

III.16. PENYAKIT KELAMIN

141. Fluor Albus / *Vaginal discharge* Non Gonore

- No. ICPC II: X14 *vaginal discharge*
X71 gonore pada perempuan
X72 urogenital candidiasis pada perempuan
X73 tikomoniasis urogenital pada perempuan
X92 klamidia genital pada perempuan.
- No. ICD X: N98.9

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Vaginal discharge atau keluarnya duh tubuh dari vagina secara fisiologis mengalami perubahan sesuai dengan siklus menstruasi. Cairan kental dan lengket pada seluruh siklus namun lebih cair dan bening ketika terjadi ovulasi. Masih dalam batas normal bila duh tubuh vagina lebih banyak terjadi pada saat stres emosi, kehamilan atau aktivitas seksual.

Vaginal discharge yang patologis bila terjadi perubahan-perubahan pada warna, konsistensi, volume, dan baunya.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

- Biasanya terjadi pada daerah genitalia perempuan yang berusia diatas 12 tahun, ditandai dengan adanya perubahan pada duh tubuh disertai salah satu atau lebih gejala rasa gatal, nyeri, disuria, nyeri panggul, perdarahan antar menstruasi atau perdarahan pasca-koitus.
- Terdapat riwayat koitus dengan pasangan yang dicurigai menularkan penyakit menular seksual.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Penyebab *discharge* terbagi menjadi masalah infeksi dan non infeksi.

Masalah non infeksi dapat karena benda asing, peradangan akibat alergi atau iritasi, tumor, vaginitis atropik, atau prolaps uteri, sedangkan masalah infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, jamur atau virus seperti berikut ini:

- Kandidiasis vaginitis, disebabkan oleh *Candida Albicans*, duh tubuh tidak berbau, pH < 4,5, terdapat eritema vagina dan eritema satelit di luar vagina
- Vaginosis bakterial (pertumbuhan bakteri anaerob, biasanya *Gardnerella vaginalis*), memperlihatkan adanya duh putih/abu-abu yang melekat disepanjang dinding vagina dan vulva, berbau amis dengan pH > 4.5

- Cervicitis yang disebabkan oleh chlamydia, dengan gejala inflamasi serviks yang mudah berdarah dan disertai duh mukopurulen
- Trichomoniasis, seringkali asimtomatik, kalau bergejala, tampak duh kuning kehijauan, duh berbuih, bau amis dan pH > 4,5
- *Pelvic inflammatory disease (PID)* yang disebabkan oleh *Chlamydia*, ditandai dengan nyeri abdomen bawah, dengan atau tanpa demam. Servisititis bisa ditandai dengan kekakuan adneksa dan serviks pada nyeri angkat palpasi bimanual.
- Liken planus
- Gonore
- Infeksi menular seksual lainnya
- Atau adanya benda asing (misalnya tampon atau kondom yang terlupa diangkat)

Periksa klinis dengan seksama untuk menyingkirkan adanya kelainan patologis yang lebih serius.

Pasien yang memiliki risiko tinggi penyakit menular seksual sebaiknya ditawarkan untuk diperiksa *Chlamydia*, gonorrhoea, sifilis dan HIV.

Swab vagina atas (*high vaginal swab*) tidak terlalu berarti untuk diperiksa, kecuali pada keadaan keraguan menegakkan diagnosis, gejala kambuh, pengobatan gagal, atau pada saat kehamilan, postpartum, postaborsi dan postinstrumentation.

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan spekulum, palpasi bimanual, uji pH duh vagina dan swab (bila diperlukan)

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

Pasien dengan riwayat risiko rendah penyakit menular seksual dapat diobati sesuai dengan gejala dan arah diagnosis.

Vaginosis bakterial:

- Metronidazole atau Clindamycin secara oral atau per vaginam.
- Tidak perlu pemeriksaan silang dengan pasangan pria.
- Bila sedang hamil atau menyusui gunakan metronidazole 400mg 2x sehari untuk 5-7 hari atau pervaginam. Tidak direkomendasikan untuk minum 2 g peroral.
- Tidak dibutuhkan peningkatan dosis kontrasepsi hormonal bila menggunakan antibiotik yang tidak menginduksi enzim hati.
- Pasien yang menggunakan IUD tembaga dan mengalami vaginosis bakterial dianjurkan untuk mengganti metode kontrasepsinya.

Vaginitis kandidiosis terbagi atas:

- a. Infeksi tanpa komplikasi
- b. Infeksi parah
- c. Infeksi kambuhan
- d. Dengan kehamilan
- e. Dengan Diabetes atau imunokompromi

Penatalaksanaan vulvovaginal kandidiosis:

- Dapat diberikan azole antifungal oral atau pervaginam
- Tidak perlu pemeriksaan pasangan
- Pasien dengan vulvovaginal candidiosis yang berulang dianjurkan untuk memperoleh pengobatan paling lama 6 bulan.
- Pada saat kehamilan, hindari obat anti-fungi oral, dan gunakan imidazole topikal hingga 7 hari.
- Hati-hati pada pasien pengguna kondom atau kontrasepsi lateks lainnya, bahwa penggunaan antifungi lokal dapat merusak lateks
- Pasien pengguna kontrasepsi pil kombinasi yang mengalami vulvovaginal kandidiosis berulang, dipertimbangkan untuk menggunakan metoda kontrasepsi lainnya

Chlamydia:

- Azithromycin 1g *single dose*, atau Doxycycline 100 mg 2x sehari untuk 7 hari
- Ibu hamil dapat diberikan Amoxicillin 500mg 3x sehari untuk 7 hari atau Eritromisin 500 mg 4x sehari untuk 7 hari

Trikomonas vaginalis:

- Obat minum nitromidazole (contoh metronidazole) efektif untuk mengobati trikomonas vaginalis
- Pasangan seksual pasien trikomonas vaginalis harus diperiksa dan diobati bersama dengan pasien
- Pasien HIV positif dengan trikomonas vaginalis lebih baik dengan regimen oral penatalaksanaan beberapa hari dibanding dosis tunggal
- Kejadian trikomonas vaginalis seringkali berulang, namun perlu dipertimbangkan pula adanya resistensi obat

Komplikasi:

- Radang panggul (*Pelvic Inflammatory Disease* = PID) dapat terjadi bila infeksi merambah ke atas, ditandai dengan nyeri tekan, nyeri panggul kronis, dapat menyebabkan infertilitas dan kehamilan ektopik
- Infeksi vagina yang terjadi pada saat pasca aborsi atau pasca melahirkan dapat menyebabkan kematian, namun dapat dicegah dengan diobati dengan baik
- Infertilitas merupakan komplikasi yang kerap terjadi akibat PID, selain itu kejadian abortus spontan dan janin mati akibat sifilis dapat menyebabkan infertilitas

- Kehamilan ektopik dapat menjadi komplikasi akibat infeksi vaginal yang menjadi PID.

Kriteria rujukan

Pasien dirujuk apabila:

1. Tidak terdapat fasilitas pemeriksaan untuk pasangan
2. Dibutuhkan pemeriksaan kultur kuman gonore
3. Adanya arah kegagalan pengobatan

Sarana Prasarana

- Gynecology bed
- Spekulum vagina
- Lampu
- Kertas lakmus

Prognosis

Prognosis pada umumnya dubia ad bonam.

Faktor-faktor yang menentukan prognosis, antara lain:

1. Prognosis lebih buruk apabila: adanya gejala radang panggul
2. Prognosis lebih baik apabila: mampu memelihara kebersihan diri (hindari penggunaan antiseptik vagina yang malah membuat iritasi dinding vagina)

Referensi

1. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *Clinical Guidance 2012: Management of vaginal discharge in non-genitourinary medicine settings*. England: Clinical Effectiveness Unit. Februari 2012. Diunduh dari www.evidence.nhs.uk.
2. World Health Organization. *Sexually transmitted and other reproductive tract infection. A guide to essential practice*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2005.

142. Sifilis

No. ICPC II : Y70 Syphilis male
X70 Syphilis female

No. ICD X : A51 Early syphilis
A51.0 Primary genital syphilis
A52 Late syphilis
A53.9 Syphilis, unspecified

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Sifilis adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* dan bersifat sistemik. Istilah lain penyakit ini adalah lues veneria atau lues. Di Indonesia disebut dengan raja singa karena keanasannya. Sifilis dapat menyerupai banyak penyakit dan memiliki masa laten.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Pada afek primer, keluhan hanya berupa lesi tanpa nyeri di bagian predileksi.

Pada sifilis sekunder, gejalanya antara lain:

- Ruam atau beruntus pada kulit, dan dapat menjadi luka, merah atau coklat kemerahan, ukuran dapat bervariasi, di manapun pada tubuh termasuk telapak tangan dan telapak kaki.
- Demam
- Kelelahan dan perasaan tidak nyaman.
- Pembesaran kelenjar getah bening.
- Sakit tenggorokan dan kutil seperti luka di mulut atau daerah genital.

Pada sifilis lanjut, gejala terutama adalah guma. Guma dapat soliter atau multipel dapat disertai keluhan demam.

Pada tulang gejala berupa nyeri pada malam hari.

Stadium III lainnya adalah sifilis kardiovaskular, berupa aneurisma aorta dan aortitis. Kondisi ini dapat tanpa gejala atau dengan gejala seperti angina pectoris.

Neurosifilis dapat menunjukkan gejala-gejala kelainan sistem saraf (lihat klasifikasi).

Faktor Risiko:

1. Berganti-ganti pasangan seksual.
2. Homoseksual dan Pekerja Seks Komersial (PSK).
3. Bayi dengan ibu menderita sifilis.
4. Hubungan seksual dengan penderita tanpa proteksi (kondom).
5. Sifilis kardiovaskular terjadi 3 kali lebih tinggi pada pria dibandingkan wanita setelah 15 – 30 tahun setelah infeksi.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Stadium I (sifilis primer)

Diawali dengan papul lentikuler yang permukaannya segera erosi dan menjadi ulkus berbentuk bulat dan soliter, dindingnya tak bergaung dan berdasarkan eritem dan bersih, di atasnya hanya serum. Ulkus khas indolen dan teraba indurasi yang disebut dengan ulkus

durum. Ulkus durum merupakan afek primer sifilis yang akan sembuh sendiri dalam 3-10 minggu.

Tempat predileksi

- Genitalia ekterna, pada pria pada sulcus koronarius, wanita di labia minor dan mayor.
- Ekstragenital: lidah, tonsil dan anus.

Seminggu setelah afek primer, terdapat pembesaran kelenjar getah bening (KGB) regional yang soliter, indolen, tidak lunak, besarnya lentikular, tidak supuratif dan tidak terdapat periadenitis di inguinalis medialis.

Ulkus durum dan pembesaran KGB disebut dengan kompleks primer. Bila sifilis tidak memiliki afek primer, disebut sebagai *syphilis d'emblée*.

Stadium II (sifilis sekunder)

S II terjadi setelah 6-8 minggu sejak S I terjadi. Stadium ini merupakan *great imitator*. Kelainan dapat menyerang mukosa, KGB, mata, hepar, tulang dan saraf.

Kelainan dapat berbentuk eksudatif yang sangat menular maupun kering (kurang menular).

Perbedaan dengan penyakit lainnya yaitu lesi tidak gatal dan terdapat limfadenitis generalisata.

S II terdiri dari SII dini dan lanjut, perbedaannya adalah:

S II dini terlihat lesi kulit generalisata, simetrik dan lebih cepat hilang (beberapa hari – beberapa minggu), sedangkan S II lanjut tampak setempat, tidak simetrik dan lebih lama bertahan (beberapa minggu – beberapa bulan).

Bentuk lesi pada S II yaitu:

1. Roseola sifilitika: eritema makular, berbintik-bintik, atau berbercak-bercak, warna tembaga dengan bentuk bulat atau lonjong. Jika terbentuk di kepala, dapat menimbulkan kerontokan rambut, bersifat difus dan tidak khas, disebut alopesia difusa. Bila S II lanjut pada rambut, kerontokan tampak setempat, membentuk bercak-bercak yang disebut alopesia areolaris.

Lesi menghilang dalam beberapa hari/minggu, bila residif akan berkelompok dan bertahan lebih lama. Bekas lesi akan menghilang atau meninggalkan hipopigmentasi (leukoderma sifilitikum).

2. Papul

Bentuk ini paling sering terlihat pada S II, kadang bersama-sama dengan roseola. Papul berbentuk lentikular, likenoid, atau folikular, serta dapat berskuama (papulo-skuamosa) seperti psoriasis (psoriasiformis) dan dapat meninggalkan bercak leukoderma sifilitikum.

Pada S II dini, papul generalisata dan S II lanjut menjadi setempat dan tersusun secara tertentu (susunan arsinar atau sirsinar yang disebut dengan korona venerik, susunan polikistik dan korimbiformis).

Tempat predileksi papul: sudut mulut, ketiak, di bawah mammae, dan alat genital.

Bentuk papul lainnya adalah kondiloma lata berupa papul lentikular, permukaan datar, sebagian berkonfluensi, dapat erosif dan eksudatif yang sangat menular akibat gesekan kulit.

Tempat predileksi kondiloma lata: lipat paha, skrotum, vulva, perianal, di bawah mammae dan antar jari kaki.

3. Pustul

Bentuk ini jarang didapati, dan sering diikuti demam intermiten. Kelainan ini disebut sifilis variseliformis.

4. Konfluensi papul, pustul dan krusta mirip dengan impetigo atau disebut juga sifilis impetiginosa. Kelainan dapat membentuk berbagai ulkus yang ditutupi krusta yang disebut dengan ektima sifilitikum. Bila krusta tebal disebut rupia sifilitikum dan bila ulkus meluas ke perifer membentuk kulit kerang disebut sifilis ostrasea.

S II pada mukosa (enantem) terutama pada mulut dan tenggorok.

S II pada kuku disebut dengan onikia sifilitikum yaitu terdapat perubahan warna kuku menjadi putih dan kabur, kuku rapuh disertai adanya alur transversal dan longitudinal. Bagian distal kuku menjadi hiperkeratotik sehingga kuku terangkat. Bila terjadi kronis, akan membentuk paronikia sifilitikum.

S II pada alat lain yaitu pembesaran KGB, uveitis anterior dan koroidoretinitis pada mata, hepatitis pada hepar, periostitis atau kerusakan korteks pada tulang, atau sistem saraf (neurosifilis).

Sifilis laten dini tidak ada gejala, sedangkan stadium rekurens terjadi kelainan mirip S II.

Sifilis laten lanjut biasanya tidak menular, lamanya masa laten adalah beberapa tahun bahkan hingga seumur hidup.

Stadium III (sifilis tersier)

Lesi pertama antara 3 – 10 tahun setelah S I. Bentuk lesi khas yaitu guma. Guma adalah infiltrat sirkumskrip kronis, biasanya lunak dan destruktif, besarnya lentikular hingga sebesar telur ayam. Awal lesi tidak menunjukkan tanda radang akut dan dapat digerakkan, setelah beberapa bulan menjadi melunak mulai dari tengah dan tanda-tanda radang mulai tampak. Kemudian terjadi perforasi dan keluar cairan seropurulen, kadang-kadang sanguinolen atau disertai jaringan nekrotik. Tempat perforasi menjadi ulkus.

Guma umumnya solitar, namun dapat multipel.

Bentuk lain S III adalah nodus. Nodus terdapat pada epidermis, lebih kecil (miliar hingga lentikular), cenderung berkonfluensi dan tersebar dengan wana merah kecoklatan. Nodus memiliki skuama seperti lilin (psoriasiformis).

S III pada mukosa biasanya pada mulut dan tenggorok atau septum nasi dalam bentuk guma.

S III pada tulang sering menyerang tibia, tengkorak, bahu, femur, fibula dan humerus.

S III pada organ dalam dapat menyerang hepar, esophagus dan lambung, paru, ginjal, vesika urinaria, prostat serta ovarium dan testis.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan mikroskopis untuk menemukan *T. pallidum* pada sediaan serum dari lesi kulit. Pemeriksaan dilakukan tiga hari berturut-turut jika pemeriksaan I dan II negatif. Setelah diambil serum dari lesi, lesi dikompres dengan larutan garam fisiologis.

Pemeriksaan lain yang dapat dirujuk, yaitu:

- Tes Serologik Sifilis (TSS), antara lain VDRL (*Venereal Disease Research Laboratories*), TPHA (*Treponemal pallidum Haemagglutination Assay*), dan tes imunofluoresens (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test – FTA-Abs*)
- Histopatologi dan imunologi.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Bila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan mikroskopis.

Klasifikasi

1. Sifilis kongenital

- Dini (prekoks): bentuk ini menular, berupa bula bergerombol, simetris di tangan dan kaki atau di badan. Bentuk ini terjadi sebelum 2 tahun dan disebut juga pemfigus sifilitika. Bentuk lain adalah papulo-skuamosa. Wajah bayi tampak seperti orang tua, berat badan turun dan kulit keriput. Keluhan di organ lainnya dapat terjadi.
- Lanjut (tarda): bentuk ini tidak menular, terjadi sesudah 2 tahun dengan bentuk guma di berbagai organ.
- Stigmata: bentuk ini berupa deformitas dan jaringan parut. Pada lesi dini dapat
 - Pada wajah: hidung membentuk *saddle nose* (depresi pada jembatan hidung) dan *bulldog jaw* (maksila lebih kecil daripada mandibula).
 - Pada gigi membentuk gigi Hutchinson (pada gigi insisi permanen berupa sisi gigi konveks dan bagian menggigit konkaf). Gigi molar pertama permulaannya berbintil-bintil (*mulberry molar*).
 - Jaringan parut pada sudut mulut yang disebut regades.
 - Kelainan permanen lainnya di fundus okuli akibat koroidoretinitis dan pada kuku akibat onikia.

Pada lesi lanjut:

Kornea keruh, perforasi palatum dan septum nasi, serta sikatriks kulit seperti kertas perkamen, osteoporosis gumatosa, atrofi optikus dan trias Hutchinson yaitu keratitis interstisial, gigi Hutchinson, dan tuli N. VIII.

2. Sifilis akuisita

- Klinis:
Terdiri dari 2 stadium:
 - Stadium I (S I) dalam 2-4 minggu sejak infeksi.
 - Stadium II (S II) dalam 6-8 minggu sejak S I.
 - Stadium III (S III) terjadi setelah 1 tahun sejak infeksi.
- Epidemiologis
 - Stadium dini menular (dalam 1 tahun sejak infeksi), terdiri dari S I, S II, stadium rekuren dan stadium laten dini.
 - Stadium tidak menular (setelah 1 tahun sejak infeksi), terdiri dari stadium laten lanjut dan S III.

Klasifikasi untuk neurosifilis:

1. Neurosifilis asimtomatik, tidak menunjukkan gejala karena hanya terbatas pada cairan serebrospinal.
2. Sifilis meningovaskular
Bentuk ini terjadi beberapa bulan sampai 5 tahun sejak S I. Gejala tergantung letak lesi, antara lain berupa nyeri kepala, konvulsi fokal atau umum, papil nervus optikus sembab, gangguan mental, kelumpuhan nervus kranialis dan seterusnya.
3. Sifilis parenkim
 - Tabes dorsalis (8-12 tahun sejak infeksi primer). Keluhan berupa gangguan motorik (ataksia, arefleksia), gangguan visus, retensi dan inkoninensia urin serta gangguan sensibilitas (nyeri pada kulit dan organ dalam).
 - Demensia paralitika (8-10 tahun sejak infeksi primer). Keluhan diawali dengan kemunduran intelektual, kehilangan dekorum, apatis, euphoria hingga waham megaloman atau depresif. Selain itu, keluhan dapat berupa kejang, lemah dan gejala pyramidal hingga akhirnya meninggal.
4. Guma
Guma umumnya terdapat pada meningen akibat perluasan dari tulang tengkorak. Keluhan berupa nyeri kepala, muntah dan dapat terjadi konvulsi serta gangguan visus. Pada pemeriksaan terdapat edema papil karena peningkatan tekanan intrakranial, paralisis nervus kranialis atau hemiplegi.

Diagnosis Banding

Diagnosis banding bergantung pada stadium apa pasien tersebut terdiagnosis.

- Stadium 1:
 1. Herpes simpleks
 2. Ulkus piogenik
 3. Skabies
 4. Balanitis
 5. Limfogranuloma venereum
 6. Karsinoma sel skuamosa
 7. Penyakit Behcet

- 8. Ulkus mole
- Stadium II
 1. Erupsi alergi obat
 2. Morbili
 3. Pitiriasis rosea
 4. Psoriasis
 5. Dermatitis seboroik
 6. Kondiloma akuminata
 7. Alopesia aerate
- Stadium III
 1. Tuberkulosis
 2. Frambusia
 3. Mikosis profunda

Komplikasi:
Eritroderma

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

- Sifilis yang sedang dalam inkubasi dapat diobati dengan regimen penisilin atau dapat menggunakan ampisilin, amoksisilin, atau seftriakson mungkin juga efektif.
- Pengobatan profilaksis harus diberikan pada pasangan pasien, namun sebaiknya diberikan sejak 3 bulan sebelumnya, tanpa memandang serologi.
- Kontak seksual harus ditelusuri, diketahui dan diobati
- Pasien perlu diuji untuk penyakit lain yang ditularkan secara seksual (*sexually transmitted diseases/ STD*), termasuk HIV, harus dilakukan pada semua penderita.

Pada sifilis dengan kehamilan untuk wanita berisiko tinggi, uji serologis rutin harus dilakukan sebelum trimester pertama dan awal trimester ketiga serta pada persalinan.

Bila tanda-tanda klinis atau serologis memberi kesan infeksi aktif atau diagnosis sifilis aktif tidak dapat dengan pasti disingkirkan, maka indikasi untuk pengobatan.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan sekunder

Konseling & Edukasi

- Pasien diberikan pemahaman tentang penyakit, penularan serta penatalaksanaan di tingkat rujukan.
- Pasien disarankan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama penyakit belum tuntas diobati

Kriteria rujukan

Semua stadium dan klasifikasi sifilis harus dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki dokter spesialis kulit dan kelamin.

Sarana Prasarana : -

Prognosis

Prognosis umumnya dubia ad bonam.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 5th Ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2007.
2. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada: Saunders Elsevier. 2000.
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik*. 2011.

143. Gonore

No. ICPC II : X71 *Gonorrhoea female*, Y71 *Gonorrhoea male*

No. ICD X : A54.9 *Gonococcal infection, unspecified*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Gonore adalah semua penyakit yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*. Penyakit ini termasuk Penyakit Menular Seksual (PMS) yang memiliki insidensi tinggi. Cara penularan gonore terutama melalui genitor-genital, orogenital dan ano-genital, namun dapat pula melalui alat mandi, thermometer dan sebagainya (gonore genital dan ekstragenital). Daerah yang paling mudah terinfeksi adalah mukosa vagina wanita sebelum pubertas.

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Keluhan utama berhubungan erat dengan infeksi pada organ genital yang terkena.

Pada pria : keluhan tersering adalah kencing nanah.

Gejala diawali oleh rasa panas dan gatal di distal uretra, disusul dengan disuria, polakisuria dan keluarnya nanah dari ujung uretra yang kadang disertai darah. Selain itu, terdapat perasaan nyeri saat terjadi ereksi. Gejala terjadi pada 2-7 hari setelah kontak seksual.

Apabila terjadi prostatitis, keluhan disertai perasaan tidak enak di perineum dan suprapubis, malaise, demam, nyeri kencing hingga hematuri, serta retensi urin, dan obstipasi.

Pada wanita :

Gejala subyektif jarang ditemukan dan hampir tidak pernah didapati kelainan obyektif. Wanita umumnya datang setelah terjadi komplikasi atau pada saat pemeriksaan antenatal atau Keluarga Berencana (KB).

Keluhan yang sering menyebabkan wanita datang ke dokter adalah keluarnya cairan hijau kekuningan dari vagina, disertai dengan disuria, dan nyeri abdomen bawah.

Keluhan selain di daerah genital yaitu : rasa terbakar di daerah anus (proktitis), mata merah pada neonatus dan dapat terjadi keluhan sistemik (endokarditis, meningitis, dan sebagainya pada gonore diseminata – 1% dari kasus gonore).

Faktor Risiko

1. Berganti-ganti pasangan seksual.
2. Homoseksual dan Pekerja Seks Komersial (PSK).
3. Wanita usia pra pubertas dan menopause lebih rentan terkena gonore.
4. Bayi dengan ibu menderita gonore.
5. Hubungan seksual dengan penderita tanpa proteksi (kondom).

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik Patognomonis

Tampak eritem, edema dan ektropion pada orifisium uretra eksterna, terdapat duh tubuh mukopurulen, serta pembesaran KGB inguinal uniatau bilateral.

Apabila terjadi proktitis, tampak daerah anus eritem, edem dan tertutup pus mukopurulen.

Pada pria:

Pemeriksaan *rectal toucher* dilakukan untuk memeriksa prostat: pembesaran prostat dengan konsistensi kenyal, nyeri tekan dan bila terdapat abses akan teraba fluktuasi.

Pada wanita:

Pemeriksaan *in speculo* dilakukan apabila wanita tersebut sudah menikah. Pada pemeriksaan tampak serviks merah, erosi dan terdapat secret mukopurulen.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan mikroskopis sediaan langsung duh tubuh dengan pewarnaan gram untuk menemukan kuman gonokokus gram negatif, intra atau ekstraseluler. Pada pria sediaan diambil dari daerah fossa navikularis, dan wanita dari uretra, muara kelenjar bartolin, serviks dan rektum.

Pemeriksaan lain bila diperlukan:

1. Kultur
2. Tes oksidasi dan fermentasi
3. Tes beta-laktamase
4. Tes Thomson dengan sediaan urine

Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Klasifikasi :

Berdasarkan susunan anatomi genitalia pria dan wanita:

1. Uretritis gonore
2. Servisitits gonore (pada wanita)

Diagnosis Banding

1. Infeksi saluran kemih.
2. Faringitis.
3. Uretritis herpes simpleks.
4. Arthritis inflamasi dan septik.
5. Konjungtivitis, endokarditis, meningitis dan uretritis non gonokokal.

Komplikasi

Pada pria:

Lokal: Tynositis, parauretritis, litritis, kowperitis.

Asendens: prostatitis, vesikulitis, funikulitis, vas deferentitis, epididimitis, trigonitis.

Pada wanita:

Lokal: parauretritis, bartolinitis.

Asendens: salfingitis, *Pelvic Inflammatory Diseases* (PID).

Disseminata:

Arthritis, miokarditis, endokarditis, perkarditis, meningitis, dermatitis.

Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

Penatalaksanaan

1. Memberitahu pasien untuk tidak melakukan kontak seksual hingga dinyatakan sembuh dan menjaga kebersihan genital.
2. Pemberian farmakologi dengan antibiotik: Tiamfenikol, 3,5 gr per oral (p.o) dosis tunggal, atau ofloksasin 400 mg (p.o) dosis tunggal, atau Kanamisin 2 gram Intra Muskular (I.M) dosis tunggal, atau spektinomisin 2 gram I.M dosis tunggal.

Catatan: tiamfenikol, ofloksasin dan siprofloksasin merupakan kontraindikasi pada kehamilan dan tidak dianjurkan pada anak dan dewasa muda.

Kriteria Rujukan

1. Apabila tidak dapat melakukan tes laboratorium

2. Apabila pengobatan di atas tidak menunjukkan perbaikan dalam jangka waktu 2 minggu, penderita dirujuk ke dokter spesialis karena kemungkinan terdapat resistensi obat.

Sarana Prasarana

1. Senter
2. Lup
3. Sarung tangan
4. Alat pemeriksaan in spekulo
5. Kursi periksa genital
6. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan gram

Prognosis

Prognosis umumnya tidak mengancam jiwa, namun dapat menimbulkan gangguan fungsi terutama bila terjadi komplikasi. Apabila faktor risiko tidak dihindari, dapat terjadi kondisi berulang.

Referensi

1. Djuanda, A. Hamzah, M. Aisah, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 5th Ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2007.
2. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin. *Pedoman Pelayanan Medik*. tahun 2011.
3. James, W.D. Berger, T.G. Elston, D.M. *Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th Ed. Canada: Saunders Elsevier. 2000.

144. Vaginitis

No. ICPC II : X84 Vaginitis

No. ICD X : N76.0 *Acute Vaginitis*

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Vaginitis adalah peradangan pada vagina yang ditandai dengan adanya pruritus, keputihan, dispareunia, dan disuria.

Penyebab

1. Vaginosis bakterialis (bakteri *Gardnerella Vaginalis* adalah bakteri anaerob yang bertanggungjawab atas terjadinya infeksi vagina yang non-spesifik, insidennya terjadi sekitar 23,6%).
2. Trikomonas (kasusnya berkisar antara 5,1-20%).

3. Kandida(vaginal kandidiasis, merupakan penyebab tersering peradangan pada vagina yang terjadi pada wanita hamil, insidennya berkisar antara 15-42%)

Hasil Anamnesis(*Subjective*)

Keluhan

Bau adalah keluhan yang paling sering dijumpai.

Gejala klinis:

- Bau
- Gatal (pruritus)
- Keputihan
- Dispareunia
- Disuria

Faktor Risiko

1. Pemakai AKDR
2. Penggunaan handuk bersamaan
3. Imunosupresi
4. Diabetes melitus
5. Perubahan hormonal (misal : kehamilan)
6. Penggunaan terapi antibiotik spektrum luas
7. Obesitas.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana(*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya iritasi,eritema atau edema pada vulva dan vagina. Mungkin serviks juga dapat tampak eritematous.

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan mikroskopik cairan atau sekret vagina.
2. Pemeriksaan pH cairan vagina.
3. Pemeriksaan uji *whiff*: jika positif berarti mengeluarkan bau seperti anyir (amis), pada waktu ditambahkan larutan KOH.

Penegakan Diagnostik(*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang.

Vaginitis harus dicari penyebabnya, dengan menilai perbedaan tanda dan gejala dari masing-masing penyebab, dapat pula dengan menilai secara mikroskopik cairan vagina.

Kriteria diagnostik	Sindroma			
	Normal	Vaginosis Bakterialis	Vaginosis Trikomoniasis	Vulvovaginitis Kandida
pH Vagina	3,8-4,2	> 4,5	> 4,5	>4,5 (usually)
Cairan Vagina	Putih, jernih, halus	Tipis, homogen, putih, abu-abu, lengket, sering kali bertambah banyak	Kuning-hijau, berbuih, lengket, tambah banyak	Putih seperti keju, kadang-kadang tambah banyak.
Uji whiff Bau amis (KOH)	- Tidak ada	+ ada	± Mungkin ada	- Tidak ada
KU	Tidak ada	Keputihan, bau busuk (mungkin tambah tidak enak setelah senggama), kemungkinan gatal	Keputihan berbuih, bau busuk, pruritus vulva, disuria	Gatal/panas, keputihan
Pemeriksaan mikroskopik	Laktobasili, sel-sel epitel	<i>Clue cell</i> dengan bakteri kokoid yang melekat, tidak ada leukosit	Trikomonas, leukosit > 10 lapangan pandangan luas	Kuncup jamur, hifa, pseudohifa (preparat basah dengan KOH)

Diagnosis Banding

1. Vaginosis Bakterialis
2. Vaginosis Trikomonas
3. Vulvovaginitis Kandida

Komplikasi: -

Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)

Penatalaksanaan

- Menjaga kebersihan diri terutama daerah vagina
- Hindari pemakaian handuk secara bersamaan
- Hindari pemakaian sabun untuk membersihkan daerah vagina yang dapat menggeser jumlah flora normal dan dapat merubah kondisi pH daerah kewanitaannya tersebut.
- Jaga berat badan ideal
- Farmakologis:
 - a. Tatalaksana Vaginosis Bakterialis
 - Metronidazol 500 mg peroral 2 x sehari selama 7 hari
 - Metronidazol pervagina 2 x sehari selama 5 hari
 - Krim Klindamisin 2% pervagina 1 x sehari selama 7 hari

- b. Tatalaksana Vaginosis trikomonas
 - Metronidazol 2 g peroral (dosis tunggal)
 - Pasangan seks pasien sebaiknya juga diobati
- c. Tatalaksana vulvovaginitis kandida
 - Flukonazol 150 mg peroral (dosis tunggal)

Konseling dan Edukasi

Memberikan informasi kepada pasien, dan (pasangan seks) suami, mengenai faktor risiko dan penyebab dari penyakit vaginitis ini sehingga pasien dan suami dapat menghindari faktor risikonya. Dan jika seorang wanita terkena penyakit ini maka diinformasikan pula pentingnya pasangan seks (suami) untuk dilakukan juga pemeriksaan dan terapi guna pengobatan secara keseluruhan antara suami-istri dan mencegah terjadinya kondisi yang berulang.

Kriteria Rujukan: -

Sarana Prasarana

1. Mikroskop
2. Kaca
3. Kassa swap
4. Larutan KOH
5. Kertas lakmus

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Mochamad, A. Ali, B. Prajitno, P.R. *Ilmu Kandungan*. Edisi ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 2011.
2. Anastasia,D. *Aspects Concerning Frequency And Ethiology Of Vaginitis In Pregnant Women*. In:*The Two Last Terms Of Pregnancy*. Universitary Clinic of Obstetrics and Gynecology “Bega” Timisoara. 2006: p.157-159

145. Vulvitis

No. ICPC II : X84 Vaginitis/Vulvitis

No. ICD X : N76.0 Acute Vaginitis

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah

Bagi setiap wanita selain masalah keputihan, adapun masalah sering dihadapi adalah vaginitis dan vulvitis. Vulvitis adalah suatu peradangan pada vulva (organ kelamin luar wanita), sedangkan vulvovaginitis adalah peradangan pada vulva dan vagina. Gejala yang paling sering ditemukan adalah keluarnya cairan abnormal dari vagina, dikatakan abnormal jika jumlahnya sangat banyak serta baunya menyengat atau disertai gatal-gatal dan nyeri.

Penyebab :

1. Alergi, khususnya sabun, kertas toilet berwarna, semprotan vagina, deterjen, gelembung mandi, atau wewangian
2. Dermatitis jangka panjang, seborrhea atau eksim
3. Infeksi seperti infeksi pediculosis, atau kudis jamur dan bakteri

Hasil Anamnesis (Subjective)

Keluhan

Rasa gatal dan perih di kemaluan, serta keluarnya cairan kental dari kemaluan yang berbau.

Gejala Klinis:

1. Rasa terbakar di daerah kemaluan
2. Gatal
3. Kemerahan dan iritasi
4. Keputihan

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objective)

Pemeriksaan Fisik

Dari inspeksi daerah genital didapati kulit vulva yang menebal dan kemerahan, dapat ditemukan juga lesi di sekitar vulva. Adanya cairan kental dan berbau yang keluar dari vagina.

Pemeriksaan Penunjang : -

Penegakan Diagnostik (Assessment)

Diagnosis Klinis

Diagnosis klinis ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Dermatitis alergi

Komplikasi

1. Infertilitas
2. Infeksi sekunder karena sering digaruk
3. Vulva distrofi

Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)

Penatalaksanaan

- Menghindari penggunaan bahan yang dapat menimbulkan iritasi di sekitar daerah genital.
- Menggunakan salep Kortison. Jika vulvitis disebabkan infeksi vagina, dapat dipertimbangkan pemberian antibiotik sesuai penatalaksanaan vaginitis atau vulvovaginitis.

Kriteria Rujukan

Pasien dirujuk ke dokter spesialis kulit dan kelamin jika pemberian salep Kortison tidak memberikan respon.

Sarana Prasarana:

Lup

Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam

Referensi

1. Mochamad, A. Ali, B. Prajitno, P.R. *Ilmu Kandungan*. Edisi ketiga. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 2011.
2. Anastasia,D. *Aspects Concerning Frequency And Ethiology Of Vaginitis In Pregnant Women*. In:*The Two Last Terms Of Pregnancy*. Universitary Clinic of Obstetrics and Gynecology “Bega” Timisoara. 2006: p.157-159