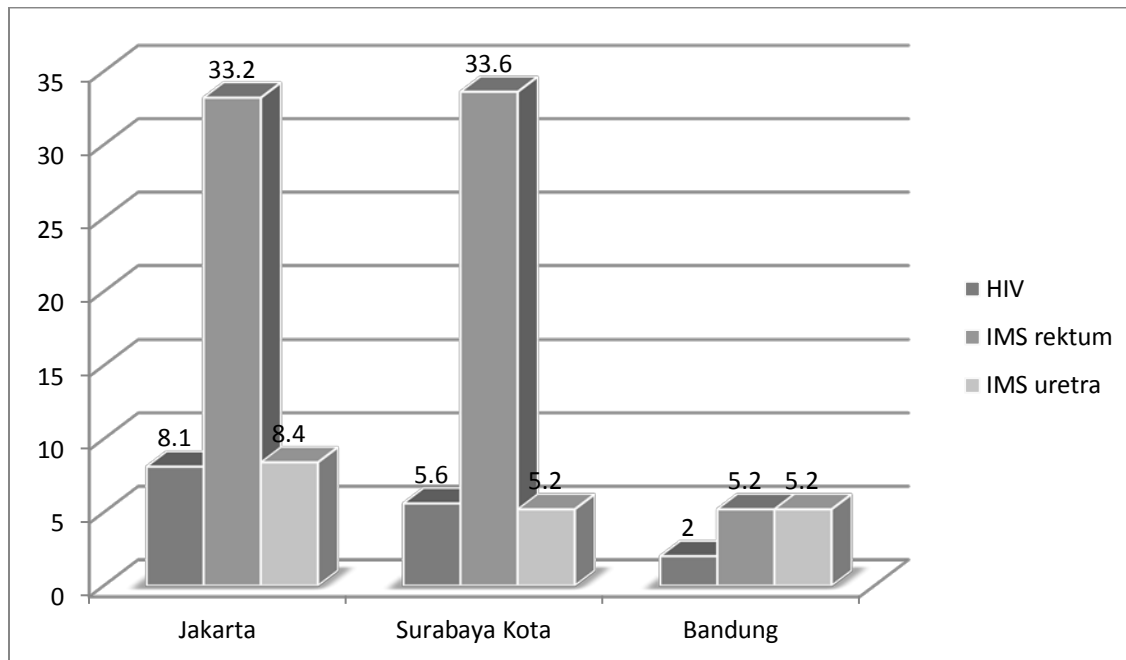
Definisi LSL mencakup perilaku spesifik dan identitas ganda. Menurut sudut pandang sektor kesehatan, definisi ini penting untuk fokus program. Tanpa definisi dan pengukuran baku akan menimbulkan kesulitan dalam program surveilans. Untuk tujuan epidemiologis, sangat penting untuk mengarahkan fokus utama pada perilaku yang secara langsung meningkatkan risiko infeksi HIV, terutama melalui hubungan seks melalui anus tanpa pelindung.

Istilah LSL mengalami perkembangan dalam upaya untuk membuat batasan yang jelas mengenai perilaku utama atau kelompok dengan perilaku khusus, yang mencirikan kelompok berisiko tersebut. Sebagian besar data yang berasal dari studi epidemiologis menggunakan istilah sederhana "laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki. Namun pada kenyataannya, di beberapa negara, bahkan istilah yang nampaknya sederhana ini, ternyata tidak mudah untuk ditetapkan ukurannya. Definisi LSL secara luas sebagai laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki lainnya, tanpa memandang orientasi seksualnya atau identitas jender, dan apakah ia juga berhubungan seksual dengan perempuan, digunakan oleh berbagai program di tingkat nasional.

Hasil Surveilans Terpadu Biologis Perilaku (STBP) tahun 2007 di enam kota Indonesia (Medan, Batam, Jakarta, Bandung, Surabaya dan Malang) menunjukkan beberapa temuan kunci:

- ◆ Angka IMS sangat tinggi pada LSL di Jakarta, Bandung dan Surabaya, terutama pada yang aktif dalam seks komersial.
- ◆ LSL cenderung memiliki banyak pasangan seks, baik laki-laki maupun perempuan, dan banyak di antara mereka juga membeli dan menjual seks.
- ◆ Pemakaian kondom konsisten tetap rendah.
- ◆ Tingkat pengetahuan tentang cara pencegahan penularan HIV dan IMS lain secara seksual adalah menengah hingga tinggi di enam kota, tetapi pengetahuan keseluruhannya lebih rendah.
- ◆ LSL menerima informasi mengenai HIV/AIDS dari berbagai sumber.
- ◆ Cukup banyak LSL yang menggunakan layanan pengobatan IMS dan layanan konseling dan tes HIV.
- ◆ Meskipun hanya sebagian kecil LSL yang pakai napza, namun ada sebagian LSL di beberapa kota yang pakai metamfetamin dan sejenisnya. Tidak banyak LSL yang menggunakan Napza suntik.

Gambar 9. Grafik IMS pada LSL di 3 kota di Indonesia berdasarkan STBP tahun 2007



Untuk dapat memahami IMS pada LSL memerlukan pendekatan multidisiplin ditinjau dari aspek medis, mikrobiologis, dan sosial. Pertama, meskipun gerakan *gay* telah berlangsung selama lebih kurang 40 tahun, pasien LSL masih enggan menyatakan dirinya sebagai LSL pada petugas kesehatan. Anamnesis mengenai perilaku seksual harus dilakukan dengan sangat hati-hati, tanpa berprasangka. Pasien harus dapat menceritakan tentang aktivitas seksualnya secara terbuka dan rinci, serta meyakini bahwa petugas kesehatan akan bersikap tidak menghakimi. Komunikasi yang kurang baik antara dokter dan pasien, akan menyebabkan tidak diperolehnya informasi medis yang diperlukan.

Kedua, berbagai IMS yang mengenai mulut atau anus, cenderung asimtomatik dan menetap. Tanpa pemeriksaan laboratorium yang tepat di berbagai lokasi tersebut, beberapa IMS menjadi tidak terobati. Separuh jenis IMS tidak akan terdiagnosis bila hanya dilakukan pemeriksaan laboratorium terhadap bahan yang berasal dari genitalia saja.

Ketiga, banyak aktivitas seksual yang dilakukan oleh LSL berdampak pada IMS yang mungkin dideritanya. Hubungan seksual melalui anus tanpa pelindung merupakan cara penularan hepatitis-B dan HIV yang sangat efektif. Akibat lain hubungan seksual melalui anus tanpa pelindung berupa risiko terinfeksi infeksi human papillomavirus (HPV) yang dapat menyebabkan kanker anus pada LSL, dan dapat meningkat dua kali lipat bila telah terinfeksi HIV. Kontak oral-anus akan mempermudah penularan hepatitis A, Entamoeba histolytica, dan infeksi usus lainnya. Lebih lagi, praktik seksual *fisting* dan penggunaan *sex toys* menjadi faktor risiko untuk transmisi patogen melalui darah ke darah misalnya hepatitis-C seperti halnya transmisi IMS dari melalui anus.

JENIS IMS PADA LSL

IMS lokal asimtomatik

Gonore dapat ditularkan melalui hubungan seksual oro-genital, demikian pula dengan infeksi *Chlamydia trachomatis*. Gonore dan klamidiosis umumnya tidak menimbulkan gejala di daerah rongga mulut dan keluhan pada orofarings tidak khas untuk keduanya, sehingga daerah tersebut sering menjadi sumber IMS yang kurang diperhatikan. Ulkus akibat sifilis di daerah rongga mulut dan anus juga sering luput dari perhatian karena tanpa nyeri.

Secara keseluruhan, keluhan daerah anus-rektum tidak berbeda antara LSL dengan dan tanpa gonore / klamidiosis rektum, meskipun adakalanya duh tubuh anus yang banyak disertai nyeri dapat dijumpai pada gonore rektum. Tanpa pemeriksaan laboratorium di

daerah orofarings atau rektum, sebagian besar gonore / klamidiosis daerah tersebut dapat tidak terdiagnosis sehingga terus berlanjut tanpa diobati.

IMS lokal simtomatik

IMS di daerah orofarings

Pasien dengan gonore dan klamidiosis orofarings, kurang dari 20% menunjukkan gejala faringitis dan/atau tonsilitis. Gonore orofarings lebih sulit diobati dibandingkan gonore anogenitalis, dan akan berperan sebagai sumber penularan.

IMS di daerah penis

Uretritis gonokokus umumnya simtomatik, dengan gejala berupa nyeri/rasa gatal saat berkemih, disertai duh tubuh mukopurulen. Keluhan pada klamidiosis uretra biasanya lebih ringan dengan duh tubuh lebih encer. Limfograduloma venereum (LGV) dapat menimbulkan ulkus genitalis dan infeksi uretra disertai adenopati inguinalis, dan harus selalu didiagnosis banding dengan herpes genitalis atau sifilis primer. Hubungan seks secara orogenitalis dapat menyebabkan penularan berbagai patogen saluran nafas misalnya *Streptococci spp* dan *Haemophilis parainfluenzae*; sedangkan hubungan seksual anogenital tanpa pelindung dapat menyebabkan uretritis *E.coli*.

Proktitis

Keluhan yang ditimbulkan oleh proktitis berupa: nyeri, purulen, dan/atau duh tubuh hemoragik, tenesmus, iritasi, gatal, diare dan/atau konstipasi. Tidak jarang pasien dengan IMS rektum yang parah misalnya LGV disertai keluhan mirip dengan penyakit Crohn. Mereka akan datang lebih dulu pada seorang ahli gastroenterologi dan mendapat pengobatan sebagai pasien dengan penyakit radang saluran cerna. Proktitis akibat infeksi lebih sering ditemukan dibandingkan dengan bukan infeksi, dengan penyebab umum gonore, klamidiosis, sifilis, dan herpes simpleks.

Sifilis

Sifilis yang tidak diobati bersifat sangat menular dalam 2 tahun pertama (sifilis dini). Jalur utama penularan berasal dari hubungan seksual oro- dan anogenitalis tanpa pelindung. Karena hubungan seks oro-genitalis sering dianggap kurang berisiko tertular HIV, cara ini sering dilakukan kalangan LSL baik dengan HIV atau tanpa HIV, namun justru merupakan jalur penularan yang penting. Jumlah pasangan seksual yang banyak serta diagnosis yang tertunda dapat meningkatkan angka penularan dan kesulitan notifikasi pasangan seksual. Semua ulkus genitalis, eksantema tanpa rasa gatal, serta gejala penyakit yang parah (misalnya demam, kelelahan yang sangat, limfadenopati, pembesaran hati dan limpa, terdapat enzim hati yang meningkat, gejala

neurologis atau oftalmologis) tanpa penyebab yang jelas, harus dilakukan pemeriksaan sifilis terutama pada LSL tanpa memandang status HIV yang disandangnya.

Infeksi *human papillomavirus* (HPV)

HPV sangat mudah menular melalui semua cara hubungan seksual. Sel basal epitel anus sangat rentan terhadap infeksi HPV. Sekitar 15 tipe HPV dikelompokkan sebagai *high risk HPV* (misalnya HPV tipe 16 dan 18) karena kaitannya dengan kanker serviks, kanker daerah anogenitalis, serta karsinoma sel skuamosa daerah tonsil. Di samping itu terdapat pula sejumlah *low risk HPV* (misalnya tipe 6 dan 11) yang berkaitan dengan kutil kelamin atau kondilomata akuminata. Meskipun dijumpai infeksi HPV persisten, perkembangan menjadi displasia prakanker terjadi relatif jarang dan lambat, sehingga dapat dilakukan intervensi untuk waktu yang cukup lama. *High risk HPV* pada pasien HIV(-) dihubungkan dengan kondiloma anus dan perdarahan anus pada laki-laki HIV (+)

Kanker anus

Faktor risiko terjadi lesi intraepitelial skuamosa pada LSL tanpa infeksi HIV dan kanker anus pada LSL dengan HIV meliputi usia lebih tua saat pertama kali melakukan hubungan seksual anus reseptif, sering melakukan hubungan seks anus reseptif tanpa pelindung, penggunaan obat suntik, infeksi HPV pada anus serta banyak jenis HPV yang bersamaan menginfeksi seseorang. Faktor lain yang turut berperan di antaranya hitung sel CD4 yang rendah dan kebiasaan merokok. Insidens kanker anus paling tinggi dijumpai pada LSL yang telah terinfeksi HIV. Semakin banyak LSL dengan infeksi HIV yang bertahan hidup, memungkinkan penyakit HPV praneoplastik berkembang menjadi kanker, sedangkan perbaikan imunologis tidak berpengaruh terhadap insidens infeksi HPV. Kanker anus merupakan salah satu tumor non-AIDS yang paling sering ditemukan pada LSL dengan infeksi HIV dan terus bertambah meskipun telah ada obat antiretrovirus yang efektif.

Infeksi HIV

IMS merupakan petanda hubungan seksual berisiko dan dapat memudahkan penularan HIV. IMS juga mempermudah transmisi HIV melalui beberapa mekanisme biologis, misalnya meningkatkan pelepasan HIV genitalis, meningkatkan rekrutmen limfosit dan makrofag yang siap terinfeksi, dan merusak mukosa penghalang. Gonore, sifilis, dan klamidiosis berkaitan dengan sejumlah besar HIV dalam cairan genitalia pada orang yang terinfeksi IMS dan HIV secara bersamaan. Gonore daerah anorektum merupakan faktor risiko independen untuk serokonversi HIV, dan insidens tinggi infeksi HIV dijumpai setelah gonore anorektum. LSL dengan infeksi HIV mengalami beban IMS yang lebih besar, terutama uretritis gonore dan sifilis dan lebih sering asimtomatik dibandingkan dengan LSL tanpa infeksi HIV.

PENANGANAN IMS PADA LSL

Diagnosis dan terapi serta pemeriksaan dan konseling IMS sangat penting dalam strategi pencegahan HIV yang komprehensif pada kelompok LSL. Kunjungan ke klinik IMS merupakan kesempatan emas bagi perawat atau dokter untuk membahas praktik seks aman dan memberitahu pasien mengenai pentingnya IMS terutama infeksi rektum dan sifilis dalam penularan HIV.

Pemeriksaan HIV dan konseling harus selalu dianjurkan pada seorang LSL. Spesimen untuk pemeriksaan gonore dan klamidiosis harus diambil dari rongga mulut (farings dan tonsil), uretra/urin dan saluran anus. Hati-hati dengan lubrikan yang memiliki efek bakteriostatik. Pemeriksaan rektum dengan cara inspeksi anus dan palpasi dengan jari merupakan metode sederhana untuk mendeteksi kutil, ulkus, dan tumor. Bahan darah harus diperiksa untuk kemungkinan sifilis, hepatitis-A, B dan C. Pasangan seksual pasien harus juga diperiksa untuk IMS lainnya, oleh karena beberapa IMS dapat terjadi sekaligus pada kelompok LSL. Skrining rutin tahunan IMS termasuk untuk HIV harus dianjurkan kepada semua LSL yang masih aktif secara seksual. Sedangkan skrining tiap 3-6 bulan dianjurkan untuk LSL yang sangat berisiko, yaitu LSL dengan banyak pasangan seksual, minum alkohol atau memakai obat terlarang, berwisata ke kota-kota risiko tinggi untuk seks. LSL yang masih aktif seksual dengan infeksi HIV harus menjalani skrining IMS termasuk palpasi rektum dan anoskopi paling tidak sekali setahun.

PENCATATAN & PELAPORAN

10

Seluruh proses penatalaksanaan IMS, dimulai dengan anamnesis, diikuti dengan pemeriksaan fisik, diagnosis yang tepat, pemberian obat yang efektif, komunikasi-informasi- edukasi, promosi dan penyediaan kondom, penatalaksanaan mitra seksual. akan diakhiri dengan proses pencatatan dan pelaporan.

Tujuan pencatatan dan pelaporan

- ◆ Mengetahui besarnya masalah IMS setempat, dengan menyediakan data insidens dari beberapa penyakit yang baru didapatkan,
- ◆ Melakukan pemantauan insidens dari beberapa penyakit tersebut di atas,
- ◆ Menyediakan informasi untuk penanggulangan kasus IMS dan mitra seksualnya,
- ◆ Menyediakan informasi bagi Dinas Kesehatan untuk melakukan perencanaan dan pengelolaan program termasuk penyediaan obat, dengan melaporkan beberapa IMS tertentu.

PENCATATAN

Semua pasien yang berobat harus dicatat dengan rapi, dan catatan ini akan dipakai untuk membuat laporan selanjutnya. Pencatatan kasus IMS tergantung dari fasilitas laboratorium yang tersedia, pada pelayanan kesehatan dasar digunakan pencatatan berdasarkan diagnosis sindrom, sedangkan pada tingkat pelayanan yang lebih tinggi digunakan pencatatan berdasarkan diagnosis etiologis

Variabel yang harus dicatat

Pencatatan yang dilakukan bergantung pada institusi yang melakukan pengobatan IMS. Bila institusi tersebut menggunakan cara pengobatan sindrom, maka pencatatan yang dilakukan juga berdasarkan sindrom.

- ◆ Periode pencatatan, sebaiknya bulanan,
- ◆ Jenis sindrom/ diagnosis etiologis: kriteria diagnosis yang digunakan harus konsisten
- ◆ Golongan umur,
- ◆ Jenis kelamin,
- ◆ Jenis kunjungan:
 - Pasien baru: pasien yang baru berobat pada periode pelaporan untuk setiap sindrom/ diagnosis etiologis,
 - Pasien lama: pasien yang melakukan pengobatan ulang pada periode pelaporan.

Tabel 17. Definisi kasus berdasarkan sindrom untuk keperluan surveilans IMS

SINDROM	DEFINISI
Duh tubuh uretra	Terdapat duh tubuh pada pria dengan atau tanpa disuria (sakit pada waktu kencing)
Ulkus genital (non vesikular)	Terdapat ulkus pada penis, skrotum atau rektum pada pria atau labia, vagina atau rektum pada wanita, dengan atau dengan pembesaran kelenjar getah bening inguinal.
Ulkus genital (vesikular)	Terdapat vesikel pada daerah anogenitalia pada pria atau wanita
Duh tubuh vagina	Terdapat duh tubuh abnormal (dijelaskan dengan jumlah, warna dan bau) dengan atau tanpa nyeri perut bagian bawah, gejala khas dan adanya faktor risiko
Bubo inguinal	Terdapat pembesaran kelenjar getah bening daerah inguinal (sela paha) disertai rasa nyeri, kelenjar dapat menunjukkan fluktuasi.
Pembesaran skrotum	Terdapat skrotum yang bengkak, disertai kemerahan pada kulit di atasnya disertai rasa nyeri, umumnya unilateral
Nyeri perut bagian bawah	Terdapat keluhan nyeri perut bagian bawah dan sakit saat berhubungan seksual. dan pada pemeriksaan nampak adanya duh tubuh vagina, Nyeri tekan pada perut bagian bawah, dan suhu >38° C.
Vegetasi genitalia	Tonjolan di daerah genitalia, berupa kutil (jengger ayam) yang sewarna kulit dengan permukaannya tampak kasar
Konjungtivitis neonatorum	Radang mata pada bayi baru lahir. Terdapat edema kelopak mata, konjungtiva kemerahan, keluar duh tubuh dari mata sehingga kelopak mata sering kali melekat

Tabel 18. Kriteria diagnosis berdasarkan pemeriksaan laboratorium sederhana

DIAGNOSIS	KRITERIA LABORATORIUM
Gonore	Diplokokus Gram negatif intraselular pada sediaan apus duh tubuh uretra/serviks dengan pewarnaan Gram
Non-gonokokus	Tidak ditemukan diplokokus Gram negatif intraselular, namun sel lekosit PMN ≥ 5 pada sediaan apus duh tubuh uretra, atau ≥ 30 bila berasal dari serviks dengan pewarnaan Gram
Trikomoniasis	Ditemukan flagelata motil pada sediaan basah (larutan NaCl fisiologis) yang berasal dari duh tubuh vagina
Vaginosis bakterial	Ditemukan <i>clue cells</i> pada sediaan basah (larutan KOH 10%) dari sediaan berasal dari duh tubuh vagina
Kandidiasis vaginalis	Ditemukan pseudofifa / blastospora pada sediaan basah (larutan KOH 10%) dari sediaan berasal dari duh tubuh vagina
Sifilis	<i>Rapid test</i> untuk sifilis hasilnya psoditif, bila ada fasilitas untuk melakukan tes serologi sifiis dapat diperiksa VDRL (<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>) dan TPHA (<i>Treponema pallidum haemagglutination assay</i>)

PELAPORAN

Untuk keperluan surveilans IMS, tidak semua data yang telah dicatat perlu dilaporkan, hanya beberapa data yang diperlukan untuk melihat besarnya masalah IMS dan untuk melihat kecenderungan/ *trend* IMS yang perlu dilaporkan.

Pelaporan kasus berdasarkan pendekatan sindrom

- ♦ Hanya sindrom duh tubuh uretra dan sindrom ulkus genital (non- vsikuler) yang secara potential bermanfaat untuk pemantauan kecenderungan insidens IMS, karena sindrom ini menunjukkan suatu infeksi IMS yang baru saja terjadi. Sedangkan sindrom duh tubuh vagina sebagian besar tidak disebabkan oleh IMS atau merupakan gejala nyeri perut bagian bawah. Demikian juga dengan sindrom ulkus genital vesikuler yang sebagian besar disebabkan oleh herpes genitalis, merupakan gejala kambuhan dari suatu infeksi yang terjadi lama sebelumnya.

- ◆ Penggunaan laporan diagnosis secara sindrom pada pria umumnya lebih bermanfaat dibandingkan dengan wanita untuk mengetahui besarnya masalah IMS di suatu wilayah. Hal ini disebabkan karena sebagian besar kasus IMS pada wanita tidak menunjukkan gejala. Pada wanita dianjurkan untuk melakukan studi prevalensi.
- ◆ Dengan diagnosis berdasarkan pendekatan sindrom, perlu dilakukan tindak lanjut dengan melakukan penelitian tentang penyebab sindrom tersebut secara berkala.

Pelaporan kasus berdasarkan pemeriksaan laboratorium sederhana

- ◆ Sifilis primer pada pria dan wanita dan gonore pada pria merupakan diagnosis etiologis yang bermanfaat untuk pemantauan insidens IMS. Penyakit yang lain tidak bermanfaat untuk pemantauan insidens IMS. Suatu kasus sifilis laten yang baru terdiagnosis pada pria dan wanita, atau klamidiosis, gonore dan trikomoniasis pada wanita menunjukkan telah terjadi infeksi sebelumnya pada suatu kurun waktu yang tidak jelas.
- ◆ Pelaporan kasus berdasarkan diagnosis etiologis lebih bermanfaat untuk pemantauan insidens IMS pada pria dibandingkan dengan wanita.
- ◆ Sensitivitas tes yang digunakan biasanya kurang dari 100%, sehingga masih ada kasus negatif palsu.
- ◆ Tersedianya tes untuk diagnosis harus diikuti dengan upaya-upaya pemantapan mutu (*quality assurance*) untuk mendapatkan hasil pemeriksaan yang bermutu.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, 2003
2. CDC-USA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. MMWR, 2010
3. Public Health Agency of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2008
4. McMillan A, van Voorst Vader PC, de Vries HJ. The 2007 European Guideline (International Union against Sexually Transmitted Infections/World Health Organization) on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD&AIDS* 2007, 18: 514-20
5. Cernadas JR, Brockow K, Romano A, Aberer W, Torres MJ, Bircher A, et al. General considerations on rapid desensitization for drug hypersensitivity – a consensus statement. *Allergy* 2010; 65: 1357–66.
6. Surveilans Terpadu Biologi Perilaku pada Kelompok Berisiko Tinggi di Indonesia: Lelaki yang suka Lelaki, 2007
7. Coates, W. Anorectal procedures. Dalam: Roberts JR, Hedges JR, eds. *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 5th. Philadelphia, Saunders, 2009: 798-809
8. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of Clinical Proctitis among Men Who Have Sex with Men. *Clinical Infectious Diseases* 2004; 38:300–2

Lampiran 1. PEMERIKSAAN LABORATORIUM SEDERHANA

TES UNTUK IMS DENGAN DUH TUBUH GENITALIA

1. Sediaan apus dengan pewarnaan Gram

Gambar 9. Prosedur pembuatan sediaan dengan pewarnaan Gram



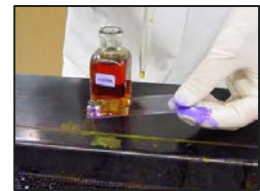
Setelah sediaan kering dan difiksasi di atas api bunsen, tambahkan larutan kristal violet



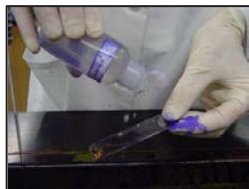
Sediaan seluruhnya diliputi oleh larutan kristal violet dan biarkan 20 detik



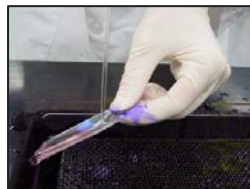
Bilas secara hati-hati dengan air



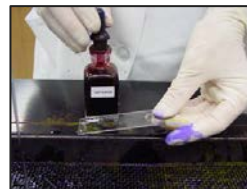
Tuangkan larutan iodium ke atas sediaan. Biarkan selama 1 menit



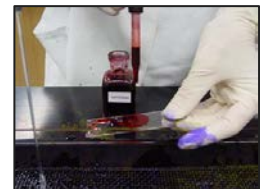
Tuangkan larutan alkohol untuk menghilangkan warna sampai tampak jernih



Bilas sediaan dengan air



Tambahkan larutan karbol fuchsin



Liputi seluruh sediaan dengan larutan karbol fuchsin dan diamkan 20 detik



Bilas sediaan dengan air sampai berwarna jernih



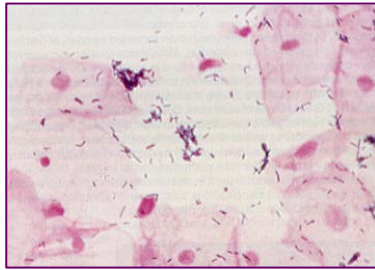
Letakkan sediaan di atas kertas pengisap



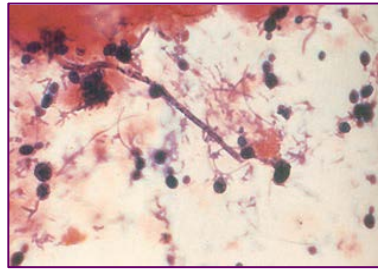
Keringkan sediaan, siap dibaca di bawah mikroskop

Sumber: http://homepage.smc.edu/wissmann_paul/microbiology/gram.html

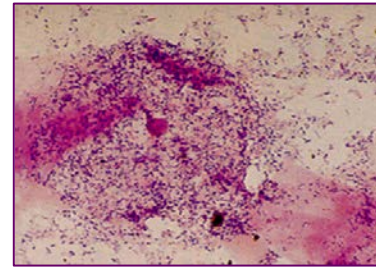
Gambar 10. Interpretasi hasil pemeriksaan dengan pewarnaan Gram



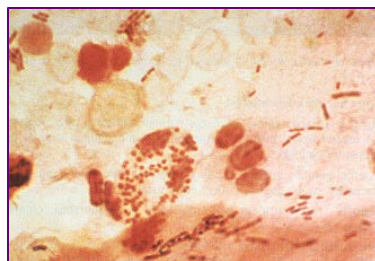
Sediaan apus vagina normal



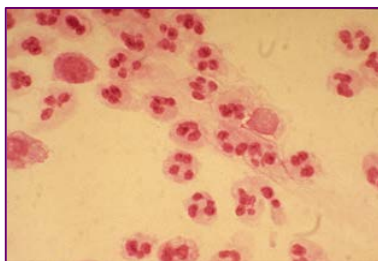
Sediaan apus vagina dengan blastospora dan pseudohifa



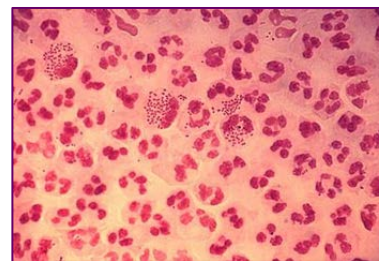
Sediaan apus pewarnaan Gram dengan *clue cells*



Sediaan apus duh tubuh serviks dengan lekosit PMN yang banyak disertai diplokokus Gram negatif intraselular



Sediaan apus duh tubuh uretra dengan lekosit polimorfonukleus (PMN) yang banyak, tanpa diplokokus Gram negatif

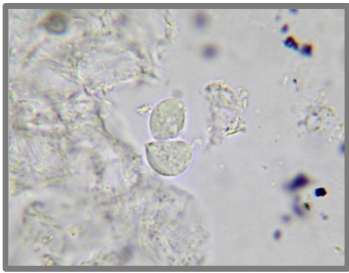


Sediaan apus duh tubuh uretra dengan lekosit polimorfonukleus (PMN) yang banyak, tampak pula diplokokus Gram negatif intrasel dan ekstrasel

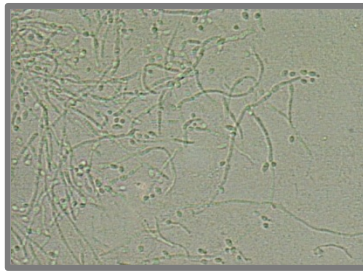
2. Sediaan basah dengan larutan NaCl fisiologis (0,9%)

- Siapkan kaca obyek dan kaca tutup
- Teteskan 1-2 tetes larutan NaCl 0,9% ke kaca obyek
- Bahan duh tubuh dari sengkeliit yang berasal dari forniks posterior dicampurkan pada tetesan larutan NaCl tersebut di atas dan segera tutup dengan kaca tutup
- Segera dibaca di bawah mikroskop cahaya dengan pembesaran 400 kali
- Cari parasit *Trichomonas vaginalis* yang ditandai oleh gerakan flagelanya yang khas
- Selain itu, dapat pula ditemukan pseudohifa dan blastospora serta *clue cells*.

Gambar 11. Berbagai mikroorganisme yang dapat ditemukan dengan pemeriksaan sediaan basah



Tampak parasit *Trichomonas vaginalis*



Tampak pseudohifa dan blastospora dari *Candida spp.*



Tampak sekelompok *clue cells*

TES UNTUK IMS DENGAN ULKUS GENITALIS

Jenis-jenis tes serologi untuk sifilis:

- Tes konvensional (dilakukan di laboratorium → menggunakan serum):
 - Tes non-treponema: sebagai penyaring dan untuk evaluasi terapi (RPR, VDRL)
 - Tes treponema: sebagai konfirmasi
- Tes cepat atau *rapid test* atau *point of care test* (dapat dilakukan di tempat pemeriksaan dengan hasil yang lebih cepat → dapat menggunakan serum ataupun darah biasa)

Gambar 11. Cara pemeriksaan sifilis dengan tes cepat (*rapid test*)



Lampiran 2. FORMULIR PELAPORAN

LAPORAN BULANAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)													HA-UPK-2															
UPK : Kabupaten/Kota : Provinsi :													Bulan : Tahun :															
No	Variabel	Laki-laki					Perempuan					Total	Kelompok Risiko					Total										
		< 1	1-14	15-19	20-24	25-49	≥50	Jml	< 1	1-14	15-19		20-24	25-49	≥50	Jml	WFS		PPS	Waria	LSL	IDU	WBP	Pasangan Risti	Pelanggan PS	Lain2		
1	Jumlah kunjungan layanan IMS																											
2	Jumlah yang di tes sifilis																											
3	Jumlah kasus IMS yang diobati																											
3a	Jumlah pasien yang diobati dalam PPB (PPT)																											
4	Jumlah pasien IMS yang ditemukan																											
5	Jumlah orang yang diberi KIE																											
6	Jumlah orang yang diberi kondom																											
7	Jumlah kondom yang didistribusikan																											
8	Jumlah pasien yang dirujuk ke Klinik VCT																											
9	Jumlah bumil yang berkunjung ke UPK																											
10	Jumlah bumil yang dites sifilis																											
11	Jumlah bumil yang sifilis positif																											
12	Jumlah bumil sifilis positif yang diobati																											
13	Jumlah pasien yang dirujuk ke Laboratorium																											
A PENDEKATAN SINDROMIK/IMS																												
1	Duh tubuh vagina																											
2	Duh tubuh uretra																											
3	Ulkus genital																											
4	Bubo inguinal																											
5	Penyakit radang panggul																											
6	Pembengkakan skrotum																											
7	Tumbuhan genital/vegetasi																											
8	Konjunktivitis neonatorum																											
Jumlah																												
B PENDEKATAN LABORATORIUM																												
1	Sifilis																											
2	Gonore																											
3	Suspect Gonore																											
4	Servicis/Proctitis																											
5	Urethritis non-GO																											
6	Trikomoniiasis																											
7	Ulkus Mole																											
8	Herpes Genital																											
9	Kandidiasis																											
10	Lain-lain																											
Jumlah																												

Laporan Awal / Perbaikan (lingkari pilihan)	:	
Jumlah seluruh layanan IMS	:	
Jumlah layanan IMS melapor bulan laporan	:	
Jumlah layanan IMS melapor tepat waktu bulan laporan	:	

.....	Pimpinan/Kepala/Direktur UPK
.....	Tanda tangan dan cap
.....	NIP

Petunjuk Pengisian Laporan Bulanan Infeksi Menular Seksual (IMS)

No.	VARIABEL	CARA PENGISIAN
	Unit Pelayanan Kesehatan (UPK)	Diisi nama Puskesmas/Rumah Sakit/Klinik yang memiliki layanan infeksi menular seksual (IMS)
	Kabupaten / Kota	Jelas
	Provinsi	Jelas
	Bulan	Jelas
	Tahun	Jelas
1.	Jumlah kunjungan layanan IMS	Diisi dengan jumlah kunjungan layanan IMS yang ada di UPK
2.	Jumlah yang di tes serologi sifilis	Diisi dengan jumlah orang yang dites serologi sifilis
3.	Jumlah kasus IMS yang diobati	Diisi dengan jumlah kasus penyakit IMS yang mendapat pengobatan tepat (sesuai dengan Pedoman Nasional Penanganan IMS, Kemenkes RI), baik menggunakan pendekatan sindrom/klinis atau laboratorium sederhana. Jumlah kasus IMS yang diobati bisa lebih banyak dari jumlah pasien IMS yang diobati karena 1 pasien bisa terinfeksi lebih dari 1 IMS
3a.	Jumlah pasien yang diobati dalam PPB	Diisi dengan jumlah pasien yang diberi obat (baik sakit maupun tidak sakit) pada kegiatan PPB (Pengobatan Presumtif Berkala)
4.	Jumlah pasien IMS yang diobati	Diisi jumlah orang dengan IMS yang mendapat pengobatan tepat (sesuai dengan Pedoman Nasional Penanganan IMS, KemenkesRI), baik menggunakan pendekatan Sindrom/Klinis atau Laboratorium.
5.	Jumlah orang yang diberi KIE	Diisi dengan jumlah pasien IMS yang mendapat materi KIE (leaflet, brosur, dsb) atau mendapat informasi memadai tentang IMS.
6.	Jumlah orang yang diberi kondom	Diisi dengan <u>jumlah pasien</u> IMS yang diberikan kondom pada saat kunjungan ke UPK
7.	Jumlah kondom yang didistribusikan	Diisi dengan <u>jumlah kondom</u> yang didistribusikan
8.	Jumlah pasien yang dirujuk ke klinik VCT	Diisi dengan jumlah pasien IMS yang mendapat layanan IMS secara lengkap, mulai dari diagnosis yang tepat, pengobatan yang sesuai, kondom, dan penyuluhan/KIE dan dirujuk untuk VCT
9.	Jumlah bumil yang berkunjung ke UPK	Diisi dengan jumlah ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan antenatal di UPK
10.	Jumlah bumil yang dites sifilis	Diisi dengan jumlah ibu hamil yang dites serologi sifilis
11.	Jumlah bumil yang sifilis positif	Diisi jumlah ibu hamil yang tes serologi sifilis positif
12.	Jumlah bumil sifilis positif yang diobati	Diisi dengan jumlah bumil yang tes serologi sifilis positif dan diobati
13.	Jumlah pasien yang dirujuk ke Laboratorium	Diisi dengan jumlah pasien yang dirujuk ke laboratorium karena UPK tidak mempunyai sarana laboratorium

PENDEKATAN SINDROM/KLINIS

(Diisi untuk setiap pasien yang didiagnosis berdasarkan sindrom/ gejala klinis)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Duh tubuh vagina | Diisi dengan jumlah pasien perempuan dengan keluhan duh tubuh vagina |
| 2. Duh tubuh uretra | Diisi dengan jumlah pasien laki-laki dengan keluhan duh tubuh uretra |
| 3. Ulkus genital | Diisi dengan jumlah pasien IMS dengan keluhan & gejala luka/ulkus di bagian kemaluan, duh tubuh yang tidak normal dari kemaluan perempuan yang di obati sesuai sindrom IMS |
| 4. Bubo inguinal | Diisi dengan jumlah pasien yang mengalami pembesaran kelenjar lipat paha |
| 5. Penyakit radang panggul | Diisi dengan jumlah pasien IMS dengan keluhan nyeri perut bagian bawah pada perempuan |
| 6. Pembengkakan skrotum | Diisi jumlah pasien IMS dengan keluhan & gejala pembengkakan buah zakar |
| 7. Tumbuhan genital/vegetasi | Diisi dengan jumlah pasien IMS dengan keluhan & gejala tonjolan/bintil pada kelamin |
| 8. Konjungtivitis neonatorum | Diisi dengan jumlah pasien bayi baru lahir (neonatus) dengan tanda radang pada mata |

PENDEKATAN ETIOLOGIS

(Diisi untuk setiap pasien yg didiagnosis berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium sederhana)

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Sifilis | Diisi dengan total kasus IMS (termasuk juga dengan ibu hamil yang sifilis) yang hasil pemeriksaanya laboratoriumnya VDRL dan TPHA positif. |
| 2. Gonore | Diisi dengan jumlah kasus IMS yang hasil kultur gonore positif atau hasil PCR gonore positif |
| 3. Suspek Gonore | Diisi dengan jumlah kasus IMS yang ditandai dengan keluar cairan abnormal dari kelamin dan hasil pengecatan ditemukan diplokokus gram (-) negatif, yg kemungkinan disebabkan gonore. |
| 4. Servisit/Proktitis | Diisi dengan jumlah kasus IMS yang ditandai dengan keluar cairan abnormal dari kelamin dan dibuktikan terdapat radang pada serviks. |
| 5. Uretritis non-Go | Diisi dengan infeksi pada uretra pria yang disebabkan oleh bakteri selain <i>N. gonorrhoea</i> . |
| 6. Trikomoniasis | Diisi dengan jumlah kasus IMS yang pada pemeriksaaan laboratorium dengan sediaan basah atau kultur didapat Trikomonas vaginalis. |
| 7. Ulkus Mole | Diisi dengan jumlah kasus IMS pada kelamin yang ditandai dengan timbulnya ulkus/ luka dan dipastikan dengan pemeriksaan serologis, tidak terinfeksi Treponema pallidum. |
| 8. Herpes Genital | Diisi dengan jumlah kasus IMS pada kelamin yang ditandai dengan timbulnya ukus/ luka dan dipastikan dengan pemeriksaan serologis, tidak terinfeksi Treponema pallidum. |
| 9. Kandidiasis | Diisi dengan jumlah infeksi saluran reproduksi akibat infeksi kandida |
| 10. Lain-lain | Diisi dengan jumlah infeksi saluran reproduksi lain yang tidak termasuk salah satu kategori sebelumnya |

Lampiran 3. KONTRIBUTOR

Editor

Prof. dr. Sjaiful Fahmi Daili, SpKK(K);
Dr. dr. Wresti Indriatmi, SpKK(K),M.Epid;
dr. Toni Wandra, M. Kes. Ph.D;
dr. Endang Budi Hastuti;
dr. Indri Oktaria Sukmaputri.

Kontributor

Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K), DTM&H;
dr. Muhammad Subuh, MPPM;
dr. Toni Wandra, M. Kes, Ph.D;
Prof.dr. Sjaiful Fahmi Daili, SpKK(K);
Dr. dr. Wresti Indriatmi, SpKK(K), M.Epid;
dr. Farida Zubier, SpKK(K);
dr. Hanny Nilasari, SpKK(K);
Dr. dr. Hans Lumintang, SpKK(K);
dr. A.A.G.P. Wiraguna, SpKK(K);
dr. Rachmatdinata, SpKK(K);
dr. Rasmia Romawi, SpKK(K);
dr. Nurdjannah Jane Niode, SpKK(K);
dr. Satiti Retno Pudjiati SpKK(K);
dr. Dyah Waluyo;
Naning Nugrahini, SKM, MKM;
dr. Endang Budi Hastuti;
Victoria Indrawati, SKM, MSc;
dr. Hariadi Wisnu Wardhana;
dr. Bangkit Purwandari;
dr. Rima Damayanti;
dr. Fonny J Silvanus;
dr. Anastasia Priscillia;
Nurjannah, SKM, Mkes;
dr. Indri Oktaria Sukmaputri;
dr. Hellen Dewi Prameswari;
Margarita Meita, SKM;
Eli Winardi, SKM, MKM;
dr. Ainor Rasyid;
dr. Nurhalina Afriana;
Ari Wulan Sari, SKM;
Viny Sutriani, SPsi, MPH;
dr. Trijoko Yudo Puspito;
Rizky Habsyi, SKM;
dr. Bayu Yuniarti;
dr. Irawan Kosasih;
dr. Atiek Anartati, MPH;
dr. R. Eddy Lamanepa, MPH,
Steve Wignall

