

INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN KEHAMILAN

Ni Nyoman Mestri Agustini, Ni Luh Kadek Alit Arsani

Universitas Pendidikan Ganesha, Singaraja

email: nyoman_mestri@yahoo.com; alit_arsani@yahoo.com

Abstrak

Infeksi menular seksual (IMS) adalah berbagai infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang yang lain melalui kontak seksual. Menurut *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) terdapat sekitar 20 juta kasus baru IMS dilaporkan per-tahun. Pada wanita hamil terjadi perubahan anatomi, penurunan reaksi imunologis dan perubahan flora serviko-vaginal. Perubahan fisiologis pada wanita hamil akan berdampak pada perjalanan dan manifestasi klinis IMS. Beberapa infeksi menular seksual tersering adalah sifilis, gonore, chlamydia trachomatis, vaginosis bakterial, trikomoniasis, kondiloma, dan kandidiasis. IMS dan kehamilan dihubungkan dengan kehamilan ektopik, abortus spontan, kematian janin dalam kandungan, infeksi perinatal, *intrauterine growth restriction*, kelainan kongenital, ketuban pecah dini, prematuritas, chorioamnionitis, infeksi puerperalis, bayi berat badan lahir rendah, dan infeksi neonatal. Kehamilan dapat mengubah penampakan klinik IMS dan akan mempersulit diagnosis dan terapi. Pada wanita hamil terjadi perubahan anatomi, penurunan reaksi imunologis, perubahan flora serviko-vaginal, yang semuanya akan berpengaruh pada perjalanan dan manifestasi klinis IMS itu sendiri. Pada kehamilan, dapat terjadi penularan infeksi dari ibu ke janin dengan cara kontak langsung saat persalinan, infeksi yang menular secara ascenden, dan agen penyebab yang masuk ke sirkulasi janin menembus barier plasenta. Mengingat berbahayanya IMS pada kehamilan, maka diperlukan adanya usaha pencegahan. Penanganan penyakit menular seksual pada kehamilan adalah dengan penanganan umum, konservatif, termasuk konseling dan pengobatan pada mitra seksual.

Kata-kata kunci: Infeksi menular seksual, Kehamilan

1. Pendahuluan

Infeksi menular seksual (IMS) adalah berbagai infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang yang lain melalui kontak seksual. IMS merupakan satu diantara penyebab penyakit utama di dunia dan telah memberikan dampak luas pada masalah kesehatan, sosial, dan ekonomi di banyak negara. Menurut *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) terdapat sekitar 20 juta kasus baru IMS dilaporkan per-tahun. Kelompok remaja dan dewasa muda (15-24 tahun) adalah kelompok umur yang memiliki risiko paling tinggi untuk tertular IMS, dimana 3 juta kasus baru tiap tahun adalah dari kelompok ini. (CDC, 2010) Diperkirakan angka kejadian sesungguhnya jauh lebih besar dari angka yang ada, hal ini akibat banyaknya kasus yang tidak dilaporkan. Selain itu, masih belum meratanya jumlah pelaporan, fasilitas diagnostik yang masih kurang, kasus-kasus yang asimtomatik, dan kontrol penyakit yang tidak berjalan menyebabkan sulitnya mendapatkan angka pasti penderita penyakit menular seksual. (Daili, 2002) Insiden IMS yang semakin meningkat di masyarakat yang mengenai pasangan seksual aktif, maka tinggal persoalan waktu bahwa suatu saat

akan berdampak pada kesehatan ibu hamil. Diperkirakan 2 (dua) juta wanita hamil terkena IMS setiap tahunnya di Amerika Serikat. (Aziz et al, 2007)

Meskipun ada peningkatan umur wanita kawin dan umur pertama kali hamil, akan tetapi sebaliknya umur wanita untuk memulai kegiatan seksualnya cenderung semakin muda dan semakin liberal. Dan hal ini akan mengundang IMS dengan segala dampak ikutannya. (Kornia dkk, 2006) Kehamilan sendiri dapat mengubah penampakan klinik IMS dan akan mempersulit diagnosis dan terapi. Pada wanita hamil terjadi perubahan anatomi, penurunan reaksi imunologis, perubahan flora serviko-vaginal, yang semuanya akan berpengaruh pada perjalanan dan manifestasi klinis IMS itu sendiri.

Penanggulangan penyakit menular seksual harus memperhatikan aspek medis, epidemiologis, ekonomi, dan sosial-budaya. (Genuis et al, 2005) Secara medis, penanganan penyakit menular seksual meliputi penegakan diagnosis yang tepat, pengobatan yang efektif, konseling yang baik, dan penanganan pasangan penderita yang berobat. (Daili, 2002) Diperlukan pemahaman yang mendalam mengenai infeksi menular seksual dalam kehamilan agar upaya dapat

dilakukan pencegahan dan penanganan yang tepat. Selain itu untuk penanganan dari aspek lainnya, diperlukan kerjasama lintas sektoral, meliputi pemerintah setempat, tokoh agama dan budaya, pendidikan, dan lain-lain.

2. Pembahasan

2.1 Sifilis

Sifilis disebabkan oleh *Treponema pallidum*, yaitu sejenis bakteri yang berbentuk spiral. Penularan bisa terjadi melalui tranfusi darah bila donor berada dalam tahap awal infeksi tersebut. (Hutapea, 2005) Infeksi bisa ditularkan dari seorang ibu yang terinfeksi kepada bayinya yang belum lahir.

Sifilis yang terkait dengan kehamilan adalah sifilis kongenital. Merupakan penyakit yang didapatkan janin dalam uterus dari ibu yang menderita sifilis. Infeksi sifilis terhadap janin dapat terjadi pada setiap stadium sifilis dan setiap masa kehamilan. Dahulu dianggap infeksi tidak dapat terjadi sebelum janin berusia 18 minggu, karena lapisan Langhans yang merupakan pertahanan janin terhadap infeksi masih belum atrofi. Tetapi ternyata dengan mikroskop elektron dapat ditemukan *Treponema pallidum* pada janin berusia 9-10 minggu. (Arifin, 2010) Sifilis kongenital dini merupakan gejala sifilis yang muncul pada dua tahun pertama kehidupan anak, dan jika muncul setelah dua tahun pertama kehidupan anak disebut dengan sifilis kongenital lanjut.



...u pada waktu persalinan, namun sebagian besar kasus sifilis kongenital merupakan akibat penularan in utero. Risiko sifilis kongenital berhubungan langsung dengan stadium sifilis yang diderita ibu semasa kehamilan. Lesi sifilis kongenital biasanya timbul setelah 4 bulan in utero pada saat janin sudah dalam keadaan imunokompeten. Penularan in utero terjadi transplasental, sehingga dapat dijumpai *Treponema pallidum* pada plasenta, tali pusat, serta cairan amnion. *Treponema pallidum* melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan menyebar keseluruh jaringan. Kemudian berkembang biak dan menyebabkan respons peradangan selular yang akan merusak janin. (Ahmad, 2009) Kelainan yang timbul dapat bersifat fatal sehingga terjadi abortus atau lahir mati atau terjadi gangguan pertumbuhan pada

berbagai tingkat kehidupan intrauterina maupun ekstrauterina.

Sifilis kongenital merupakan salah satu komplikasi sifilis yang berat. Akibat langsung penyakit ini terhadap janin antara lain: kematian janin dalam kandungan, partus prematurus, dan partus immaturus. Gejala yang ditemukan pada sifilis kongenital adalah: (Ahmad, 2009; Hutapea, 2005)

- a. Pertumbuhan intrauterine yang terlambat
- b. Kelainan membrane mukosa: Mucous patch dapat ditemukan di bibir, mulut, farings, laring dan mukosa genital. Rinitis sifilitika (snuffles) dengan gambaran yang khas berupa cairan hidung yang mula-mula encer tetapi kemudian menjadi pekat, purulen dan hemoragik. Hidung menjadi tersumbat sehingga menyulitkan pemberian makanan.
- c. Kelainan kulit, rambut dan kuku: Dapat berupa makula eritem, papula, papuloskuamosa, dan bula. Bila dapat sudah ada sejak lahir, tersebar secara simetris terutama pada telapak tangan dan telapak kaki. Makula, papula, atau papulomatous tersebar secara generalisata dan simetris. Di daerah yang lembab, papula menjadi erusif dan membasah atau menjadi hipertrofik (kondiloma lata). Pada kasus yang berat tampak kulit menjadi keriput terutama pada daerah muka sehingga bayi tampak seperti orang tua. Rambut jarang dan kaku, alopesia areata terutama pada sisi dan belakang kepala. Alopesia dapat juga mengenai alis dan bulu mata. Onkosifilitika disebabkan oleh papula yang timbul pada dasar kuku dan menyebabkan kuku menjadi terlepas. Kuku baru yang tumbuh berwarna suram, tidak teratur, dan menyempit pada bagian dasarnya.
- d. Kelainan tulang: Pada 6 bulan pertama, osteokondritis, periostitis, dan osteitis pada tulangtulang panjang merupakan gambaran yang khas. Perubahan yang paling mencolok tampak pada daerah pertumbuhan tulang di dekat epifisis. Epifisis membesar, garis epifisis melebar dan tidak teratur. Pada batas metafisis dengan garis kartilago epifisis tampak daerah kalsifikasi yang densitasnya meningkat dan tidak teratur sehingga pemeriksaan sinar X memberikan gambaran seperti gigi gergaji. Pseudoparalisis pada anggota gerak disebabkan oleh pembengkakan periartikular dan nyeri pada ujung-ujung tulang sehingga gerakan menjadi terbatas.

- Osteokondritis dapat dilihat pada pemeriksaan dengan sinar X setelah 5 minggu sedangkan periostitis setelah 16 minggu. Tanda-tanda osteokondritis menghilang setelah enam bulan tetapi periostitis menetap dan menjadi lebih jelas.
- e. Kelainan kelenjar getah bening : terdapat limfadenopati generalisata
 - f. Kelainan alat-alat dalam: hepatomegali, splenomegali, nefritis, nefrosis, pneumonia.
 - g. Kelainan mata: korioretinitis, glaukoma, dan uveitis
 - h. Kelainan hematologi: anemia, eritroblastemia, retikulositosis, trombositopenia.
 - i. Kelainan susunan saraf pusat : meningitis sifilitika akut yang bila tidak diobati secara adekuat akan menimbulkan hidrosefalus, kejang, dan mengganggu perkembangan intelektual.

Apabila infeksi terjadi pada kehamilan maka luka primer di daerah genital mungkin tidak dapat dikenal karena tempatnya atau kecilnya. Sebaliknya luka ini dapat lebih besar dari biasanya bila vaskularisasi alat genital lebih banyak pada saat hamil. Infeksi primer dapat menimbulkan chancre, tergantung pada besarnya inokulum serta imunitas penderita. Pada kelainan sifilis sekunder, kelainan yang dapat ditemukan adalah limfadenopati dan rash.

Dalam banyak kasus, tidak diketahui bahwa seorang ibu menderita sifilis akibat penyakit yang dapat asimtomatik. Kelahiran mati atau lahirnya bayi dengan sifilis kongenital merupakan petunjuk awal ke arah diagnosis sifilis pada ibu. (Ahmad, 2009) Karena itu, perlu dilakukan anamnesis tentang kemungkinan adanya kontak seksual dengan penderita sifilis.

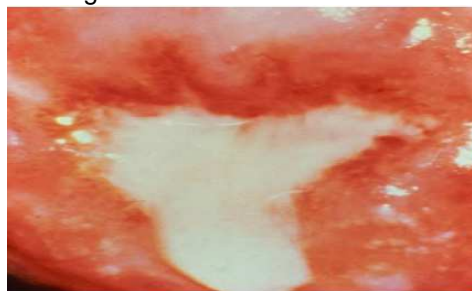
Sifilis harus diobati segera setelah diagnosis ditegakkan, tanpa memandang tuanya kehamilan. Semakin dini pengobatan diberikan, maka semakin baik prognosnya bagi janin. Sifilis primer yang tidak diobati secara adekuat, 25% akan menjadi sifilis sekunder dalam waktu 4 tahun. Tanpa pengobatan, sifilis primer maupun sekunder 10% akan berkembang menjadi sifilis kardiovaskular dan 16% menjadi neurosifilis. Sekitar 10% dari penderita yang tidak diobati akan meninggal akibat langsung dari penyakit. Saat ini, pengobatan sifilis untuk ibu hamil adalah dengan pemberian penisilin dan bagi penderita yang alergi terhadap penisilin maka pemberian dilakukan secara desensitisasi. Eritromisin tidak dianjurkan

karena tidak bermanfaat mengobati sifilis pada janin. Untuk sifilis primer, sekunder, dan laten dini (kurang dari 1 tahun) dapat diberikan benzatin penisilin G dengan dosis 2,4 juta IU secara intramuskular dalam satu dosis. Untuk sifilis stadium laten lanjut dosis yang diberikan lebih tinggi yaitu 7,2 juta IU penisilin G yang dibagi dalam 3 dosis, 1 dosis 2,4 juta IU per minggu selama 3 minggu berturut-turut. (Ahmad, 2009; Mullick et al, 2005) Dosis tunggal penisilin tersebut secara umum sudah melindungi janin dari sifilis. Abortus atau matinya janin dalam kandungan pada saat atau setelah pengobatan tidak disebabkan karena gagalnya pengobatan tetapi karena pengobatan terlambat diberikan. Follow up bulanan melalui pemeriksaan serologi perlu dilakukan sehingga pengobatan ulang dapat diberikan bila perlu. Untuk sifilis kongenital pada neonatus dapat diberikan aqueous crystallin penicillin 100.000-150.000 IU per KgBB per hari atau prokain penisilin 50.000 IU per KgBB per hari selama 10-14 hari dibagi 2-3 dosis.

2.2 Gonorrhea

Gonorea atau di kalangan masyarakat umum dikenal dengan nama GO adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoea*. (Daili, 2005) Pada wanita, GO sering tidak menimbulkan gejala apapun sehingga sering luput dari diagnosis dokter. Hal ini menyebabkan seorang wanita pengidap GO tidak menyadari dirinya terinfeksi lalu menularkannya ke orang lain. (Ahmad, 2009)

Gonore dalam kehamilan biasanya dijumpai dalam bentuk menahun dan 60-80% kasus adalah asimtomatik sehingga penderita tidak menyadari penyakitnya. Namun, dapat pula terjadi peningkatan gejala selama kehamilan misalnya kolpitis dan vulvitis. Dapat pula disertai oftalmia neonatorum yang menjadi petunjuk awal bahwa ibu menderita gonorea. (Ahmad, 2009; Daili, 2005) Adanya poliartritis pada trimester II atau III harus dipikirkan adanya artritis gonoroika.



Gambar 2. Leukore dan peradangan serviks akibat infeksi gonokokus

Apabila terjadi infeksi dalam kehamilan lebih dari 4 minggu, perjalanan penyakit tidak berbeda dengan infeksi gonorea di luar kehamilan. Diagnosis gonorea akut dalam kehamilan tidak sulit bila ditemukan adanya gejala-gejala klinis seperti disuria, uretritis, servisititis, fluor albus seperti nanah encer agak kuning atau kuning-hijau, dan kadang-kadang bartholinitis akut atau vulvokolpitis. Petunjuk lain adalah hasil pemeriksaan laboratorium dengan sediaan apus getah urethra atau serviks dengan pewarnaan methylene blue atau Gram, menunjukkan banyak diplokokus intra dan ekstraselular. (Ahmad, 2008) Apabila hasilnya meragukan, sebaiknya dilakukan kultur. Konjungtivitis gonoroika neonatorum (gonoblenorrhoea neonatorum) bukan merupakan penyakit kongenital, tetapi infeksi yang terjadi selama persalinan, saat kepala janin melewati jalan lahir dan mata bayi bersentuhan dengan bagian-bagian yang terinfeksi gonokokus.

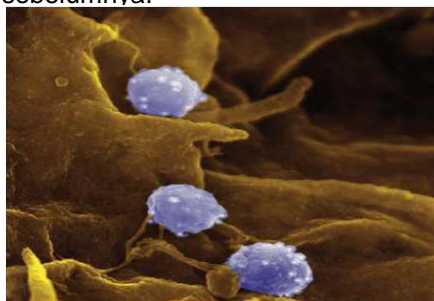
Pengobatan dengan penisilin biasanya memberikan hasil yang memuaskan, kecuali dalam kasus-kasus yang resisten. Pemberian prokain penisilin G dalam aquadest sebanyak 4,8 juta IU intramuskular, diberikan dalam dosis tunggal. Dapat pula diberikan ampisilin per oral 3,5 gram dosis tunggal. Apabila penderita tidak tahan penisilin, dapat diberikan eritromisin 4 kali sehari 0,5 gram selama 5-10 hari; atau kanamisin 2 gram im dalam dosis tunggal. Setiap pengobatan harus memperhatikan adanya infeksi genital lain seperti sifilis dan klamidia. (Daili dkk, 2010) Pemeriksaan klinis dan laboratorium perlu diulang 3 hari atau lebih setelah pengobatan selesai. Apabila terjadi kekambuhan maka penderita harus diobati lagi dengan dosis 2 kali lipat. Untuk mencegah gonoblenorea pada neonatus, maka semua neonatus kedua matanya diberi salep eritromisin atau kloromisetin. Seorang ibu dengan gonorea tetap dapat menyusui bayinya.

2.3 Chlamydia Trachomatis

Infeksi Chlamydia Trachomatis (*C. trachomatis*) pada banyak negara merupakan penyebab utama infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Laporan WHO tahun 1995 menunjukkan bahwa infeksi oleh *C. trachomatis* diperkirakan 89 juta orang. Di Indonesia sendiri sampai saat ini belum ada angka yang pasti mengenai infeksi *C. trachomatis*. (Ahmad, 2009) Dalam bidang infeksi menular seksual *C. trachomatis* dapat merupakan penyebab uretritis, servisititis, endometritis, salpingitis, perihepatitis,

epididimitis, limfogranuloma venerium dan seterusnya.

Infeksi *C. trachomatis* sampai saat ini masih merupakan problematik karena keluhan ringan, kesukaran fasilitas diagnostik, mudah menjadi kronis dan residif, serta mungkin menyebabkan komplikasi yang serius, seperti infertilitas dan kehamilan ektopik. Selain itu bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi mempunyai resiko untuk menderita konjungtivitis dan atau pneumonia. Frekuensi infeksi klamidia pada wanita hamil berkisar antara 3-14%. (Aziz, et al, 2007) Beberapa penelitian menunjukkan berbagai kontroversi meningkatnya risiko kehamilan dan persalinan pada ibu dengan infeksi klamidia, misalnya dapat menimbulkan abortus, kematian janin, persalinan preterm, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah dini, serta endometritis paska aborsi. Bayi yang lahir per vaginam dari ibu dengan infeksi Chlamydia 20-50% dapat mengalami konjungtivitis inklusi dalam 2 minggu pertama kehidupannya. Pneumonia dapat terjadi pada usia 3-4 bulan dengan prevalensi 10-20%. (Ahmad, 2007) Selain itu, dapat pula terjadi otitis media, obstruksi nasal, dan bronkiolitis. Risiko infeksi perinatal tidak terjadi bila persalinan berlangsung per-abdominam, kecuali bila telah terjadi ketuban pecah sebelumnya.



Gambar 3. Chlamydia Trachomatis

Diagnosis infeksi klamidia dapat ditegakkan bila sekret mukopurulen dari ostium uteri eksternum atau apusan serviks pada biakan menemukan mikroorganisme ini. Selain itu, dapat pula dilakukan pemeriksaan sitologi yang memperlihatkan adanya badan inklusi intrasel, pemeriksaan secara serologik yang menunjukkan adanya kenaikan titer antibodi, misalnya dengan ELISA, fiksasi komplemen, dan mikroimunofluoresensi.

Doxycycline dan ofloxacin, yang merupakan first-line treatment pada infeksi chlamydia adalah kontraindikasi pada kehamilan. Obat yang direkomendasikan adalah azitromycin 1 gram per oral dosis tunggal atau amoksisilin 500 mg 3 kali sehari secara oral selama 7 hari. (Aziz, et al, 2007) Pengobatan infeksi Chlamydia dalam

kehamilan perlu juga memperhatikan infeksi campuran dengan gonore. Bila sarana diagnostik tidak ada, kasus dengan risiko tinggi perlu mendapat pengobatan dengan eritromisin 500 mg secara oral 4 kali sehari selama 7 hari atau eritromisin 250 mg secara oral 4 kali sehari selama 14 hari. Pencegahan terhadap ophthalmia neonatorum perlu dilakukan dengan memberikan salep mata eritromisin (0,5%), atau tetrasiklin (1%) segera setelah bayi lahir.

2.4 Bakterial Vaginosis

Bakterial vaginosis adalah keadaan abnormal pada ekosistem vagina yang disebabkan bertambahnya pertumbuhan flora vagina bakteri anaerob menggantikan *Lactobacillus* yang mempunyai konsentrasi tinggi sebagai flora normal vagina. Secara klinik, untuk menegakkan diagnosis bakterial vaginosis harus ada tiga dari empat kriteria sebagai berikut, yaitu: (1) adanya sel clue pada pemeriksaan mikroskopik sediaan basah, (2) adanya bau amis setelah penetesan KOH 10% pada cairan vagina, (3) duh yang homogen, kental, tipis, dan berwarna seperti susu, (4) pH vagina lebih dari 4.5 dengan menggunakan nitrazine paper. (Ahmad, 2009)

Awalnya infeksi pada vagina hanya disebut dengan istilah vaginitis, di dalamnya termasuk vaginitis akibat *Trichomonas vaginalis* dan akibat bakteri anaerob lain berupa *Peptococcus* dan *Bacteroides*, sehingga disebut vaginitis nonspesifik. Setelah Gardner menemukan adanya spesies baru yang akhirnya disebut *Gardnerella vaginalis*, istilah vaginitis nonspesifik pun mulai ditinggalkan. Berbagai penelitian dilakukan dan hasilnya disimpulkan bahwa *Gardnerella* melakukan simbiosis dengan berbagai bakteri anaerob sehingga menyebabkan manifestasi klinis vaginitis, di antaranya termasuk dari golongan *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Veilonella*, dan golongan *Eubacterium*, misalnya *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, dan *Streptococcus viridans*.

Dalam kehamilan, penelitian membuktikan bahwa bakterial vaginosis merupakan salah satu faktor penyebab pecahnya ketuban pada kehamilan dan persalinan prematur. Dengan demikian, pemeriksaan terhadap kemungkinan infeksi perlu diperhatikan. Pengobatan yang dianjurkan metronidazol 250 mg per oral diberikan 3 hari selama 7 hari. Pendapat lama mengenai metronidazol yang tidak dianjurkan untuk diberikan pada trimester pertama kehamilan ternyata dari beberapa

penelitian besar yang melibatkan 150-200.000 sampel tidak menunjukkan efek teratogenik sama sekali. Pada saat ini metronidazol boleh dipakai pada seluruh masa kehamilan. Dapat juga diberikan klindamisin 300 mg secara oral 2 kali sehari selama 7 hari. (Ahmad, 2009; Daili dkk, 2010)

2.5 Trikomoniasis

Trikomoniasis merupakan penyakit protozoa persisten yang umum menyerang saluran urogenital pada wanita ditandai dengan timbulnya vaginitis dengan bercak-bercak berwarna merah seperti "strawberry", disertai dengan discharge berwarna hijau dan berbau. (Ahmad, 2009) Penyakit ini dapat menimbulkan uretritis atau cystitis dan umumnya tanpa gejala, serta dapat menyebabkan terjadi komplikasi obstetrik dan memfasilitasi terjadinya infeksi HIV.



Gambar 4. *Trichomonas vaginalis*

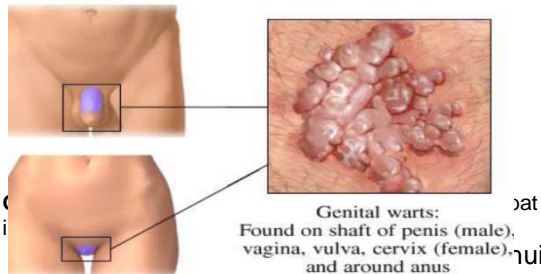
Biasanya trichomoniasis berdampingan dengan gonorrhea; pada suatu studi ditemukan sekitar 40%. Oleh karena itu, jika ditemukan trichomoniasis maka perlu dilakukan penilaian menyeluruh terhadap semua patogen penyebab "STD" ("STD Check"). Diagnosis ditegakkan dengan ditemukannya parasit yang bergerak pada pemeriksaan mikroskopis atau dari kultur discharge. Penyebab penyakit ini adalah *Trichomonas vaginalis*, salah satu protozoa dengan flagella. *Trichomonas vaginalis* ditularkan khususnya melalui kontak seksual secara langsung. Penyakit ini juga dapat ditularkan melalui mutual masturbation dan berbagai sex toys (alat bantu seks). (Daili, 2002; Kornia dkk, 2006) Distribusi penyakit tersebar luas; penyakit yang sering terjadi hampir di seluruh benua dan menyerang semua ras bangsa, terutama menyerang orang dewasa dengan insidensi yang tinggi pada wanita usia 16-35 tahun. Secara keseluruhan sekitar 20% wanita terkena infeksi pada masa usia subur.

Perempuan yang terinfeksi parasit *Trichomonas* akan mengeluarkan cairan dari vagina berwarna kuning kehijauan atau abu-abu serta berbusa dalam jumlah banyak, kadangkala disertai pendarahan dan bau

tidak sedap, gatal pada vulva sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman. (Daili, 2010) Sering buang air kecil dan terasa sakit, pembengkakan vulva, rasa tidak nyaman selama berhubungan seksual dan sakit di wilayah perut. pendarahan di serviks mungkin terjadi, namun ini bukan gejala umum dan bayi lahir dengan berat badan rendah. Pengobatan trikomoniasis dalam kehamilan adalah dengan meronidazol yang saat ini diyatakan boleh dipakai pada seluruh masa kehamilan. Sebaiknya diberikan dosis tunggal (2 gram) dibandingkan dengan dosis terbagi. (Daili dkk, 2010)

2.6 Human Papiloma Virus (HPV)

Infeksi HPV pada daerah genital tidak jarang terjadi pada wanita hamil dengan atau tanpa keluhan. Pada kasus prematuritas banyak ditemukan hasil seropositif terhadap HPV tipe 16. Akibat yang bisa terjadi kemungkinan munculnya neoplasia pada daerah serviks. Beberapa tipe dari HPV dapat menimbulkan kutil, kondiloma akuminata, yang biasanya disebabkan oleh HPV tipe 6 dan 11. Neoplasia intraepitel pada serviks lebih disebabkan oleh HPV tipe 16, 18, 45, dan 56. HPV tipe 6 dan 11 dapat menyebabkan laring papilomatosis pada bayi yang dilahirkan yang menghisap bahan infeksius saat kehamilan. (Kornia dkk, 2006) Masa inkubasi antara 1-8 bulan. Virus masuk ke dalam tubuh melalui mikrolesi pada kulit sehingga sering timbul pada daerah yang mudah mengalami trauma pada saat berhubungan seksual. Pertumbuhan kutil dapat dibagi dalam 3 bentuk yaitu: bentuk akuminata (jengger), bentuk papul dan bentuk datar. Selain bentuk itu bila berkembang dapat menjadi sangat besar yaitu Giant Condyloma, sering dihubungkan dengan kemungkinan adanya keganasan. (Aziz et al, 2007; Kornia dkk, 2006)



pada saat kehamilan, kondiloma akuminata akan membesar dan meluas sampai memenuhi dan menutupi vagina dan perineum yang menyebabkan kesulitan persalinan pervaginam. Kemungkinan keadaan basah pada daerah vulva pada saat kehamilan merupakan kondisi yang bagus untuk pertumbuhan virus.

Pengobatan saat hamil sangat mengganggu penderita dan bagusnya lesi ini biasanya menghilang setelah persalinan. Saat kehamilan dianjurkan untuk sering mencuci dan membersihkan daerah vulva ditambah membersihkan vagina dengan irigasi dan menjaga daerah itu tetap kering dan hal ini akan menghambat proliferasi kutil itu dan mengurangi ketidaknyamanan yang ada. Pemilihan cara pengobatan tergantung pada besar, lokalisasi, jenis, dan jumlah lesi serta fasilitas pelayanan yang tersedia. Pada wanita hamil pengobatan dapat dilakukan dengan pemberian asam trikloroasetat 50% seminggu sekali dengan cara berhati-hati karena dapat menimbulkan ulkus yang dalam. (Kornia dkk, 2006; Mullick et al, 2005)

2.6 Kandidiasis

Penyakit ini disebabkan oleh jamur *Candida albicans*. Kandidiasis terjadi akibat reaksi radang yang akibat infeksi jamur di dalam liang vagina dan vulva. Penderita mengeluhkan kemaluan sangat gatal, kadang-kadang sukar tidur dan terdapat banyak bekas garukan. Sekresi seperti susu kental dan warna putih kekuningan sekret tidak berbau. Seringkali ditemukan adanya faktor predisposisi seperti diabetes melitus, pemakaian antibiotika yang lama, defisiensi vitamin, pemakaian hormon kortikosterid dan kontrasepsi oral. (Daili, 2002; Kornia dkk, 2006)

Diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan usapan mukosa dan kulit yang terkena, kemudian diperiksa dengan larutan KOH 10% atau dengan pewarnaan Gram. Pada mikroskop akan ditemukan sel-sel ragi, blastospora, atau pseudohifa dari *Candida albicans*.

Infeksi kandida di daerah orofaring neonatus yang lahir dari ibu dengan kandidiasis vulvovagina memiliki angka penularan hingga 50%. Pengobatan terhadap kandida di jalan lahir dilakukan sebelum persalinan berlangsung, yaitu dengan pemberian antifungus secara topikal. Walaupun sekarang diketahui beberapa macam obat yang cukup efektif dengan pemberian per oral dosis tunggal, namun belum jelas apakah cara ini cukup efektif dan aman untuk diberikan. Hanya derivat-azol topikal yang dianjurkan untuk digunakan pada wanita hamil. (Ahmad, 2006; Daili dkk, 2010)

3. Simpulan dan Saran/Rekomendasi

Infeksi menular seksual (IMS) adalah berbagai infeksi yang dapat menular dari satu orang ke orang yang lain terutama melalui kontak seksual. IMS dan kehamilan

dihubungkan dengan kehamilan ektopik, abortus spontan, kematian janin dalam kandungan, infeksi perinatal, intrauterine growth restriction, kelainan kongenital, ketuban pecah dini, prematuritas, chorioamnionitis, infeksi puerperalis, bayi berat badan lahir rendah, dan infeksi neonatal.

Kehamilan dapat mengubah penampakan klinik IMS dan akan mempersulit diagnosis dan terapi. Pada wanita hamil terjadi perubahan anatomi, penurunan reaksi imunologis, perubahan flora serviko-vaginal, yang semuanya akan berpengaruh pada perjalanan dan manifestasi klinis IMS itu sendiri. Beberapa infeksi menular seksual tersering adalah sifilis, gonore, chlamydia trachomatis, vaginosis bakterial, trikomoniasis, kondiloma, dan kandidiasis.

Gejala klinis bervariasi sesuai dengan penyebab infeksi, baik berupa lesi mukokutan, leukorea, pruritus, disuria, dan lain-lain. Pada kehamilan, dapat terjadi penularan infeksi dari ibu ke janin dengan cara kontak langsung saat persalinan, infeksi yang menjalar secara ascenden, dan agen penyebab yang masuk ke sirkulasi janin menembus barier plasenta. Penanganan penyakit menular seksual pada kehamilan adalah dengan penanganan umum, konservatif, termasuk konseling dan pengobatan pada mitra seksual.

Disarankan kepada masyarakat umum agar senantiasa melakukan pencegahan terhadap infeksi menular seksual. Khususnya pada ibu hamil agar mendapat perhatian penting mengingat dampak yang diakibatkan dari infeksi menular seksual pada kehamilan.

4. Pustaka

- Ahmad Rahmawan. 2009. Penyakit Menular Seksual dalam Kehamilan. Banjarmasin: Bagian/SMF Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan FK Unlam-RSUD ULIN.
- Arifin N. Penyakit Menular Seksual Sifilis. 2008. Available from: www.proweb.com.
- Aziz, N., Cohen, C.R. 2007. Sexually Transmitted Diseases in Pregnancy. In: Klausner, J.D., Hook III, E.W., editors.. A Lange Medical Book: Current Diagnosis And Treatment Of Sexually Transmitted Diseases. International edition. United States Of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- CDC. 2010. Sexually transmitted Diseases. Available at: <http://www.cdc.gov/std/pregnancy/stdfact-pregnancy.htm>
- Daili S.F. 2002. Tinjauan Penyakit Menular Seksual (PMS) dalam Buku Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Editor: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Daili S.F. 2005. Gonore. Dalam : Infeksi Menular Seksual. Editor: Daili, S.F., dkk. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Daili S.F., dkk. 2010. Pedoman Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Genuis SJ, Genuis SK, 2005. Primary prevention of sexually transmitted disease: Applying ABC Strategy. *British Medical Journal*; 81:299–301.
- Holmes, K.K., Adimora, A.A., editors. 1994. Sexually Transmitted Diseases. 2nd edition. Singapore: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Hutapea NO. 2005. Sifilis. Dalam : Infeksi Menular Seksual. Editor: Daili, S.F., dkk. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kornia Karkata., Edi Tiro. 2006. Penyakit Menular Seksual dalam Kehamilan. Denpasar: Bagian/SMF Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan FK UNUD-RSUP Sanglah.
- Mullick S., et al. 2005. Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: Prevalence, Impact on Pregnancy Outcomes, and Approach to Treatment in Developing Countries. *British*