

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Menular Seksual

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang penularannya terutama melalui hubungan seksual yang mencakup infeksi yang disertai gejala-gejala klinis maupun asimtomatis (Daili, 2009). Penyebab infeksi menular seksual ini sangat beragam dan setiap penyebab tersebut akan menimbulkan gejala klinis atau penyakit spesifik yang beragam pula. Penyebab IMS dapat dikelompokkan atas beberapa jenis ,yaitu: (WHO,2007)

- bakteri (diantaranya *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *T.pallidum*)
- virus (diantaranya HSV,HPV,HIV, *Herpes B virus*, *Molluscum contagiosum virus*),
- protozoa (diantaranya *Trichomonas vaginalis*)
- jamur (diantaranya *Candida albicans*)
- ektoparasit (diantaranya *Sarcoptes scabiei*)

2.2 Penularan Infeksi Menular Seksual

Cara penularan IMS adalah dengan cara kontak langsung yaitu kontak dengan eksudat infeksius dari lesi kulit atau selaput lendir pada saat melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang telah tertular. Lesi bisa terlihat jelas ataupun tidak terlihat dengan jelas. Pemajanan hampir seluruhnya terjadi karena hubungan seksual (vaginal, oral, anal).

Penularan IMS juga dapat terjadi dengan media lain seperti darah melalui berbagai cara,yaitu:

- Transfusi darah dengan darah yang sudah terinfeksi HIV
- Saling bertukar jarum suntik pada pemakaian narkoba
- Tertusuk jarum suntik yang tidak steril secara sengaja/tidak sengaja
- Penggunaan alat pisau cukur secara bersama-sama
- Penularan juga pada terjadi dari ibu kepada bayi pada saat hamil

2.3 Diagnosa Infeksi Menular Seksual

Pemeriksaan klinis pada IMS memiliki 3 prinsip yaitu anamnese, pemeriksaan fisik dan pengambilan bahan untuk pemeriksaan laboratorium (Daili, 2009). Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan informasi penting terutama pada waktu menanyakan riwayat seksual. Hal yang sangat penting dijaga adalah kerahasiaan terhadap hasil anamnese pasien. Pertanyaan yang diajukan kepada pasien dengan dugaan IMS meliputi:

- Keluhan dan riwayat penyakit saat ini.
- Keadaan umum yang dirasakan.
- Pengobatan yang telah diberikan, baik topikal ataupun sistemik dengan penekanan pada antibiotik.
- Riwayat seksual yaitu kontak seksual baik di dalam maupun di luar pernikahan, berganti-ganti pasangan, kontak seksual dengan pasangan setelah mengalami gejala penyakit, frekuensi dan jenis kontak seksual, cara melakukan kontak seksual, dan apakah pasangan juga mengalami keluhan atau gejala yang sama.
- Riwayat penyakit terdahulu yang berhubungan dengan IMS atau penyakit di daerah genital lain.
- Riwayat penyakit berat lainnya.
- Riwayat keluarga yaitu dugaan IMS yang ditularkan oleh ibu kepada bayinya.
- Keluhan lain yang mungkin berkaitan dengan komplikasi IMS, misalnya erupsi kulit, nyeri sendi dan pada wanita tentang nyeri perut bawah, gangguan haid, kehamilan dan hasilnya.

- Riwayat alergi obat.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien harus memperhatikan hal penting seperti kerahasiaan pribadi pasien, sumber cahaya yang baik untuk dokter pemeriksa dan selalu harus menggunakan sarung tangan setiap kali memeriksa pasien. Pada pasien pria, organ reproduksi lebih mudah diraba. Mula-mula inspeksi daerah inguinal dan raba adakah pembesaran kelenjar dan catat konsistensi, ukuran, mobilitas, rasa nyeri, serta tanda radang pada kulit di atasnya. Pada waktu bersamaan, perhatikan daerah pubis dan kulit sekitarnya, adanya pedikulosis, folikulitis atau lesi kulit lainnya. Lakukan inspeksi skrotum, apakah asimetris, eritema, lesi superfisial dan palpasi isi skrotum dengan hati-hati. Dan akhirnya perhatikan keadaan penis mulai dari dasar hingga ujung. Inspeksi daerah perineum dan anus dengan posisi pasien sebaiknya bertumpu pada siku dan lutut.

2.4 Jenis-Jenis IMS

Beberapa jenis IMS yang paling umum ditemukan di Indonesia adalah:

2.4.1. Gonore

2.4.1.1. Defenisi

Gonore merupakan semua penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae* yang bersifat purulen dan dapat menyerang permukaan mukosa manapun di tubuh manusia (Behrman, 2009).

2.4.1.2 Epidemiologi

Di dunia, gonore merupakan IMS yang paling sering terjadi sepanjang abad ke 20, dengan perkiraan 200 juta kasus baru yang terjadi tiap tahunnya (Behrman, 2009). Sejak tahun 2008, jumlah penderita wanita dan pria sudah hampir sama yaitu sekitar 1,34 tiap 100.000 penduduk untuk wanita dan 1,03 tiap 100.000 penduduk untuk pria (CDC, 2009).

Sedangkan di Indonesia, dari data rumah sakit yang beragam seperti RSU Mataram pada tahun 1989 dilaporkan gonore yang sangat tinggi yaitu sebesar 52,87% dari seluruh penderita IMS. Sedangkan pada RS Dr.Pirngadi Medan ditemukan 16% dari sebanyak 326 penderita IMS (Hakim, 2009).

2.4.1.3. Etiologi dan morfologi

Gonore disebabkan oleh gonokokus yang ditemukan oleh Neisser pada tahun 1879. Kuman ini masuk dalam kelompok *Neisseria* sebagai *N.gonorrhoeae* bersama dengan 3 spesies lainnya yaitu, *N.meningitidis*, *N.catarrhalis* dan *N.pharyngis sicca*.

Gonokok termasuk golongan diplokokus berbentuk biji kopi dengan lebar 0,8 u dan panjang 1,6 u. Kuman ini bersifat tahan asam, gram negatif, dan dapat ditemui baik di dalam maupun di luar leukosit. Kuman ini tidak dapat bertahan hidup pada suhu 39 derajat Celcius, pada keadaan kering dan tidak tahan terhadap zat disinfektan. Gonokok terdiri atas 4 tipe yaitu tipe 1, tipe 2, tipe 3 dan tipe 4. Namun, hanya gonokok tipe 1 dan tipe 2 yang bersifat virulen karena memiliki pili yang membantunya untuk melekat pada mukosa epitel terutama yang bertipe kuboidal atau lapis gepeng yang belum matur dan menimbulkan peradangan (Daili, 2009).

2.4.1.4. Gejala klinis

Masa tunas gonore sangat singkat yaitu sekitar 2 hingga 5 hari pada pria. Sedangkan pada wanita, masa tunas sulit ditentukan akibat adanya kecenderungan untuk bersifat asimtomatis pada wanita.

Keluhan subjektif yang paling sering timbul adalah rasa gatal, disuria, polakisuria, keluar duh tubuh mukopurulen dari ujung uretra yang kadang-kadang dapat disertai darah dan rasa nyeri pada saat ereksi. Pada pemeriksaan orifisium uretra eksternum tampak kemerahan, edema, ekstrapion dan pasien merasa panas. Pada beberapa kasus didapati pula pembesaran kelenjar getah bening inguinal unilateral maupun bilateral.

Gambaran klinis dan perjalanan penyakit pada wanita berbeda dari pria. Pada wanita, gejala subjektif jarang ditemukan dan hampir tidak pernah didapati kelainan objektif. Adapun gejala yang mungkin dikeluhkan oleh penderita wanita adalah rasa nyeri pada panggul bawah, dan dapat ditemukan serviks yang memerah dengan erosi dan sekret mukopurulen (Daili, 2009).

2.4.1.5. Pemeriksaan

Pemeriksaan Gram dengan menggunakan sediaan langsung dari duh uretra memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi terutama pada duh uretra pria, sedangkan duh endoserviks memiliki sensitivitas yang tidak begitu tinggi. Pemeriksaan ini akan menunjukkan *N.gonorrhoeae* yang merupakan bakteri gram negatif dan dapat ditemukan baik di dalam maupun luar sel leukosit.

Kultur untuk bakteri *N.gonorrhoeae* umumnya dilakukan pada media pertumbuhan Thayer-Martin yang mengandung vankomisin untuk menekan pertumbuhan kuman gram positif dan kolimestat untuk menekan pertumbuhan bakteri negatif-gram dan nistatin untuk menekan pertumbuhan jamur. Pemeriksaan kultur ini merupakan pemeriksaan

dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi, sehingga sangat dianjurkan dilakukan terutama pada pasien wanita.

Tes defenitif: dimana pada tes oksidasi akan ditemukan semua *Neisseria* akan mengoksidasi dan mengubah warna koloni yang semula bening menjadi merah muda hingga merah lembayung. Sedangkan dengan tes fermentasi dapat dibedakan *N.gonorrhoeae* yang hanya dapat meragikan glukosa saja.

Tes beta-laktamase: tes ini menggunakan cefinase TM disc dan akan tampak perubahan warna koloni dari kuning menjadi merah.

Tes Thomson: tes ini dilakukan dengan menampung urine setelah bangun pagi ke dalam 2 gelas dan tidak boleh menahan kencing dari gelas pertama ke gelas kedua. Hasil dinyatakan positif jika gelas pertama tampak keruh sedangkan gelas kedua tampak jernih (Daili, 2009).

2.4.1.6. Komplikasi

Komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genitalia (Daili, 2009). Komplikasi lokal pada pria dapat berupa tisonitis, parauretritis, litritis, dan cowperitis. Selain itu dapat pula terjadi prostatitis, vesikulitis, funikulitis, epididimitis yang dapat menimbulkan infertilitas. Sementara pada wanita dapat terjadi servisitis gonore yang dapat menimbulkan komplikasi salpingitis ataupun penyakit radang panggul dan radang tuba yang dapat mengakibatkan infertilitas atau kehamilan ektopik. Dapat pula terjadi komplikasi diseminata seperti artritis, miokarditis, endokarditis, perikarditis, meningitis dan dermatitis. Infeksi gonore pada mata dapat menyebabkan konjungtivitis hingga kebutaan (Behrman, 2009).

2.4.2. Infeksi Genital Non-Spesifik (IGNS)

2.4.2.1. Defenisi

IGNS merupakan infeksi traktus genital yang disebabkan oleh penyebab yang nonspesifik yang meliputi beberapa keadaan yaitu Uretritis Non-spesifik (UNS), proktitis nonspesifik dan Uretritis Non-Gonore (UGN) (Lumintang, 2009).

2.4.2.2. Epidemiologi

Di dunia, WHO memperkirakan terdapat 140 juta kasus yang terjadi akibat infeksi *C.trachomatis*. Terdapat 1,1 juta kasus dilaporkan di Amerika Serikat dengan prevalensi tertinggi terjadi pada wanita diusia 15-24 tahun pada tahun 2007 (Struble, 2010).

Sedangkan di Indonesia, dari data yang diambil dari poliklinik IMS RS dr.Pirngadi Medan didapatkan prevalensi UNG sebesar 54% pada tahun 1990-1991. Di RSUP Denpasar prevalensi UNG/IGNS sebesar 13,8% pada tahun 1993-1994. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan terhadap kelompok pramuwaria di Jakarta mendapatkan data prevalensi klamidia sebesar 35,48% dari 62 orang yang diperiksa sedangkan pada pemeriksaan terhadap WTS di Medan menunjukkan prevalensi sebesar 45% (Hakim, 2009).

2.4.2.3. Etiologi dan morfologi

Penyebab 30% hingga 50% kasus IGNS adalah *Chamydia trachomatis*, sedangkan kasus selebihnya umumnya disebabkan oleh

Ureaplasma urealyticum. *Chlamydia trachomatis*, imunotipe D sampai dengan K, ditemukan pada 35 – 50 % dari kasus uretritis non gonokokus.

Klamidia yang menyebabkan penyakit pada manusia diklasifikasikan menjadi tiga spesies, yaitu: (Struble, 2010)

1. *Chlamydia psittaci*, penyebab psittacosis.
2. *C. trachomatis*, termasuk serotipe yang menyebabkan trachoma infeksi alat kelamin, *Chlamydia conjunctivitis* dan pneumonia anak dan serotipe lain yang menyebabkan *Lymphogranuloma venereum*.
3. *C. pneumoniae*, penyebab penyakit saluran pernapasan termasuk pneumonia dan merupakan penyebab penyakit arteri koroner.

2.4.2.4. Gejala klinis

Penting untuk mengetahui adanya koitus suspektus yang biasanya terjadi 1 hingga 5 minggu sebelum timbulnya gejala. Juga penting untuk mengetahui apakah telah melakukan hubungan seksual dengan istri pada waktu keluhan sedang berlangsung, mengingat hal ini dapat menyebabkan fenomena penularan pingpong (Lumintang, 2009).

Menurut Pedoman Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual Depkes RI, infeksi melalui hubungan seksual ini pada pria muncul sebagai uretritis dan pada wanita sebagai servisititis mukopurulen. Manifestasi klinis dari uretritis kadang sulit dibedakan dengan *gonorrhoea* dan termasuk adanya *discharge* mukopurulen dalam jumlah sedikit atau sedang, terutama pada pagi hari (*morning drops*) dan dapat pula berupa bercak di celana dalam, gatal pada uretra dan rasa panas ketika buang air kecil. Infeksi tanpa gejala bisa ditemukan pada 1-25% pria dengan aktivitas seksual aktif. Pada wanita, manifestasi klinis mungkin sama dengan *gonorrhoea*, dan seringkali muncul sebagai *discharge* endoservik mukopurulen, disertai dengan pembengkakan, eritema dan mudah mengakibatkan perdarahan endoservik disebabkan oleh peradangan dari epitel kolumnar endoservik. Namun, 70 % dari wanita dengan aktivitas seksual aktif yang menderita klamidia, biasanya tidak menunjukkan gejala.

Infeksi kronis tanpa gejala dari endometrium dan saluran tuba bisa memberikan hasil yang sama. Manifestasi klinis lain namun jarang terjadi seperti bartolinitis, sindroma uretral dengan disuria dan pyuria, *perihepatitis* (sindroma *Fitz-Hugh-Curtis*) dan proktitis. Infeksi yang terjadi selama kehamilan bisa mengakibatkan ketuban pecah dini dan menyebabkan terjadinya kelahiran prematur, serta dapat menyebabkan konjungtivitis dan radang paru pada bayi baru lahir. Infeksi klamidia endoserviks meningkatkan risiko terkena infeksi HIV. Infeksi klamidia bisa terjadi bersamaan dengan *gonorrhoea*, dan tetap bertahan walaupun *gonorrhoea* telah sembuh. Oleh karena servisititis yang disebabkan oleh gonokokus dan klamidia sulit dibedakan secara klinis maka pengobatan untuk kedua mikroorganisme ini dilakukan pada saat diagnosa pasti telah dilakukan. Namun pengobatan terhadap *gonorrhoea* tidak selalu dilakukan jika diagnosa penyakit disebabkan *C. trachomatis*.

2.4.2.5. Pemeriksaan

Diagnosa Urethritis Non Gonokokus (UNG) atau diagnosa servisititis non gonokokus ditegakkan biasanya didasarkan pada kegagalan menemukan *Neisseria gonorrhoeae* melalui sediaan apus dan kultur. Klamidia sebagai penyebab dipastikan dengan pemeriksaan preparat apus yang diambil dari uretra atau endoserviks atau dengan tes IF langsung dengan antibodi monoklonal, EIA, Probe DNA, tes amplifikasi asam nukleus (*Nucleic Acid Amplification Test*, NAAT), atau dengan kultur sel. NAAT bisa dilakukan dengan menggunakan spesimen urin. Organisme intraseluler sulit sekali dihilangkan dari *discharge*.

Pada pemeriksaan sekret uretra dengan pewarnaan Gram ditemukan leukosit lebih dari 5 pada pemeriksaan mikroskop dengan pembesaran 1000 kali. Pada pemeriksaan mikroskopik sekret serviks dengan pewarnaan Gram didapatkan leukosit lebih dari 30 per lapangan pandang dengan pembesaran 1000 kali. Tidak dijumpai diplokokus negatif gram, serta pada pemeriksaan sediaan basah tidak didapati parasit *Trichomonas vaginalis* (Lumintang, 2009).

Pembiakan *C. trachomatis* yang bersifat obligat intraseluler harus dilakukan pada sel hidup. Sel hidup ini dibiakkan dalam gelas kaca yang disebut biakan monolayer seperti Mc Coy dan BHK yang dapat dilihat hasil pertumbuhannya pada hari ketiga.

2.4.2.6. Komplikasi

Komplikasi dan gejala sisa berupa salpingitis dengan risiko infertilitas, kehamilan diluar kandungan atau nyeri pelvis kronis. Komplikasi dan gejala sisa mungkin terjadi dari infeksi uretra pada pria berupa epididimitis, infertilitas dan sindroma Reiter. Pada pria homoseksual, hubungan seks anorektal bisa menyebabkan proktitis klamidia (Ditjen PP&PL).

2.4.3. Sifilis

2.4.3.1. Defenisi

Sifilis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Treponema pallidum* yang bersifat kronis dan sistemik ditandai dengan lesi primer diikuti dengan erupsi sekunder pada kulit dan selaput lendir kemudian masuk kedalam periode laten tanpa manifestasi lesi di tubuh diikuti dengan lesi pada kulit, lesi pada tulang, saluran pencernaan, sistem syaraf pusat dan sistem kardiovaskuler. Infeksi ini dapat ditularkan kepada bayi di dalam kandungan (sifilis kongenital) (Hutapea, 2010).

2.4.3.2. Epidemiologi

Sifilis tersebar diseluruh dunia dan telah dikenal sebagai penyakit kelamin klasik yang dapat dikendalikan dengan baik. Di Amerika Serikat kejadian sifilis dan sifilis kongenital yang dilaporkan meningkat sejak tahun 1986 dan berlanjut sampai dengan tahun 1990 dan kemudian menurun sesudah itu. Peningkatan ini terjadi terutama di kalangan masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah dan di kalangan anak-anak muda dengan kelompok usia yang paling sering terkena infeksi adalah golongan usia muda berusia antara 20 – 29 tahun, yang aktif secara

seksual. Adanya perbedaan prevalensi penyakit pada ras yang berbeda lebih disebabkan oleh faktor sosial daripada faktor biologis. Dari data tahun 1981-1989 insidensi sifilis primer dan sekunder di Amerika Serikat meningkat 34% yaitu 18,4% per 100.000 penduduk. Dibanyak wilayah di AS, terutama di daerah perkotaan dan di daerah pedesaan bagian selatan faktor risiko yang melatarbelakangi peningkatan prevalensi

sifilis pada kelompok ini antara lain pemakaian obat-obat terlarang, prostitusi, AIDS dan hubungan seks pertama kali pada usia muda. Pada tahun 2003-2004 terjadi peningkatan prevalensi sifilis sebanyak 8 % dari 2,5 menjadi 2,7 per 100.000 populasi. Sedangkan pada tahun 2006 – 2007 terjadi peningkatan 12% dari 3,3 menjadi 3,7 per 100.000 populasi (Liu,2009).

2.4.3.3. Etiologi dan morfologi

Sifilis disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum* yang merupakan spesies *Treponema* dari famili *Spirochaetaceae*, ordo *Spirochaetales*. *Treponema pallidum* berbentuk spiral, negatif-Gram dengan panjang rata-rata 11 μm (antara 6-20 μm) dengan diameter antara 0,09 – 0,18 μm . *Treponema pallidum* mempunyai titik ujung terakhir dengan 3 aksial fibril yang keluar dari bagian ujung lapisan bawah. *Treponema* dapat bergerak berotasi cepat, fleksi sel dan maju seperti gerakan pembuka tutup botol (Hutapea, 2009).

2.4.3.4. Gejala klinis

Menurut hasil pemeriksaan histopatologis, perjalanan penyakit sifilis merupakan penyakit pembuluh darah dari awal hingga akhir. Dasar perubahan patologis sifilis adalah infiltrat perivaskular yang terdiri atas limfosit dan plasma sel. Hal ini merupakan tanda spesifik namun tidak patognomonis untuk sifilis. Sel infiltrat tampak mengelilingi endotelial yang berproliferasi sehingga menebal. Penebalan ini mengakibatkan timbulnya trombosis yang menyebabkan fokus-fokus nekrosis kecil sebagai lesi primer.

Periode inkubasi sifilis biasanya 3 minggu. Fase sifilis primer ditandai dengan munculnya tanda klinis yang pertama yang umumnya berupa tukak baik tunggal maupun multipel. Lesi awal biasanya berupa papul yang mengalami erosi, teraba keras dan terdapat indurasi. Permukaan dapat tertutup krusta dan terjadi ulserasi. Bagian yang mengelilingi lesi meninggi dan keras. Pada pria biasanya disertai dengan pembesaran kelenjar limfe inguinal media baik unilateral maupun bilateral. Masuknya mikroorganisme ke dalam darah terjadi sebelum lesi primer muncul, biasanya ditandai dengan terjadinya pembesaran kelenjar limfe (bubo) regional, tidak sakit, keras nonfluktuan. Infeksi juga dapat terjadi tanpa ditemukannya *chancer* (ulkus durum) yang jelas, misalnya kalau infeksi terjadi di rektum atau serviks. Tanpa diberi pengobatan, lesi primer akan sembuh spontan dalam waktu 4 hingga 6 minggu.

Sepertiga dari kasus yang tidak diobati mengalami stadium generalisata, stadium dua, dimana muncul erupsi di kulit yang kadang disertai dengan gejala konstitusional tubuh. Timbul ruam makulo papuler biasanya pada telapak tangan dan telapak kaki diikuti dengan limfadenopati. Erupsi sekunder ini merupakan gejala klasik dari sifilis

yang akan menghilang secara spontan dalam beberapa minggu atau sampai dua belas bulan kemudian. Sifilis sekunder dapat timbul berupa ruam pada kulit, selaput lendir dan organ tubuh dan dapat disertai demam dan malaise. Juga adanya kelainan kulit dan selaput lendir dapat diduga sifilis sekunder, bila ternyata pemeriksaan serologis reaktif. Pada kulit kepala dijumpai alopecia yang disebut *moth-eaten alopecia* yang dimulai di daerah oksipital. Dapat dijumpai plakat pada selaput lendir mulut, kerongkongan dan serviks. Pada beberapa kasus ditemukan pula splenomegali. Penularan dapat terjadi jika ada lesi mukokutaneus yang basah pada penderita sifilis primer dan sekunder. Namun jika dilihat dari kemampuannya menularkan kepada orang lain, maka perbedaan antara stadium pertama dan stadium kedua yang infeksius dengan stadium laten yang non infeksius adalah bersifat arbitrari, oleh karena lesi pada penderita sifilis stadium pertama dan kedua bisa saja tidak kelihatan.

Lesi pada sifilis stadium dua bisa muncul berulang dengan frekuensi menurun 4 tahun setelah infeksi. Namun penularan jarang sekali terjadi satu tahun setelah infeksi. Dengan demikian di AS penderita sifilis dianggap tidak menular lagi setahun setelah infeksi. Transmisi sifilis dari ibu kepada janin kemungkinan terjadi pada ibu yang menderita sifilis stadium awal namun infeksi dapat saja berlangsung selama stadium laten. Penderita stadium erupsi sekunder ini, sepertiga dari mereka yang tidak diobati akan masuk kedalam fase laten selama berminggu minggu bahkan selama bertahun tahun. Fase laten merupakan stadium sifilis tanpa gejala klinis namun dengan pemeriksaan serologis yang reaktif.

Akan tetapi bukan berarti perjalanan penyakit akan berhenti pada tingkat ini, sebab dapat terjadi sifilis stadium lanjut berbentuk gumma, kelainan susunan syaraf pusat dan kardiovaskuler. Terserangnya Susunan Syaraf Pusat (SSP) ditandai dengan gejala meningitis sifilitik akut dan berlanjut menjadi sifilis meningovaskuler dan akhirnya timbul paresis dan tabes dorsalis. Periode laten ini kadang kala berlangsung seumur hidup. Pada kejadian lain yang tidak dapat diramalkan, 5 – 20 tahun setelah infeksi terjadi lesi pada aorta yang sangat berbahaya (sifilis kardiovaskuler) atau gumma dapat muncul dikulit, saluran pencernaan tulang atau pada permukaan selaput lendir.

Stadium awal sifilis jarang sekali menimbulkan kematian atau disabilitas yang serius, sedangkan stadium lanjut sifilis memperpendek umur, menurunkan kesehatan dan menurunkan produktivitas dan efisiensi kerja. Mereka yang terinfeksi sifilis dan pada saat yang sama juga terkena infeksi HIV cenderung akan menderita sifilis SSP. Oleh karena itu setiap saat ada penderita HIV dengan gejala SSP harus dipikirkan kemungkinan yang bersangkutan menderita neurosifilis (neurosyphilis).

Infeksi pada janin terjadi pada ibu yang menderita sifilis stadium awal pada saat mengandung bayinya dan ini sering sekali terjadi sedangkan frekuensinya makin jarang pada ibu yang menderita stadium lanjut sifilis pada saat mengandung bayinya. Infeksi pada janin dapat berakibat terjadi aborsi, *stillbirth* atau kematian bayi karena lahir prematur atau lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) atau mati karena menderita penyakit sistemik. Bayi yang menderita sifilis mempunyai lesi

mukokutaneus basah yang muncul lebih menyebar dibagian tubuh lain dibandingkan dengan penderita sifilis dewasa. Lesi basah ini merupakan sumber infeksi yang sangat potensial.

Infeksi kongenital dapat berakibat munculnya manifestasi klinis yang muncul kemudian berupa gejala neurologis terserangnya SSP. Dan kadangkala infeksi kongenital dapat mengakibatkan berbagai kelainan fisik yang dapat menimbulkan stigmatisasi di masyarakat seperti gigi *Hutchinson*, *saddlenose* (hidung berbentuk pelana kuda), *saber shins* (tulang kering berbentuk pedang), keratitis interstitialis dan tuli. Sifilis kongenital kadang asimtomatik, terutama pada minggu-minggu pertama setelah lahir (Hutapea, 2009).

2.4.3.5. Pemeriksaan

Beberapa pemeriksaan terhadap sifilis dapat dilakukan dengan berbagai cara:

Pemeriksaan lapangan gelap (*dark field*) dengan bahan pemeriksaan dari bagian dalam lesi. Ruam sifilis primer dibersihkan dengan larutan NaCl fisiologis. Serum diperoleh dari bagian dasar atau dalam lesi dengan cara menekan lesi sehingga serum akan keluar. Kemudian serum diperiksa pada lapangan gelap untuk melihat ada tidaknya *T.pallidum* berbentuk ramping, dengan gerakan lambat dan angulasi. Bahan apusan lesi dapat pula diperiksa dengan metode mikroskop fluoresensi, namun pemeriksaan ini memberikan hasil yang kurang dapat dipercaya sehingga pemeriksaan *dark field* lebih umum dilaksanakan.

Penentuan antibodi di dalam serum yang timbul akibat infeksi *T.pallidum*. Tes yang dilakukan sehari-hari dapat menunjukkan reaksi IgM dan juga IgG tetapi tidak dapat menunjukkan antibodi spesifik adalah tes Wasserman, tes Kahn, tes VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*), tes RPR (*Rapid Plasma Reagin*) dan tes *Automated Reagin*. Tes-tes tersebut merupakan tes standar untuk sifilis dan memiliki spesifisitas rendah sebab dapat menunjukkan hasil positif semu. Sedangkan tes RPCF (*Reiter Protein Complement Fixation*) merupakan tes yang dapat menunjukkan kelompok antibodi spesifik. Tes dengan spesifitas tinggi dan dapat menentukan antibodi spesifik sifilis ini adalah tes TPI, tes FTA-ABS, tes TPHA dan tes Elisa (Hutapea, 2009).

Menurut Pedoman Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual Depkes RI tahun 2006, diagnosa sifilis dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan serologis terhadap darah dan likuor serebrospinalis.

2.4.3.6. Komplikasi

Sifilis stadium lanjut yang dapat menyebabkan neurosifilis, sifilis kardiovaskuler, dan sifilis benigna lanjut dapat menyebabkan kematian bila menyerang otak.

2.4.4. Herpes genitalis

2.4.4.1. Defenisi

Herpes genitalis adalah infeksi pada genital yang disebabkan oleh *Herpes Simplex Virus* (HSV) dengan gejala khas berupa vesikel yang

berkelompok dengan dasar eritema dan bersifat rekurens (CDC Fact Sheet, 2007).

2.4.4.2. Epidemiologi

Data- data di beberapa RS di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi herpes genital rendah sekali pada tahun 1992 di RSUP dr.Moewardi yaitu hanya 10 kasus dari 9983 penderita IMS. Namun, prevalensi di RSUD Dr.Soetomo agak tinggi yaitu sebesar 64 dari 653 kasus IMS dan lebih tinggi lagi di RSUP Denpasar yaitu 22 kasus dari 126 kasus IMS (Hakim, 2009).

2.4.4.3. Etiologi dan morfologi

Herpes Simplex Virus (HSV) dibedakan menjadi 2 tipe oleh SHARLITT tahun 1940 menjadi HSV tipe 1 dan HSV tipe 2. Secara serologik, biologik dan fisikokimia, keduanya hampir tidak dapat dibedakan. Namun menurut hasil penelitian, HSV tipe 2 merupakan tipe dominan yang ditularkan melalui hubungan seksual genito-genital. HSV tipe 1 justru banyak ditularkan melalui aktivitas seksual oro-genital atau melalui tangan (Salvaggio, 2009).

2.4.4.4. Gejala klinis

Gejala awalnya mulai timbul pada hari ke 4-7 setelah terinfeksi. Gejala awal biasanya berupa gatal, kesemutan dan sakit. Lalu akan muncul bercak kemerahan yang kecil, yang diikuti oleh sekumpulan lepuhan kecil yang terasa nyeri. Lepuhan ini pecah dan bergabung membentuk luka yang melingkar. Luka yang terbentuk biasanya menimbulkan nyeri dan membentuk keropeng. Penderita bisa mengalami nyeri saat berkemih atau disuria dan ketika berjalan akan timbul nyeri. Luka akan membaik dalam waktu 10 hari tetapi bisa meninggalkan jaringan parut. Kelenjar getah bening selangkangan biasanya agak membesar. Gejala awal ini sifatnya lebih nyeri, lebih lama dan lebih meluas dibandingkan gejala berikutnya dan mungkin disertai dengan demam dan tidak enak badan (Salvaggio, 2009).

Pada pria, lepuhan dan luka bisa terbentuk di setiap bagian penis, termasuk kulit depan pada penis yang tidak disunat. Pada wanita, lepuhan dan luka bisa terbentuk di vulva dan leher rahim. Jika penderita melakukan hubungan seksual melalui anus, maka lepuhan dan luka bisa terbentuk di sekitar anus atau di dalam rektum. Pada penderita gangguan sistem kekebalan (misalnya penderita infeksi HIV), luka herpes bisa sangat berat, menyebar ke bagian tubuh lainnya, menetap selama beberapa minggu atau lebih dan resisten terhadap pengobatan dengan asiklovir. Gejala-gejalanya cenderung kambuh kembali di daerah yang sama atau di sekitarnya, karena virus menetap di saraf panggul terdekat dan kembali aktif untuk kembali menginfeksi kulit. HSV-2 mengalami pengaktifan kembali di dalam saraf panggul. HSV-1 mengalami pengaktifan kembali di dalam saraf wajah dan menyebabkan *fever blister* atau *herpes labialis*. Tetapi kedua virus bisa menimbulkan penyakit di kedua daerah tersebut. Infeksi awal oleh salah satu virus akan memberikan kekebalan parsial terhadap virus lainnya, sehingga gejala dari virus kedua tidak terlalu berat.

2.4.4.5. Pemeriksaan

Diagnosis secara klinis ditegakkan dengan adanya gejala khas berupa vesikel berkelompok dengan dasar eritema dan bersifat rekuren. Pemeriksaan laboratorium yang paling sederhana adalah tes Tzank yang diwarnai dengan pengecatan Giemsa atau Wright dimana akan tampak sel raksasa berinti banyak. Cara terbaik dalam menegakkan diagnosa adalah dengan melakukan kultur jaringan karena paling sensitif dan spesifik. Namun cara ini membutuhkan waktu yang banyak dan mahal. Dapat pula dilakukan tes-tes serologis terhadap antigen HSV baik dengan cara imunofluoresensi, imunoperoksidase maupun ELISA (Daili, 2009).

2.4.4.6. Komplikasi

Komplikasi yang paling ditakutkan adalah akibat dari penyakit ini pada bayi yang baru lahir (Daili, 2009). Herpes genitalis pada trimester awal kehamilan dapat menyebabkan abortus atau malformasi kongenital berupa mikroensefali. Pada bayi yang lahir dari ibu pengidap herpes ditemukan berbagai kelainan seperti hepatitis, ensefalitis, keratokonjungtivitis bahkan *stillbirth*.

2.4.5. Kondiloma Akuminata

2.4.5.1. Defenisi

Kondiloma akuminata (KA) adalah infeksi menular seksual dengan kelainan berupa fibroepitelioma pada kulit dan mukosa (Zubier, 2009).

2.4.5.2. Epidemiologi

Di Amerika Serikat dari 122 juta penduduk berusia 15 – 49 diperkirakan lebih dari 1% yang menderita kondiloma akuminata dan 2% yang subklinis. Di Swedia, dengan menggunakan metode PCR, ditemukan prevalensi KA akibat infeksi VPH tipe 6 atau 16 pada 84% pria yang datang di klinik IMS (Hakim, 2009).

2.4.5.3. Etiologi

Lebih dari 90% kondiloma akuminata disebabkan oleh Virus Papiloma Humanus (VPH) tipe 6 dan 11. VPH merupakan virus DNA yang merupakan virus epiteliotropik (menginfeksi epitel) dan tergolong dalam famili *Papovaviridae*. Berdasarkan kemungkinan terjadinya displasia epitel dan keganasan maka VPH dibagi menjadi VPH berisiko rendah (*low risk*), VPH berisiko sedang (*moderate risk*) dan VPH berisiko tinggi (*high risk*). VPH tipe 6 dan tipe 11 paling sering ditemukan pada kondiloma akuminata yang eksofitik dan pada displasia derajat rendah (*low risk*), sedangkan VPH tipe 16 dan 18 sering ditemukan pada displasia keganasan yang berisiko tinggi (*high risk*) sedangkan risiko menengah (*moderate risk*) terdiri atas VPH tipe 33, 35, 39, 40, 43, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58. Pada sekitar 10% pasien mengalami kondiloma akuminata yang diakibatkan oleh kombinasi beberapa VPH (Ghadishah, 2009).

2.4.5.4. Gejala klinis

Kondiloma akuminata atau yang umum dikenal sebagai kutil genitalis paling sering tumbuh di permukaan tubuh yang hangat dan lembab. Pada pria, area yang sering terkena adalah ujung dan batang penis dan di bawah prepusium jika tidak disunat. Pada wanita, kutil timbul di vulva, dinding vagina, leher rahim (*serviks*) dan kulit di sekeliling vagina. Kutil genitalis juga bisa terjadi di daerah sekeliling anus dan rektum,

terutama pada pria homoseksual dan wanita yang melakukan hubungan seksual secara genitoanal. Kutil biasanya muncul dalam waktu 1-6 bulan setelah terinfeksi, dimulai sebagai pembengkakan kecil yang lembut, lembab, berwarna merah atau pink. Mereka tumbuh dengan cepat dan bisa memiliki tangkai. Pada suatu daerah seringkali tumbuh beberapa kutil dan permukaannya yang kasar memberikan gambaran seperti bunga kol. Pada wanita hamil, pada gangguan sistem kekebalan (penderita *AIDS* atau pengobatan dengan obat yang menekan sistem kekebalan) dan pada orang yang kulitnya meradang, pertumbuhan kutil ini sangat cepat.

Keadaan klinis kondiloma akuminata dibagi dalam 3 bentuk yaitu bentuk akuminata, bentuk papul dan bentuk datar. Selain itu, dikenal pula sebutan *Giant Condyloma* untuk keadaan klinis KA tampak sangat besar, bersifat invasif lokal dan tidak bermetastasis (Zubier, 2009).

2.4.5.5. Pemeriksaan

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala dan hasil pemeriksaan fisik. Kutil yang menetap bisa diangkat melalui pembedahan dan diperiksa dibawah mikroskop untuk meyakinkan bahwa itu bukan merupakan suatu keganasan. Wanita yang memiliki kutil di leher rahimnya, harus menjalani pemeriksaan Pap-smear secara rutin. Pada lesi yang meragukan, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang dengan tes asam asetat, kolposkopi dan pemeriksaan histopatologis.

2.4.5.6. Komplikasi

Kondiloma akuminata yang diakibatkan oleh VPH berisiko tinggi dapat berkembang menjadi keganasan. Infeksi VPH akan semakin buruk pada pasien imunodefisiensi dan memperbesar kemungkinan terjadinya keganasan. Penyakit laten semakin sering kambuh pada wanita yang sedang hamil. Pendarahan sering terjadi pada *flat penile wart* (Ghadishah, 2009).

2.5 Pencegahan IMS

Prinsip umum pengendalian IMS adalah:

Tujuan utama:

- Memutuskan rantai penularan infeksi IMS
- Mencegah berkembangnya IMS dan komplikasinya

Tujuan ini dicapai melalui:

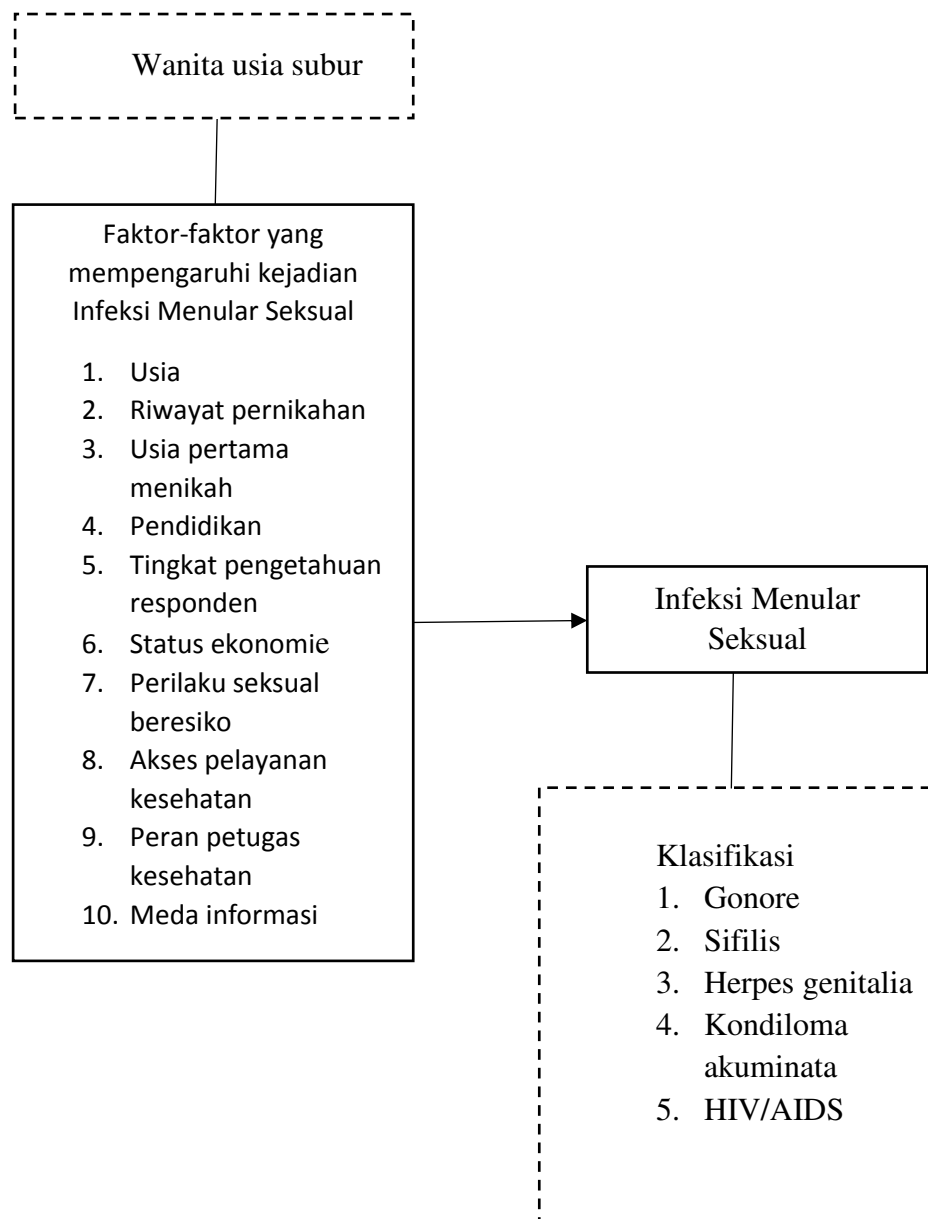
- Mengurangi pajanan IMS dengan program penyuluhan untuk menjauhkan masyarakat terhadap perilaku berisiko tinggi
- Mencegah infeksi dengan anjuran pemakaian kondom bagi yang berperilaku risiko tinggi
- Meningkatkan kemampuan diagnosa dan pengobatan serta anjutan untuk mencari pengobatan yang tepat
- Membatasi komplikasi dengan melakukan pengobatan dini dan efektif baik untuk yang simptomatik maupun asimtomatik serta pasangan seksualnya. (Daili, 2009).

Menurut Direktorat Jenderal PPM & PL (Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan) Departemen Kesehatan RI, tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti:


1. Mendidik masyarakat untuk menjaga kesehatan dan hubungan seks yang sehat, pentingnya menunda usia aktivitas hubungan seksual, perkawinan monogami, dan mengurangi jumlah pasangan seksual.
2. Melindungi masyarakat dari IMS dengan mencegah dan mengendalikan IMS pada para pekerja seks komersial dan pelanggan mereka dengan melakukan penyuluhan mengenai bahaya IMS, menghindari hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, tindakan profilaksis dan terutama mengajarkan cara penggunaan kondom yang tepat dan konsisten.
3. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk diagnosa dini dan pengobatan dini terhadap IMS. Jelaskan tentang manfaat fasilitas ini dan tentang gejala-gejala IMS dan cara-cara penyebarannya.


2.5 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara perilaku seksual dan vaginitis, serta hubungan antara keduanya, yang disajikan dalam bagan skematik kerangka.



Keterangan

Di teliti : 

Tidak diteliti : 

Gambar 2.3 Bagan Kerangka Konsep Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Infeksi Menular Seksual

2.6 Hipotesis Penelitian

H1 :

1. Ada hubungan antara perilaku seksual beresiko dengan kejadian infeksi menular seksual
2. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian infeksi menular seksual
3. Ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian infeksi menular seksual
4. Ada hubungan antara media informasi dengan kejadian infeksi menular seksual
5. Ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian infeksi menular seksual
6. Ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan kejadian infeksi menular seksual