

INFEKSI MENULAR SEKSUAL MULTIPLEL PADA PEREMPUAN HAMIL TRIMESTER KEDUA (LAPORAN KASUS)

¹Arum Krismi, Herwinda Brahmanti², Satiti Retno Pudjiati³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana Yogyakarta

²Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya Malang

³Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran
UGM/RS Dr. Sardjito Yogyakarta

Korespondensi: arumkrismi@yahoo.com

ABSTRAK

Infeksi Menular Seksual (IMS) dapat menimbulkan dampak yang serius pada kehamilan berupa kehamilan ektopik, aborsi spontan, kematian janin dalam rahim, prematuritas, infeksi kongenital dan perinatal serta infeksi puerperal pada ibu.

Seorang perempuan hamil berusia 21 tahun mengeluhkan adanya kutil di sekitar kelamin dan dekat anus, serta keputihan berwarna putih keruh dari kemaluan sejak \pm 2 bulan yang lalu. Pada perut bagian bawah dan kedua pangkal paha terdapat makula dan papul hiperpigmentasi, teraba keras, multipel, tersebar; pada vulva, perineum dan perianal terdapat papul verukosa multipel dengan luas area (perianal) \pm 6 x 5 cm². Pemeriksaan inspekulo pada cervix didapatkan bintik-bintik kemerahan (*strawberry cervix*), cervix dan fornix tertutup *discharge* putih keabuan berbuih dan vagina tertutup *discharge* putih homogen menggumpal. Diagnosis kerja adalah sifilis sekunder, trichomoniasis, dan kandidiasis vulvovaginalis (KVV) pada kehamilan. Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis, status dermato-venereologis, pemeriksaan fisik (inspekulo), laboratorium, histopatologis, dan serologis.

Infeksi Menular Seksual dapat diderita oleh seorang pasien jika terdapat sumber penularan. Perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan dalam respon imun, hormonal maupun anatomis, menyebabkan perempuan hamil lebih rentan untuk menderita IMS multipel.

Kata kunci: infeksi menular seksual, perempuan hamil, sifilis sekunder, trichomoniasis, kandidiasis vulvovaginalis

MULTIPLE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN 2nd TRIMESTER PREGNANCY (A CASE REPORT)

¹Arum Krismi, Herwinda Brahmanti², Satiti Retno Pudjiati³

¹Medical Faculty of Duta Wacana Christian University

²Department of Dermatovenerology Medical Faculty of Brawijaya University

³Department of Dermatovenerology Medical Faculty of Gadjah Mada University
Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta

Correspondence: arumkrismi@yahoo.com

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) could cause serious impact on pregnancy such as ectopic pregnancy, spontaneous abortion, intra uterine fetal death, prematurity, congenital and perinatal infection, and puerperal infection in the mother.

A 21 years old pregnant women complain of genital warts around and near the anus, and whitish vaginal discharge since \pm 2 months ago. We found multiple, discrete hyperpigmented macules and hard hyperpigmented papules on the lower abdomen and groin; multiple verrucous papules on the vulva, perineum, and perianal with an area of \pm 6 x 5 cm². Inspeculo examination showed reddish spots (strawberry cervix) on the cervix, cervix and fornix were covered with grayish white foamy discharge, vaginal wall was covered with white, homogenous discharge. The working diagnosis were secondary syphilis, trichomoniasis, and vulvovaginal candidiasis in pregnancy. Diagnosis were based on history taking, dermato-venereological status, physical (inspeculo), laboratory, histopathological, and serological examination.

Sexually Transmitted Infection could be suffered by a patient if one had the source of infection. The susceptibility of the pregnant women to multiple STIs may be enhanced, owing either to alterations in host defense mechanisms, hormonal, or to changes in anatomic structure.

Keywords: *multiple sexually transmitted infections, pregnancy, secondary syphilis, trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis*

PENDAHULUAN

Infeksi Menular Seksual (IMS) dapat menimbulkan dampak yang serius pada kehamilan berupa kehamilan ektopik, aborsi spontan, kematian janin dalam rahim, prematuritas, infeksi kongenital dan perinatal serta infeksi puerperal pada ibu.¹ Penanganan kasus IMS harus dilakukan secara paripurna meliputi anamnesis, pemeriksaan klinis, diagnosis yang tepat, pengobatan dini dan efektif, edukasi pasien, penyediaan dan anjuran untuk menggunakan kondom, serta notifikasi dan penanganan pasangan seksualnya.²

Pada makalah ini akan dilaporkan suatu IMS multipel pada seorang perempuan hamil. Pembahasan akan ditekankan pada faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya IMS multipel, penegakan diagnosis, dan penatalaksanaan IMS pada pasien.

KASUS

Seorang perempuan berusia 21 tahun, beralamat di Playen Gunung Kidul, datang ke sub bagian IMS Poliklinik Kulit dan Kelamin RS Dr. Sardjito Yogyakarta dengan keluhan utama kutil di sekitar kelamin dan dekat anus.

Sejak \pm 2 bulan yang lalu, timbul benjolan di dekat anus yang bertambah besar dan bertambah banyak, kadang terasa gatal, buang air besar sulit dan terasa sakit, kadang hingga disertai darah. Keluhan tersebut disertai dengan sering timbul bisul terutama di perut bagian bawah dan kedua pangkal paha, beberapa sembuh sendiri tanpa diobati dan timbul bisul yang lain. Keluhan *mlanjer* di bawah dagu, lipatan ketiak dan lipatan paha, nyeri pada tenggorokan, badan demam dan terasa lemas disangkal. Keluhan sering demam dan sering diare disangkal.

Pasien menyatakan badannya sempat bertambah kurus pada \pm 3 bulan pertama kehamilannya, tetapi pasien tidak ingat berat badannya. Pasien juga mengeluhkan adanya keputihan berwarna putih keruh dari kemaluan sejak \pm 2 bulan yang lalu. Keputihan tidak berbau, kadang terasa gatal, bertambah banyak.

Pasien adalah seorang ibu rumah tangga, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP), menikah saat berusia 19 tahun, berhubungan seksual pertama kali setelah menikah dengan suami, jumlah pasangan seksual 1 orang (suami), hubungan seksual dilakukan secara *genito-genital* dan *ano-genital*, tanpa kondom. Suami pasien bekerja sebagai supir truk antar kota antar propinsi dan pulang ke rumah setiap 1-2 bulan. Saat ini pasien sedang hamil \pm 5 bulan, riwayat kehamilan sebelumnya disangkal. Riwayat keluhan berupa bintil-bintil berair, luka yang tidak nyeri, bintil-bintil di kemaluan dan keputihan sebelumnya pada pasien disangkal. Riwayat kencing nanah, bintil-bintil berair, dan luka yang tidak nyeri pada suami tidak diketahui.

Keadaan umum pasien tampak lemah, status gizi kesan kurang, kesadaran *compos mentis*, tanda vital dalam batas normal. Status *dermatovenereologis* pada hampir seluruh tubuh kulit serotik; pada perut bagian bawah dan kedua pangkal paha terdapat makula dan papul hiperpigmentasi, teraba keras, multipel, tersebar; pada vulva, perineum dan perianal terdapat papul verukosa multipel dengan luas area (perianal) \pm 6 x 5 cm², hasil tes *acetowhite* positif. Pemeriksaan inspekulo pada cervix didapatkan bintik-bintik kemerahan (*strawberry cervix*), cervix dan fornix tertutup *discharge* putih keabuan berbuih dan vagina tertutup *discharge*

putih homogen menggumpal. Pada apusan *discharge* fornix yang ditetesi NaCl 0,9% didapatkan *T. vaginalis*, pemeriksaan Gram apusan *discharge* vagina didapatkan pseudohifa. Hasil pemeriksaan laboratorium titer tes Venereal Diseases Reference Laboratory (VDRL) positif 1/32, *Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay (TPHA) positif, anti-HIV dengan metode ICT 0 (non reaktif), HIV dengan metode ELFA 0.07 (nonreaktif, *cut-off* 1.0). Dilakukan biopsi pada kulit perianal dengan kesimpulan hasil secara histopatologis sesuai kondilomata lata. Diagnosis kerja adalah sifilis sekunder, trichomoniasis, dan kandidiasis vulvovaginalis (KVV) pada kehamilan.

Pasien diobati dengan benzathine penicillin G 2,4 juta unit IM dalam dosis terbagi pada pantat kanan dan kiri (hasil tes alergi terhadap benzathine penicillin G negatif), metronidazol 2g dosis tunggal, dan nistatin 1 x 100.000 unit intravagina untuk 14 hari. Pasien dirujuk ke Poliklinik Kebidanan untuk pemeriksaan kehamilan, direncanakan untuk tes VDRL kuantitatif dan TPHA kualitatif 1 bulan setelah terapi dengan benzathine penicillin G, serta direncanakan untuk tes HIV ulang 3 bulan lagi. Pasien diminta mengajak suaminya memeriksakan diri ke sub bagian IMS Poliklinik Kulit dan Kelamin RS Dr. Sardjito Yogyakarta untuk pelacakan IMS.

Saat kontrol 1,5 bulan setelah terapi dengan benzathine penicillin G, pasien menyatakan bahwa bisul dan kutil sudah sembuh. Status dermatovenereologis pada hampir seluruh tubuh kulit serotik; pada perut bagian bawah dan kedua pangkal paha terdapat makula hiperpigmentasi batas kurang tegas, multipel, tersebar. Pemeriksaan inspekulo pada cervix sudah tidak didapatkan bintik-bintik kemerahan

dan *discharge* putih keabuan berbuih, vagina masih tertutup sedikit *discharge* putih keabuan menggumpal. Pada apusan *discharge* fornix yang ditetesi NaCl 0,9% sudah tidak didapatkan *T. vaginalis*, pemeriksaan Gram apusan *discharge* vagina masih didapatkan pseudohifa. Hasil laboratorium titer VDRL positif 1/8 dan TPHA positif. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) janin di Poliklinik Kebidanan didapatkan hasil kesan kehamilan baik. Diagnosis akhir adalah sifilis sekunder (membaik) pada primigravida hamil preterm (27⁺⁶ minggu) belum dalam persalinan dengan sifilis sekunder *post* terapi dan dengan KVV. Pasien diberi nistatin 1 x 100.000 unit intravagina untuk 14 hari, direncanakan untuk tes HIV ulang 1,5 bulan lagi, serta direncanakan untuk tes VDRL kuantitatif dan TPHA kualitatif ulang 3 bulan setelah terapi dengan benzathine penicillin G. Hingga saat kontrol, suami pasien belum dapat dihubungi dan belum pernah pulang ke rumah.

PEMBAHASAN

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan bahwa terdapat faktor risiko berupa sumber penularan bagi seorang perempuan untuk menderita IMS, yaitu jika didapatkan jawaban 'ya' untuk satu atau lebih dari pertanyaan: 1) mempunyai lebih dari satu pasangan seksual dalam 3 bulan terakhir, 2) memiliki pasangan seksual baru dalam 3 bulan terakhir, 3) pasangan seksualnya mengalami IMS, dan 4) perilaku mitra seksual berisiko tinggi misalnya para wanita dan pria penaja seks, remaja, pengemudi truk jarak jauh, anggota militer termasuk anggota kepolisian, serta para narapidana.² Pada kasus ini, pasien mempunyai sumber penularan IMS, yaitu perilaku mitra seksual yang berisiko tinggi karena

bekerja sebagai pengemudi truk jarak jauh.

Perempuan hamil lebih rentan menderita Infeksi Menular Seksual (IMS) akibat perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan dalam respon imun, hormonal maupun anatomis, yang dapat mengubah manifestasi klinis IMS serta menimbulkan masalah tersendiri dalam diagnosis dan penatalaksanaannya. Kehamilan mempengaruhi mekanisme pertahanan tubuh ibu melalui penekanan sistem imun, sehingga dapat menyebabkan timbulnya IMS multipel pada kasus.¹ Penurunan sistem imun pada kasus juga dapat disebabkan oleh infeksi HIV, yang kemungkinan masih berada dalam periode jendela.

Sifilis adalah suatu penyakit sistemik yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*, suatu spiroketa mikroaerofilik yang hanya menginfeksi manusia.^{3,4} Berdasarkan perjalanan alamiah penyakitnya, sifilis dibagi menjadi stadium primer (*chancre*), stadium sekunder (lesi mukokutaneus dan/atau limfadenopati, dengan atau tanpa keterlibatan organ), stadium laten dan stadium tersier.³ Manifestasi klinis sifilis stadium sekunder muncul 2-12 minggu hingga beberapa bulan setelah munculnya *chancre* atau sebelum *chancre* sembuh pada 15% kasus, sebagai akibat dari penyebaran *T. pallidum* secara hematogen. Lesi awal sifilis stadium sekunder biasanya berupa erupsi makula dan patch oval merah muda yang multipel, tersebar, berdiameter 0.5-2 cm, tidak berskuama, terutama pada badan dan ekstremitas bagian fleksor termasuk telapak tangan dan kaki (*roseola syphilitica*). Beberapa hari kemudian makula menjadi papul berwarna tembaga gelap, terutama pada daerah genitalia, wajah, telapak tangan dan kaki.^{3,5}

Lesi sifilis stadium sekunder pada mukosa sangat infeksius, berupa kondilomata lata, patch pada mukosa dan faringitis. Kondilomata lata terdiri dari papul atau plak sewarna kulit atau hipopigmentasi, permukaannya dapat halus, berjonjot atau tertutup oleh pertumbuhan yang menyerupai bunga kembang kol (*cauliflower-like*) sehingga sering salah terdiagnosis sebagai kondiloma akuminata. Kondilomata lata merupakan akibat dari penyebaran *T. pallidum* secara langsung dari lesi primernya, sehingga biasanya dijumpai pada area di sekitar *chancre* yaitu pada perineum atau anus, yang dapat timbul sebelum atau segera setelah timbulnya lesi generalisata pada sifilis sekunder.^{3,5} Tes *acetowhite* dinyatakan positif dengan timbulnya warna putih pada lesi setelah diolesi dengan larutan asam asetat 3-5% sebagai akibat dari koagulasi sitokeratin epitelial. Tes *acetowhite* dapat memberikan hasil positif palsu terutama pada kondisi-kondisi inflamasi, sehingga tes tersebut tidak spesifik untuk penegakan diagnosis kondiloma akuminata.^{6,7}

Pada perempuan, gejala subjektif dan manifestasi klinis dapat digunakan untuk mengarahkan diagnosis, namun tesserologis untuk sifilis tetap merupakan tes diagnostik yang paling berguna.¹ Melalui tes serologis, diagnosis sifilis ditegakkan jika didapatkan hasil reaktif pada tes nontreponemal (VDRL, Rapid Plasma Reagin/RPR) dan hasil reaktif pada tes treponemal (TPHA, *Treponema Pallidum* Particle agglutination Assay/TPPA, Microhaemagglutination Assay with *Treponema Pallidum* antigen/MHA-TP, Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption/FTA-Abs, Treponemal-based Enzyme Immunoassays/EIAs). Titer tes nontreponemal yang tinggi ($\geq 1/32$) mengindikasikan adanya infeksi aktif, sementara titer yang

rendah ($\leq 1/8$) dapat menetap hingga bertahun-tahun setelah pengobatan yang adekuat pada sifilis stadium lanjut.³ Pada perempuan hamil yang berisiko tinggi untuk terinfeksi sifilis, tes serologis untuk sifilis harus dilakukan pada saat pertama kali memeriksakan kehamilannya. Tes tersebut diulang lagi pada usia kehamilan 28-32 minggu dan saat hendak melahirkan. Jika terdapat hasil yang menyokong diagnosis sifilis dari salah satu tes tersebut, pengobatan harus segera diberikan dengan regimen penisilin sesuai stadium sifilis yang diderita.⁸ Pengobatan dinyatakan adekuat jika didapatkan penurunan titer tes nontreponemal ≥ 4 kali dari titer awal (misalnya 1/32 menjadi $\leq 1/8$) dalam waktu 6 bulan pada sifilis stadium primer atau sekunder, sedangkan tes treponemal dapat tetap reaktif seumur hidup. Sifilis sekunder pada penderita yang berisiko tinggi atau telah dinyatakan positif HIV, *follow-up* manifestasi klinis dan tes serologis dilakukan pada bulan ke-3, 6, 9, 12 dan 24.^{3,8}

Diagnosis sifilis sekunder pada kasus ditegakkan berdasarkan anamnesis, status dermatovenereologis, pemeriksaan histopatologis dan serologis. Penurunan titer tes nontreponemal pada pemeriksaan ulang 1,5 bulan setelah terapi dengan benzathine penicillin G menunjukkan bahwa pengobatan yang diberikan telah adekuat. Pasien berisiko tinggi terinfeksi HIV, sehingga walaupun hasil tes HIV masih dinyatakan negatif, penderita direncanakan tes serologis ulang untuk sifilis 3 bulan setelah terapi.

Trichomoniasis adalah suatu IMS yang disebabkan oleh protozoa *Trichomonas vaginalis*, dengan masa inkubasi 4-28 hari. Pada perempuan, *T. vaginalis* dapat diisolasi dari vagina, uretra, cervix, kelenjar Bartholini dan

kandung kemih. Manifestasi klinisnya bervariasi mulai dari karier asimtomatis hingga vaginitis berupa *discharge* vagina berwarna kuning kehijauan, berbau, eritema dan pruritus pada vulva, dispareunia, rasa tidak nyaman pada perut bagian bawah, atau disuria. Gambaran *strawberry cervix* atau *colpitis macularis* yang merupakan tanda spesifik pada trichomoniasis disebabkan oleh adanya titik-titik perdarahan (*punctate hemorrhages*) pada dinding vagina dan cervix. *Trichomonas vaginalis* dapat terlihat melalui pemeriksaan apusan *discharge* vagina yang ditetesi larutan garam fisiologis berupa protozoa berbentuk ovoid berflagela.⁹ Regimen pengobatan yang direkomendasikan adalah metronidazole oral 2gr dosis tunggal, tinidazole oral 2gr dosis tunggal atau metronidazole oral 2 x 500mg selama 7 hari. Pengobatan pada trichomoniasis dapat mengurangi keluhan *discharge* vagina pada perempuan hamil dan dapat mencegah infeksi saluran pernapasan atau genital pada bayi baru lahir.⁸ Pada kasus ini, diagnosis trichomoniasis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik (inspekulo) dan laboratorium. Pengobatan dengan metronidazole oral 2g dosis tunggal memberikan perbaikan dengan tidak ditemukannya lagi *T. vaginalis* pada apusan *discharge* fornix saat kontrol 1,5 bulan kemudian.

Candida lebih mudah menginfeksi vagina pada kehamilan karena tingginya kadar hormon estrogen yang akan meningkatkan kadar glikogen dalam jaringan vagina dan memperkuat penempelan *Candida* ke mukosa vagina. Kandidiasis vulvovaginalis ditandai oleh adanya keluhan gatal pada vulva, *discharge* vagina berwarna putih kekuningan seperti keju dengan konsistensi bervariasi mulai encer hingga kental, iritasi pada vagina,

dispareunia, rasa panas seperti terbakar pada vulva, dan disuria.¹⁰ Pilihan pengobatan bagi KVV pada perempuan hamil adalah secara intravagina dengan sediaan antijamur golongan azole selama 7 hari (klotrimazole 1x100mg, mikonazole 1x100mg) atau nistatin 1x100.000 unit selama 14 hari.⁸ Diagnosis KVV pada pasien ditegakkan berdasarkan pemeriksaan fisik (inspekulo) dan laboratorium. Pengobatan dengan nistatin intravagina 1x100.000 unit selama 14 hari pada pasien belum menunjukkan perbaikan yang bermakna.

KESIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus wanita hamil dengan IMS multipel. Sumber penularan diduga dari suami yang berprofesi sebagai pengemudi truk jarak jauh. Infeksi Menular Seksual Multipel yang diderita kemungkinan karena status imunologis yang menurun karena kondisi hamil, dan perubahan anatomis serta hormonal akibat kehamilannya.

SARAN

Tenaga kesehatan harus mewaspadai kemungkinan adanya IMS multipel pada seorang pasien jika terdapat faktor risiko yang mendukung seperti pada kehamilan, sehingga pasien dapat tertangani dengan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Hitti J dan Watts DH. Bacterial sexually transmitted infections in pregnancy. Dalam: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, dkk (eds). *Sexually Transmitted Disease*, 4th ed., New York, McGraw-Hill Medical, 2008:1529-61.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional penanganan infeksi menular seksual. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta, 2011.
- Sanches MR. Syphilis. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (eds). *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*, 7th ed., vol. II, New York, McGraw Hill Medical, 2008:1955-1977.
- Lukehart SA. Biology of *Treponemes*. Dalam: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, dkk (eds). *Sexually Transmitted Disease*, 4th ed., New York, McGraw-Hill Medical, 2008:647-59.
- Sparling PF, Swartz MN, Musher DM, Healy BP. Clinical manifestations of syphilis. Dalam: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, dkk (eds). *Sexually Transmitted Disease*, 4th ed., New York, McGraw-Hill Medical, 2008:661-84.
- Kumar B dan Gupta S. The acetowhite test in genital human papillomavirus infection in men: what does it add? *JEADV* 2001;15:27-29.
- Androphy EJ dan Lowy DR. Warts. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (eds). *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*, 7th ed., vol. II, New York, McGraw Hill Medical, 2008:1914-1922.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR* 2010;59: RR-12.
- Garcia AL, Madkan VK, Tying SK. Gonorrhoea and other venereal diseases. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (eds). *Fitzpatrick's*

- Dermatology In General Medicine*, 7th ed., vol. II, New York, McGraw Hill Medical, 2008:1993-2000.
10. Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis. Dalam: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, dkk (eds). *Sexually Transmitted Disease*, 4th ed., New York, McGraw-Hill Medical, 2008:823-38.