



616.951
Ind
p



PEDOMAN TATA LAKSANA SIFILIS UNTUK PENGENDALIAN SIFILIS DI LAYANAN KESEHATAN DASAR

616.951

Ind

0

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Tahun 2013

616.951
Ind
p

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Pengendalian Penyakit dan
Penyehatan Lingkungan

**Pedoman tata laksana sifilis untuk pengendalian
sifilis di fasilitas pelayanan dasar.-- Jakarta :**
Kementerian Kesehatan RI. 2013

ISBN 978-602-235-364-5

1. Judul I. SEXUALITY TRANSMITED DISEASES
II. SYPHILIS



616.951
Ind
p

PEDOMAN TATA LAKSANA SIFILIS UNTUK PENGENDALIAN SIFILIS DI LAYANAN KESEHATAN DASAR

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
Tahun 2013

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, dengan telah diterbitkannya Pedoman Tatalaksana Sifilis untuk Pengendalian Sifilis di Layanan Kesehatan Dasar.

Sifilis sebagai satu infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual (PMS) mempunyai peluang yang besar untuk meningkat angka kejadiannya, jika kita melihat data risiko penularan HIV saat ini mulai bergerak kembali ke arah penularan melalui jalur seksual. Tahun 2001-2005 jalur risiko penularan terbesar adalah melalui narkoba suntik (53%), namun tahun 2012 jalur penularan tertinggi adalah melalui jalur seksual (58,7%), diikuti oleh penularan melalui narkoba suntik (17,5%), penularan perinatal (2,7%) dan homoseksual (2,3%). Hasil Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) 2011 menunjukkan bahwa kejadian IMS juga mengalami peningkatan khususnya pada kelompok Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki-laki (LSL) dimana prevalensi sifilis naik dari 4% (2007) menjadi 13% (2011).

IMS sebagai pintu masuk HIV merupakan usaha di hulu yang harus diperkuat agar upaya pengendalian penularan HIV dapat optimal dan mencegah terjadinya infeksi baru utamanya pada anak - anak dan bayi. Buku ini berisi informasi hingga tatalaksana Sifilis yang dapat dilakukan mulai dari tingkat layanan kesehatan dasar sehingga pengendalian Sifilis dapat dilakukan lebih dini dan lebih normal.

Semoga buku ini dapat menjadi jawaban atas kebutuhan para petugas kesehatan yang melakukan penanganan Sifilis pada tingkat pelayanan dasar serta dapat membawa manfaat bagi siapapun yang membacanya.

Melalui kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan bagi semua yang terlibat dalam penyusunan buku ini. Semoga bermanfaat.

Jakarta, Juli 2013

Direktur Jenderal PP dan PL,



Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama,
NIP 195509031980121001

perpustakaan.kemkes.go.id

DAFTAR ISI

I.	LATAR BELAKANG	1.
II.	INFEKSI SIFILIS	5
III.	MANIFESTASI KLINIS SIFILIS	9
IV.	TES SEROLOGIS SIFILIS	17
	IV. 1. PRINSIP DASAR	17
	IV. 2. INTERPRETASI HASIL SEROLOGIS SIFILIS	21
V.	TERAPI DI PUSKESMAS	25
VI.	EVALUASI TERAPI DAN MONITORING PASIEN SIFILIS	27
VII.	PENANGANAN SYOK ANAFILAKSIS	29
VIII.	BEBERAPA PROGRAM PERTIMBANGAN MASYARAKAT	33



Treponema Pallidum

(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/Syphilis)

I.

LATAR BELAKANG

Sifilis merupakan salah satu IMS (infeksi menular seksual) yang menimbulkan kondisi cukup parah misalnya infeksi otak (neurosifilis), kecacatan tubuh (guma). Pada populasi ibu hamil yang terinfeksi sifilis, bila tidak diobati dengan adekuat, akan menyebabkan 67% kehamilan berakhir dengan abortus, lahir mati, atau infeksi neonatus (sifilis kongenital). Walaupun telah tersedia teknologi yang relatif sederhana dan terapi efektif dengan biaya yang sangat terjangkau, sifilis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang meluas di berbagai negara di dunia. Bahkan sifilis masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas perinatal di banyak negara.

Sifilis, sebagaimana IMS lainnya, akan meningkatkan risiko tertular HIV. Pada ODHA, sifilis meningkatkan daya infeksi HIV. Pada mereka yang belum terinfeksi HIV, sifilis meningkatkan kerentanan tertular HIV. Berbagai penelitian di banyak negara melaporkan bahwa infeksi sifilis dapat meningkatkan risiko penularan HIV sebesar 3-

5 kali. Peningkatan risiko penularan HIV karena sifilis menduduki peringkat kedua setelah *chancroid* lihat Tabel 1. Namun, angka kejadian sifilis di berbagai populasi jauh lebih tinggi dibandingkan *chancroid*, sehingga peran sifilis dalam penyebaran HIV di masyarakat menjadi lebih bermakna. Jika diobati secara adekuat, tingkat kesembuhan sifilis sama tingginya dengan *chancroid* (>95%).

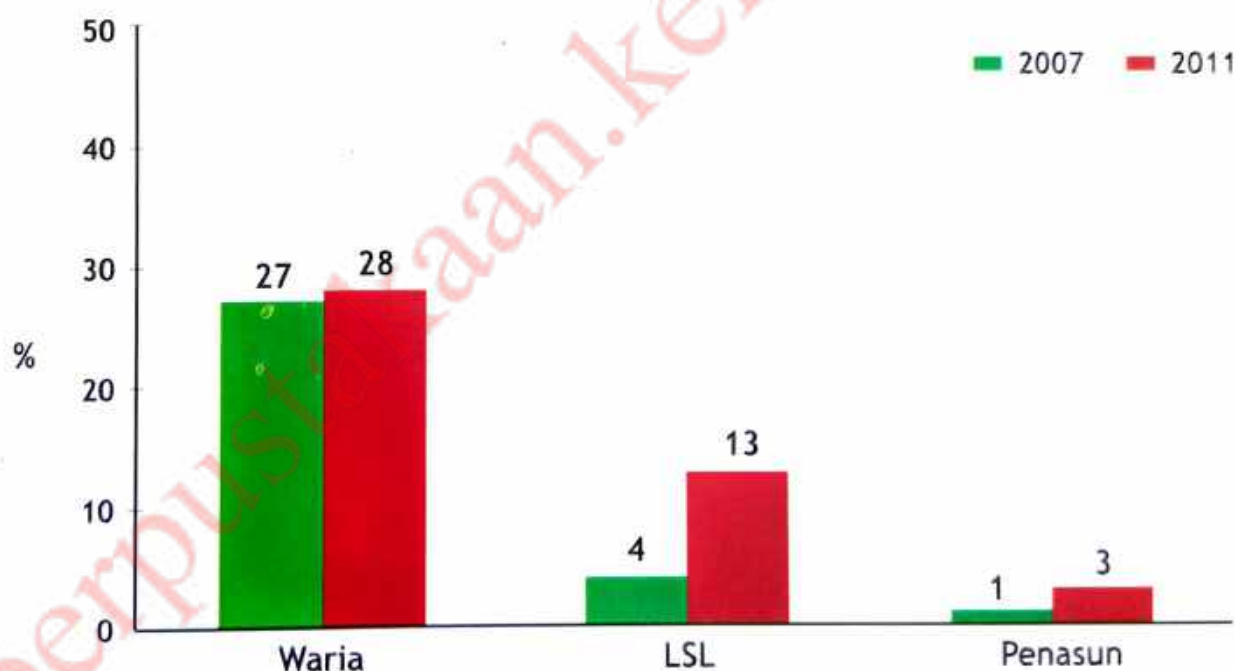
Tabel 1.
Risiko penularan HIV pada tiap jenis IMS dan tingkat kesembuhan

Jenis IMS	Risiko penularan HIV	Tingkat kesembuhan dengan terapi adekuat	Prevalensi
<i>Chancroid</i>	++++	> 95 %	+
Sifilis	+++	> 95 %	+++
Infeksi klamidia	++	> 95 %	++++
Gonore	++	> 95 %	++++
Trikomoniasis	+	> 95 %	++
Herpes Kelamin	+	> 0 %	++

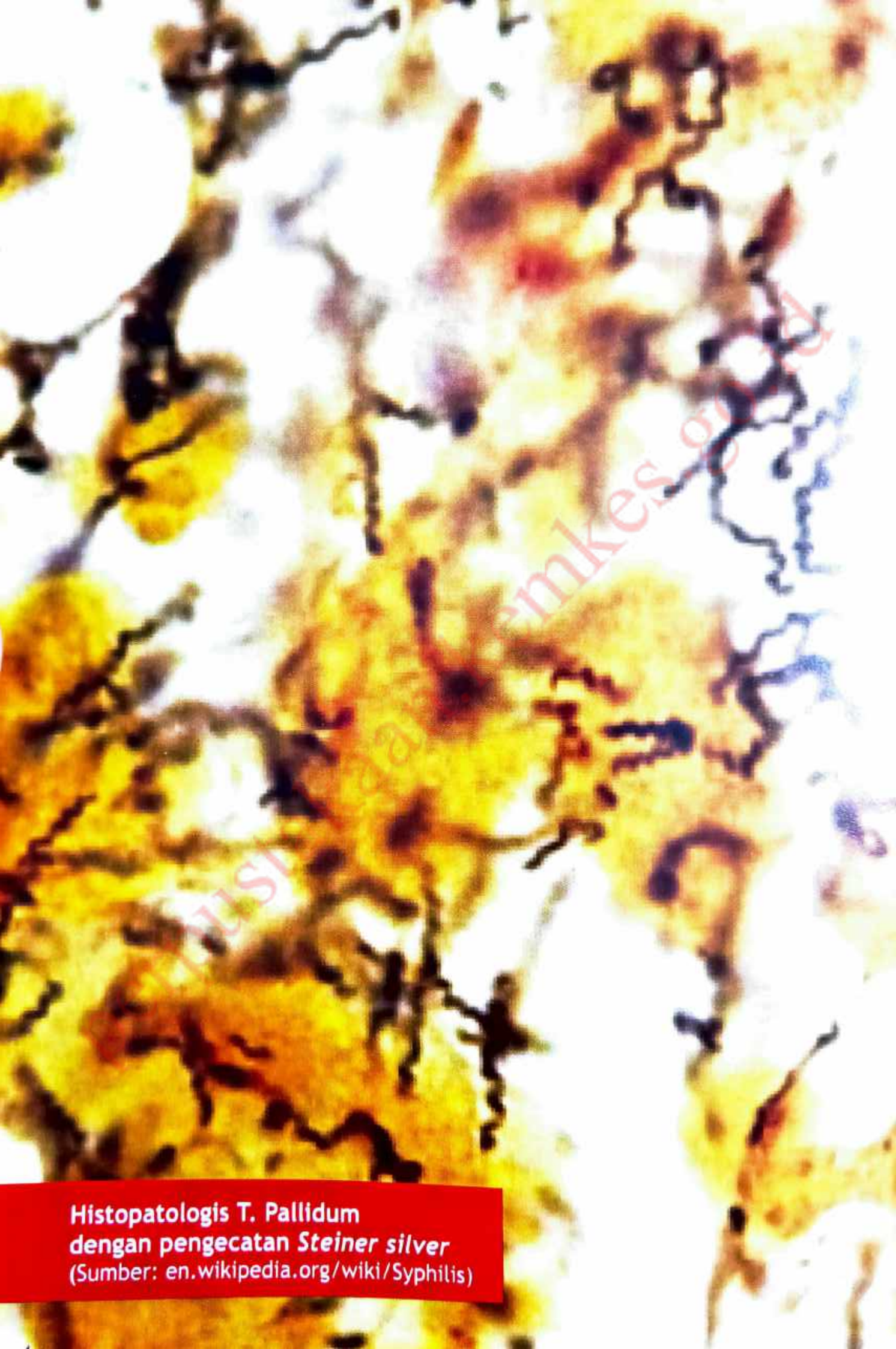
Integrated Behavioral and Biological Survey (IBBS) / Survey Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) tahun 2011 di Indonesia melaporkan prevalensi sifilis pada populasi WPS yang terinfeksi HIV sebesar 16,7%; sedangkan pada mereka yang tidak terinfeksi HIV 9,47%. Prevalensi sifilis pada populasi LSL HIV positif 23,8% sedangkan pada mereka yang HIV negatif 16,67%. Pada kedua populasi tersebut, secara statistik terbukti bahwa prevalensi sifilis berkorelasi positif dengan prevalensi HIV. Korelasi tersebut ditunjukkan dengan *odds ratio* sebesar 1,91 dan 3,63. Makna *odds ratio* tersebut adalah WPS yang terinfeksi sifilis 1,91 kali lebih mudah tertular HIV dibandingkan WPS yang tidak terinfeksi sifilis; dan LSL terinfeksi sifilis 3,63 kali lebih mudah terinfeksi HIV dibandingkan LSL yang tidak terinfeksi sifilis.

STBP 2011 di Indonesia juga melaporkan prevalensi sifilis masih cukup tinggi. Pada populasi waria, prevalensi sifilis sebesar 25%, WPSL (wanita penaja seks langsung) 10%, LSL (lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki) 9%, warga binaan lembaga pemasyarakatan 5%, pria berisiko tinggi 4%, WPSTL (wanita penaja seks tidak langsung) 3% dan penasun (pengguna narkoba suntik) 3%. Jika dibandingkan dengan laporan STBP tahun 2007, prevalensi sifilis pada populasi waria tetap tinggi. Pada populasi LSL dan penasun, prevalensi sifilis bahkan meningkat 3 kali lipat (gambar 1). Hal-hal tersebut di atas menunjukkan bahwa penggunaan kondom masih sangat rendah dan praktik tatalaksana IMS di Puskesmas di berbagai daerah di Indonesia masih perlu diperkuat. Jika tidak diperkuat, prevalensi sifilis pada berbagai populasi kunci akan terus meningkat, dan risiko penularan HIV juga makin meningkat.

Grafik 1.
Prevalensi Sifilis pada Waria, LSL dan Penasun di Indonesia, 2007 dan 2011



*Data 2007 dan 2011 membandingkan di lokasi yang sama



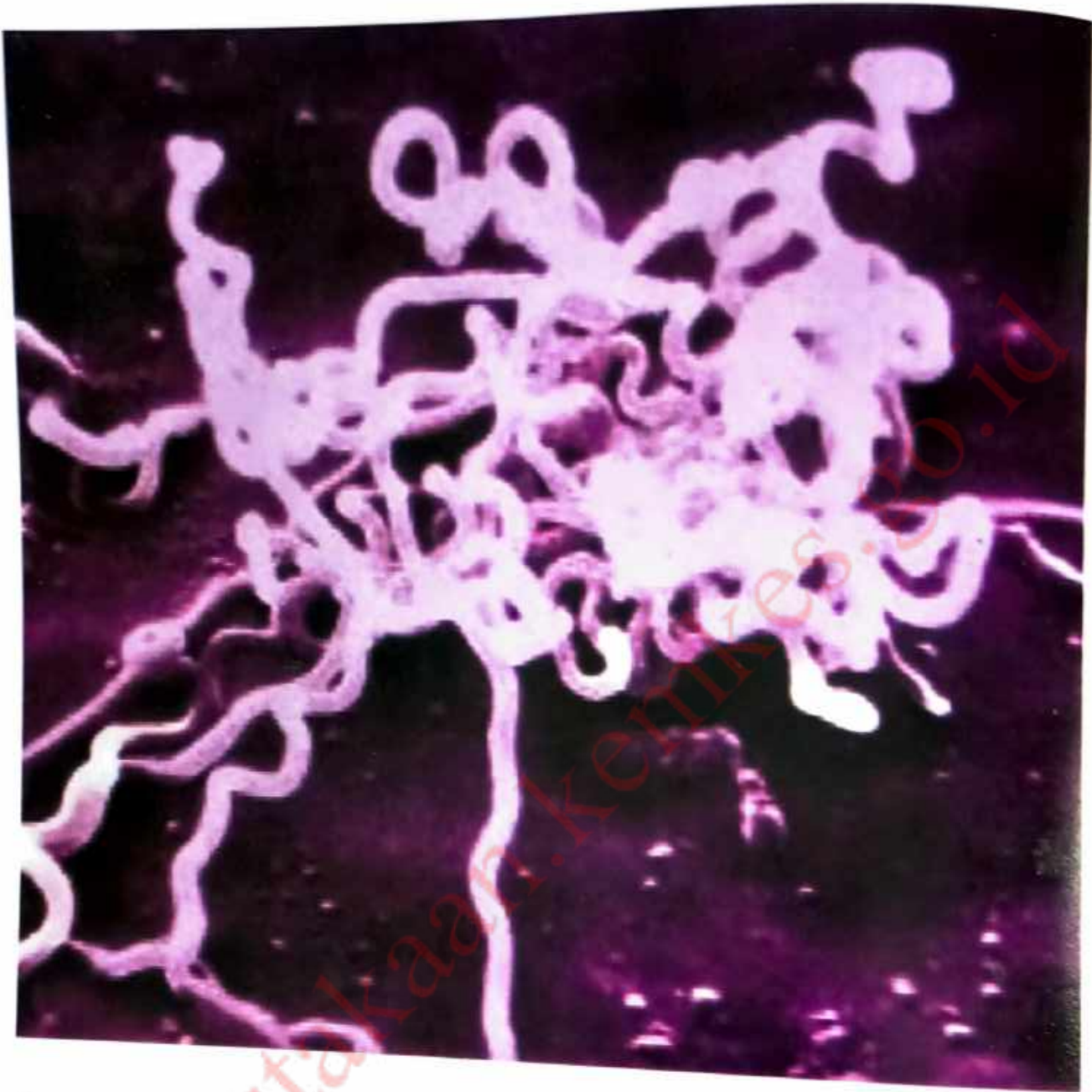
Histopatologis *T. Pallidum*
dengan pengecatan *Steiner silver*
(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/Syphilis)

II.

INFEKSI SIFILIS

Sifilis merupakan infeksi sistemik yang disebabkan oleh *spirochaete*, *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) dan merupakan salah satu bentuk infeksi menular seksual. Selain sifilis, terdapat tiga jenis infeksi lain pada manusia yang disebabkan oleh *treponema*, yaitu: *non venereal endemic syphilis* (telah eradikasi), frambusia (*T. pertenue*), dan pinta (*T. carateum* di Amerika Selatan).

Sifilis secara umum dapat dibedakan menjadi dua: yaitu sifilis kongenital (ditularkan dari ibu ke janin selama dalam kandungan) dan sifilis yang didapat / *acquired* (ditularkan melalui hubungan seks atau jarum suntik dan produk darah yang tercemar).



Gambar 1.
T. Pallidum Gambaran mikroskop elektron
(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/syphilis)

Gambar 2.
Histopatologis T.pallidum
Gambaran mikroskop elektron dengan
pengobatan Steiner silver

A. Sifilis yang didapat

A.1. Sifilis dini mudah menular dan merespon pengobatan dengan baik

A.1.1. Sifilis stadium primer,

A.1.2. Sifilis stadium sekunder,

A.1.3. Sifilis laten dini (diderita selama kurang dari 1 tahun)

A.2. Sifilis Lanjut

A.2.1. Sifilis laten lanjut (telah diderita selama lebih dari 1 tahun)

A.2.2. Sifilis tersier: gumma, neurosifilis, dan sifilis kardiovaskular.

B. Sifilis kongenital

Sifilis kongenital ditularkan dari ibu ke janin di dalam rahim.

B.1. Sifilis kongenital dini

Dalam dua tahun pertama kehidupan bayi

B.2. Sifilis kongenital lanjut

Berlanjut sampai setelah usia 2 tahun





Keratitis interstisial

(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/Syphilis)

III.

MANIFESTASI KLINIS SIFILIS

Tabel 2. Gejala dan tanda Sifilis pada dewasa

STADIUM	MANIFESTASI KLINIS	DURASI
Primer	Ulkus/luka/tukak, biasanya soliter, tidak nyeri, batasnya tegas, ada indurasi dengan pembesaran kelenjar getah bening regional (limfadenopati)	3 minggu
Sekunder	Bercak merah polimorfik biasanya di telapak tangan dan telapak kaki, lesi kulit papuloskuamosa dan mukosa, demam, malaise, limfadenopati generalisata, kondiloma lata, patchy alopecia, meningitis, uveitis, retinitis	2 - 12 minggu
Laten	Asimtomatik	Dini < 1 tahun; Lanjut > 1 tahun
Tersier Gumma	Destruksi jaringan di organ dan lokasi yang terinfeksi	1 - 46 tahun
Sifilis kardiovaskuler	Aneurisma aorta, regurgitasi aorta, stenosis osteum	10 - 30 tahun
Neurosifilis	Bervariasi dari asimtomatis sampai nyeri kepala, vertigo, perubahan kepribadian, demensia, ataksia, pupil Argyll Robertson	> 2 tahun - 20 tahun



Gambar 3. Ulkus sifilis primer di daerah anorektal



Gambar 4.
Ulkus sifilis primer di labium mayora



Sumber:

Public Health Image Library Database (PHIL) of the US Centers for Disease Control (CDC)
Kelompok Studi IMS Indonesia

Gambar 5. Ulkus sifilis primer di penis



Gambar 6. Bercak kemerahan di telapak kaki, sifilis sekunder



Sumber: *Public Health Image Library Database (PHIL) of the US Centers for Disease Control (CDC)*

Kelompok Studi IMS Indonesia

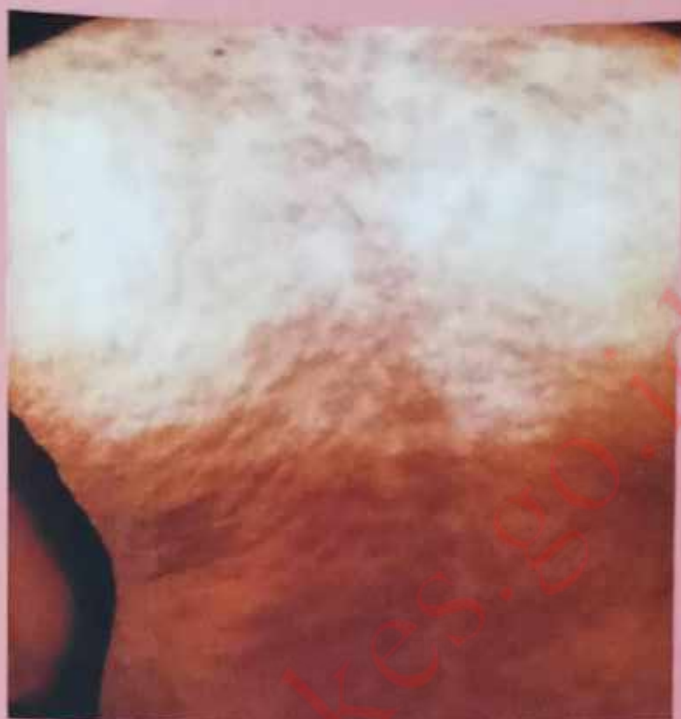


Gambar 7. Bercak kemerahan di telapak tangan, sifilis sekunder



Sumber:
Public Health Image Library
Database (PHIL) of the US Centers
for Disease Control (CDC)

Gambar 8.
Bercak kemerahan di
punggung, sifilis sekunder



Gambar 9. Bercak kemerahan
di vagina, sifilis sekunder



Gambar 10.
Patchy alopecia





Gambar 11.
Gumma di hidung



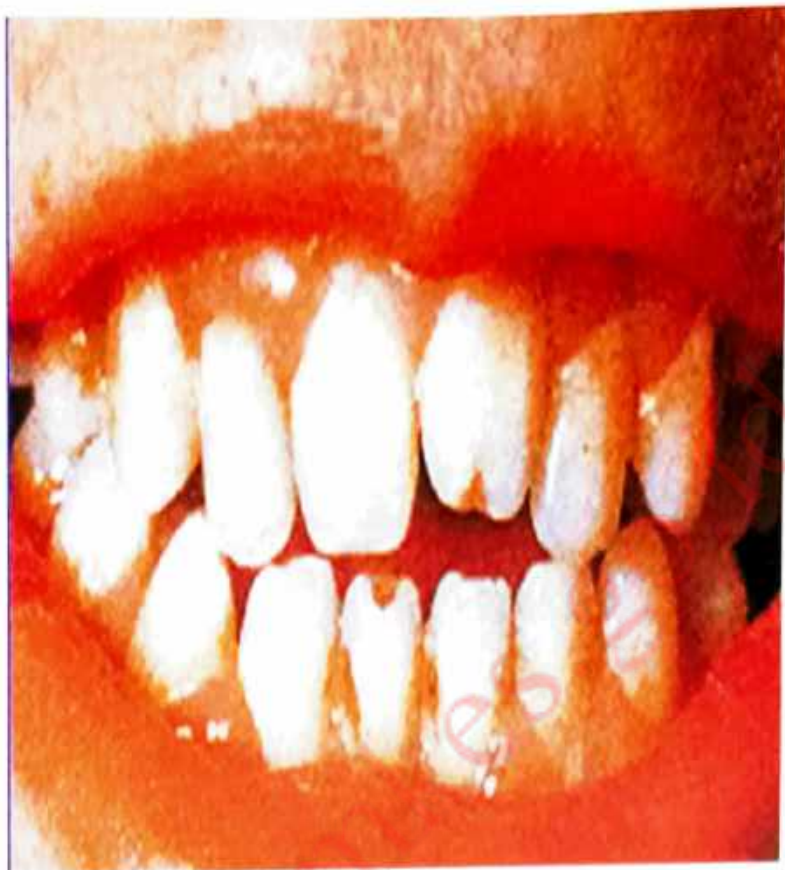
Gambar 12.
Gumma di palatum



Tabel 3.
Gejala dan tanda sifilis kongenital

STADIUM	MANIFESTASI KLINIS	DURASI
Dini	• 70% asimtomatis; • Pada bayi usia <1 bulan dapat ditemukan kelainan kulit berbentuk vesikel dan atau bula • Infeksi fulminan dan tersebar, lesi mukokutaneous, osteokondritis, anemia,hepatosplenomegali, neurosifilis.	Dari lahir sampai < 2 tahun
Lanjut	Keratitis interstisial, limfadenopati, hepatosplenomegali, kerusakan tulang, anemia, gigi Hutchinson, neurosifilis.	Persisten>2 tahun setelah kelahiran

Gambar 13.
Gigi Hutchinson



Gambar 14.
Keratitis interstisial



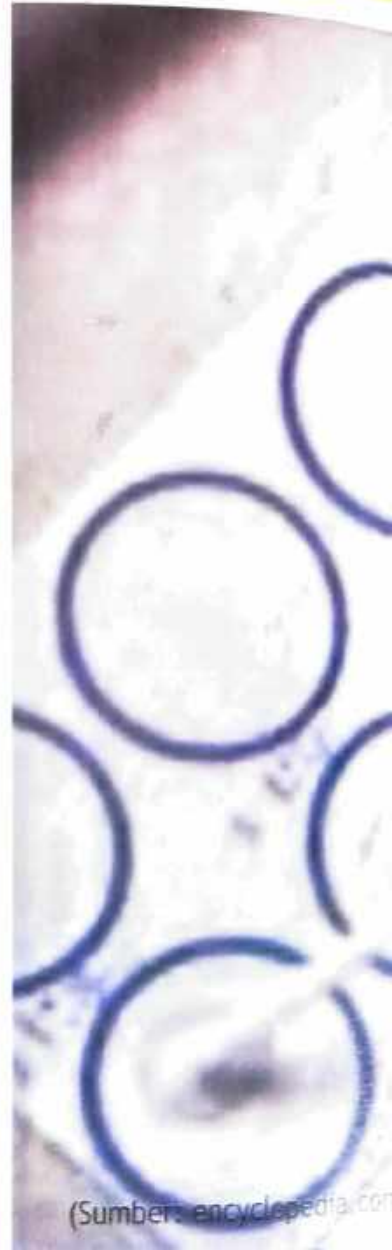
Gambar 15. Lesi mukokutaneus
pada sifilis kongenital





Tes Serologis Sifilis

(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/Syphilis)



IV.

TES SEROLOGIS SIFILIS

IV. 1. PRINSIP DASAR

Menurut Pedoman Nasional Tatalaksana IMS tahun 2011, diagnosis sifilis di tingkat Puskesmas dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu berdasarkan sindrom dan pemeriksaan serologis.

Secara umum, tes serologi sifilis terdiri atas dua jenis, yaitu:

1. Tes non-treponema

Termasuk dalam kategori ini adalah tes **RPR** (*Rapid Plasma Reagin*) dan **VDRL** (*Venereal Disease Research Laboratory*)

Tes serologis yang termasuk dalam kelompok ini mendeteksi imunoglobulin yang merupakan *antibodi* terhadap bahan-bahan lipid sel-sel *T. Pallidum* yang hancur. Antibodi ini dapat timbul sebagai reaksi terhadap infeksi sifilis. Namun antibodi ini juga dapat timbul pada berbagai kondisi lain, yaitu pada infeksi akut (misalnya:

infeksi virus akut) dan penyakit kronis (misalnya: penyakit otoimun kronis). Oleh karena itu, tes ini bersifat non-spesifik, dan bisa menunjukkan hasil positif palsu. Tes non-spesifik dipakai untuk mendeteksi infeksi dan reinfeksi yang bersifat aktif, serta memantau keberhasilan terapi. Karena tes non spesifik ini jauh lebih murah dibandingkan tes spesifik treponema, maka tes ini sering dipakai untuk skrining. Jika tes non spesifik menunjukkan hasil reaktif, selanjutnya dilakukan tes spesifik treponema, untuk menghemat biaya.

INGAT !

Hasil positif pada tes non spesifik treponema tidak selalu berarti bahwa seseorang pernah atau sedang terinfeksi sifilis. Hasil tes ini harus dikonfirmasi dengan tes spesifik treponema.

2. Tes spesifik treponema

Termasuk dalam kategori ini adalah tes **TPHA** (*Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*), **TP Rapid** (*Treponema Pallidum Rapid*), **TP-PA** (*Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay*), **FTA-ABS** (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*).

Tes serologis yang termasuk dalam kelompok ini mendeteksi antibodi yang bersifat spesifik terhadap treponema. Oleh karena itu, tes ini jarang memberikan hasil positif palsu. Tes ini dapat menunjukkan hasil positif/reaktif seumur hidup walaupun terapi sifilis telah berhasil. Tes jenis ini tidak dapat digunakan untuk membedakan antara infeksi aktif dan infeksi yang telah diterapi secara adekuat. Tes treponemal hanya menunjukkan bahwa seseorang pernah terinfeksi treponema, namun tidak dapat menunjukkan apakah seseorang sedang mengalami infeksi aktif. Tes ini juga tidak dapat membedakan infeksi *T pallidum* dari infeksi treponema lainnya. Anamnesis mengenai perilaku seksual, riwayat pajanan dan riwayat perjalanan ke daerah endemis treponematoses lainnya dibutuhkan untuk menentukan diagnosis banding.

Kedua tes serologi, treponema dan non-treponema, dibutuhkan untuk diagnosis dan tatalaksana pasien sifilis oleh petugas kesehatan. Hasil tes treponema memastikan bahwa pasien pernah terinfeksi sifilis, sedangkan hasil tes non-treponema menunjukkan aktivitas penyakit

Untuk bisa melakukan kedua jenis pemeriksaan tersebut di atas diperlukan alat-alat dan bahan habis pakai sbb:

1. Perangkat tes / *Test kit*
2. Pipet mikro
3. Sentrifus

Sentrifus dibutuhkan untuk memisahkan plasma dari darah lengkap. Jika sentrifus tidak tersedia, plasma dapat dipisahkan dari darah lengkap dengan cara mendiamkan darah di dalam tabung selama 30 menit.

4. Rotator

Rotator dibutuhkan untuk proses penggumpalan antigen antibodi sehingga terbentuk butiran-butiran penanda positif. Terdapat dua macam rotator. Yaitu rotator listrik dan rotator yang diputar dengan tangan. Jika alat rotator tidak tersedia, maka proses dapat dibantu secara manual, dengan cara menggoyang piringan rotator/*plate* dengan tangan.

Tes Cepat Sifilis (*Rapid test Syphilis*)

Akhir-akhir ini, telah tersedia *rapid test* untuk sifilis yaitu **TP Rapid** (*Treponema Pallidum Rapid*). Penggunaan *rapid test* ini sangat mudah dan memberikan hasil dalam waktu yang relatif singkat (10 - 15 menit). Jika dibandingkan dengan TPHA atau TPPA, sensitivitas *rapid test* ini berkisar antara 85% sampai 98%, dan spesifisitasnya berkisar antara 93% sampai 98%.

Rapid test sifilis yang tersedia saat ini **TP Rapid** termasuk kategori tes spesifik treponema yang mendeteksi antibodi spesifik terhadap berbagai spesies treponema (tidak selalu *T pallidum*), sehingga tidak dapat digunakan

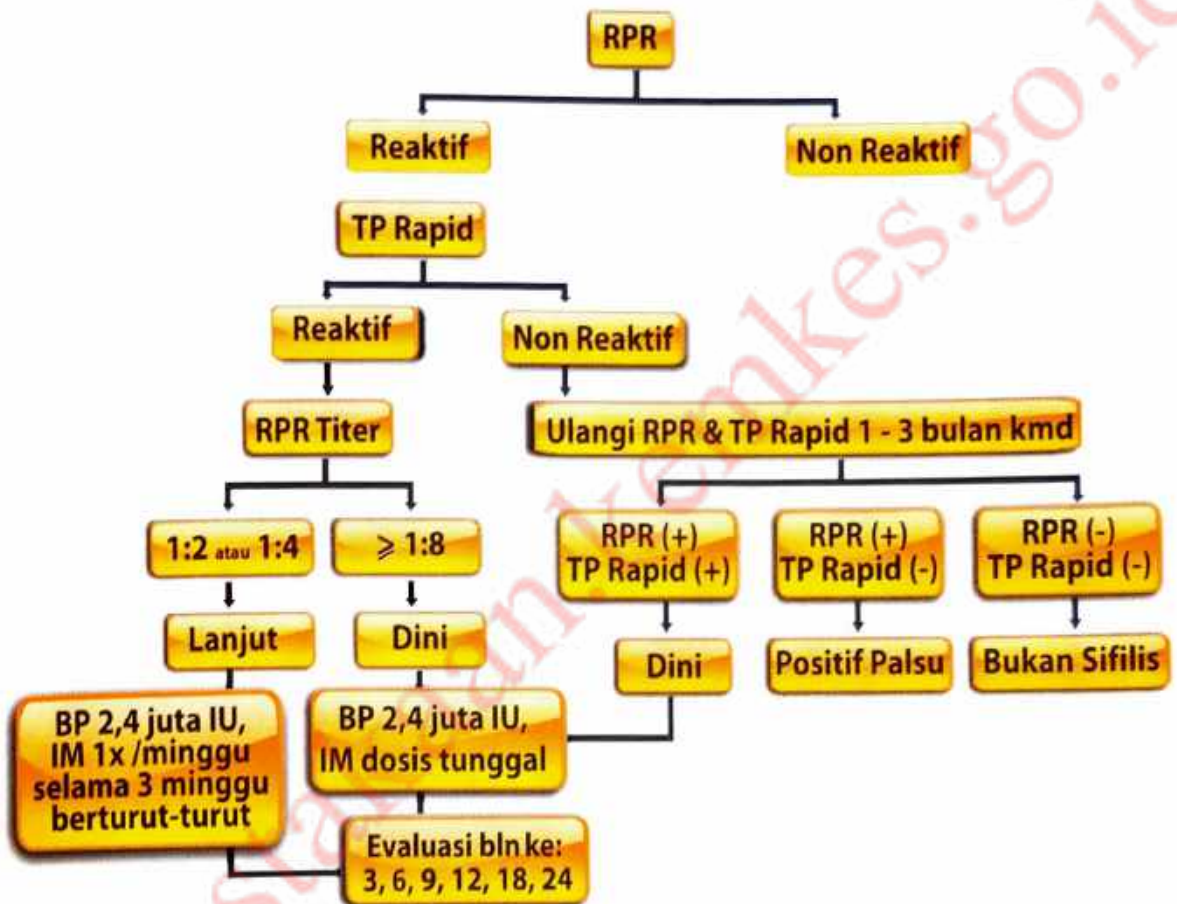
membedakan infeksi aktif dari infeksi yang telah diterapi dengan baik. **TP Rapid** hanya menunjukkan bahwa seseorang pernah terinfeksi treponema, namun tidak dapat menunjukkan seseorang sedang mengalami infeksi aktif.

TP Rapid dapat digunakan hanya sebagai pengganti pemeriksaan **TPHA**, dalam rangkaian pemeriksaan bersama dengan **RPR**. Penggunaan **TP Rapid** tetap harus didahului dengan pemeriksaan **RPR**. Jika hasil tes positif, harus dilanjutkan dengan memeriksa titer **RPR**, untuk diagnosis dan menentukan pengobatan. Pemakaian **TP Rapid** dapat menghemat waktu, namun harganya jauh lebih mahal dibandingkan dengan **TPHA**. Bagi daerah yang masih mempunyai **TPHA** konvensional/bukan rapid masih bisa digunakan.

IV.2. INTERPRETASI HASIL TES SEROLOGIS SIFILIS

Hasil tes non-treponemal (RPR) masih bisa negatif sampai 4 minggu sejak pertama kali muncul lesi primer. Tes diulang 1-3 bulan kemudian pada pasien yang dicurigai sifilis namun hasil RPR nya negatif.

Bagan Alur Tes Serologis Sifilis



Note: (+) = Reaktif (-) = Non Reaktif BP= Benzathine Benzylpenicillin

Hasil positif tes RPR perlu dikonfirmasi dengan TPHA/TP-PA/TP Rapid.

- Jika hasil tes konfirmasi non-reaktif, maka dianggap reaktif palsu dan tidak perlu diterapi namun perlu dites ulang 1-3 bulan kemudian.
- Jika hasil tes konfirmasi reaktif, dilanjutkan dengan pemeriksaan RPR kuantitatif untuk menentukan titer sehingga dapat diketahui apakah sifilis aktif atau laten, serta untuk memantau respons terhadap pengobatan.

- Jika hasil RPR reaktif, TPHA reaktif, dan terdapat riwayat terapi dalam tiga (3) bulan terakhir, serta pada anamnesis tidak ada ulkus baru, pasien tidak perlu diterapi. Pasien diobservasi dan tes diulang tiga bulan kemudian.
- Jika titer RPR tetap atau turun, tidak perlu diterapi lagi dan tes diulang tiga bulan kemudian.
- Jika hasil RPR tidak reaktif atau reaktif rendah (*serofast*), pasien dinyatakan sembuh.
- Jika titer naik, berikan terapi sebagai infeksi baru/sifilis aktif.

Tabel 3.
Interpretasi hasil tes serologis Sifilis dan tindakan

RPR	TPHA	Titer RPR dan Riwayat		Inter-pretasi	Tindakan
Negatif	Tidak Perlu	Tidak dikerjakan		-	Ulangi tes 3 bulan lagi
Positif	Negatif	Tidak dikerjakan		Positif palsu	Ulangi tes 3 bulan lagi
Positif	Positif	Terdapat riwayat terapi sifilis dalam 3 bulan terakhir, berapa pun titernya		Masa evaluasi terapi	Tidak perlu terapi. Ulangi tes 3 bulan lagi
		1:2 atau 1:4		Sifilis laten lanjut	Terapi sebagai sifilis laten lanjut. Evaluasi 3 bulan kemudian
		Tidak ada riwayat terapi dalam 3 bulan terakhir		≥1:8	Sifilis aktif/dini. Terapi sebagai sifilis dini. Evaluasi 3 bulan kemudian
Positif atau negatif	Positif	Bandingkan dengan titer 3 bulan yang lalu.		Jika turun terapi berhasil	Tidak perlu terapi. ➡ Observasi dan evaluasi 6 bulan kemudian
Positif	Positif	Bandingkan dengan titer 3 bulan yang lalu.		Jika naik ➡ infeksi baru	Terapi sesuai titer/ stadium.

Jika hasil RPR reaktif dan TPHA reaktif dan tidak ada riwayat terapi sifilis dalam 3 bulan terakhir, maka perlu diberikan terapi sesuai stadium.

- Titer RPR $\leq 1:4$ (1:2 atau 1:4) dapat diinterpretasikan dan diterapi sebagai sifilis laten lanjut.
- Titer $\geq 1:8$ dapat diinterpretasikan dan diterapi sebagai sifilis aktif dan diterapi.

3 bulan setelah terapi, evaluasi titer RPR.

- Jika titer RPR turun 2 tahap (misal dari 1:64 menjadi 1:16) atau lebih, terapi dianggap berhasil. Ulangi evaluasi tiap tiga bulan sekali di tahun pertama dan 6 bulan di tahun kedua, untuk mendeteksi infeksi baru.
- Jika titer tidak turun dua tahap, lakukan evaluasi kemungkinan re-infeksi, atau sifilis laten.

CATATAN :

Jika tes konfirmasi tidak tersedia, berdasarkan riwayat perilaku seksual berisiko, pasien bisa diterapi sesuai titer RPR. Selanjutnya titer RPR harus terus dimonitor. Titer dapat meningkat atau turun pada infeksi akut atau kronik, kemudian turun lagi. Jika tes konfirmasi tidak tersedia, perubahan titer ini dapat dianggap mengkonfirmasi infeksi *T pallidum*.



Melakukan tes kulit
Sumber: de.academic.ru

V.

TERAPI SIFILIS DI PUSKESMAS

Tabel 4. Terapi Sifilis

STADIUM	TERAPI	Alternatif bagi yang alergi penisilin	
		Tidak hamil	Hamil*)
Sifilis primer dan sekunder	Benzathine benzylpenicillin 2,4 juta IU, injeksi IM dosis tunggal	Doksisiklin 100 mg per oral, 2kali /hari selama 30 hari	Eritromisin 500 mg per oral, 4 kali /hari selama 14 hari
Sifilis laten	Benzathine benzylpenicillin 2,4 juta IU, injeksi IM, satu kali/minggu selama 3 minggu berturut turut	Doksisiklin 100 mg per oral, 2 kali /hari minimal 30 hari ATAU Seftriakson 1 gr, injeksi IM 1 kali /hari selama 10 hari	Eritromisin 500 mg per oral, 4 kali /hari minimal 30 hari

CATATAN :

Catatan: sebelum injeksi benzathin benzylpenicillin lakukan uji penisilin terlebih dulu untuk memastikan pasien tidak alergi terhadap penisilin



Treponema Pallidum

(Sumber: en.wikipedia.org/wiki/Syphilis)

VI.

EVALUASI TERAPI DAN MONITORING PASIEN SIFILIS

Pasien dengan sifilis dini dan telah diterapi dengan adekuat harus dievaluasi secara klinis dan serologis tiap 3 bulan selama satu tahun pertama (bulan ke 3, 6, 9, 12) dan setiap 6 bulan di tahun kedua (bulan ke 18, dan 24).

Tes TPHA dan titer RPR harus dilakukan pada:

- Tiga bulan setelah terapi untuk sifilis primer dan sekunder, titer RPR diperlukan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi dan mendeteksi infeksi ulang (reinfeksi). Terapi dianggap berhasil jika titer RPR turun. Jika titer tidak turun atau malah naik, kemungkinan terjadi reinfeksi dan ulangi terapi.

- 3, 6, 9, 12, 18 dan 24 bulan setelah terapi:
Jika titer RPR tetap sama atau bahkan turun, terapi dianggap berhasil dan pasien cukup diobservasi.
Jika titer RPR meningkat, obati pasien sebagai infeksi baru dan ulangi terapi.
- Jika RPR non reaktif atau reaktif lemah (*serofast*) maka pasien dianggap sembuh

Pada semua stadium, **ulangi terapi** jika:

- Terdapat gejala klinis sifilis;
- Terdapat peningkatan titer RPR (misal dari 1:4 menjadi 1:8).

Catatan:

Semua pasangan seks pasien sifilis perlu diskriminasi sifilis

VII.

PENANGANAN SYOK ANAFILAKSIS

Semua pasien sifilis harus diterapi dengan injeksi benzathine benzylpenicillin, kecuali jika terdapat riwayat reaksi alergi terhadap antibiotik golongan penisilin (anafilaksis, angioderma, urtikaria, bronkospasme) atau jika timbul reaksi pada tes alergi penisilin (*skin test*)

Dalam anamnesis, petugas kesehatan harus menanyakan riwayat alergi terhadap antibiotik golongan penisilin. Beberapa pertanyaan lebih lanjut untuk menggali riwayat alergi:

- Reaksi alergi terhadap obat tersebut terjadi saat pasien umur berapa?
- Bagaimana bentuk reaksi alerginya?

- Berapa lama reaksi alergi timbul setelah terapi dimulai?
- Bagaimana cara pemberian terapi (injeksi atau per oral atau lainnya)?
- Obat lain apa saja yang juga digunakan saat itu?
- Apa yang terjadi setelah terapi dengan penisilin dihentikan?
- Apakah pasien pernah menggunakan antibiotik lain dalam golongan yang sama (misalnya: amoksisilin, ampisilin atau sefalosporin) dan, jika pernah, apakah timbul reaksi alergi juga?

Reaksi alergi berupa anafilaksis, angioderma, urtikaria, bercak merah yang gatal, dan bronkospasme merupakan reaksi yang spesifik sebagai tanda alergi. Tanda klinis eritema makopapular, gangguan gastrointestinal atau reaksi lain tidak bersifat prediktif terhadap alergi.

Perlu diperhatikan, jangan memberikan terapi penisilin jika pasien sedang:

- Menderita penyakit akut (gejala seperti flu, pilek)
- Mengalami gangguan kulit -bercak merah yang gatal
- Mengalami sesak nafas dengan wheezing (mengi) / tanda-tanda asma

Tes kulit untuk mendeteksi reaksi alergi/ skin test

Untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya reaksi anafilaksis, dapat dilakukan tes kulit. Cara melaksanakan tes kulit adalah:

1. Larutkan bubuk benzatin benzyl penicilin 2,4 juta IU dengan 10 cc aqua bidest
2. Ambil satu cc larutan, menggunakan spuit yang biasa digunakan untuk tes mantoux
3. Buanglah isi spuit, sampai tersisa 0,2 cc saja di dalam spuit
4. Suntikkan secara intra dermal
5. Beri tanda / lingkari daerah yang disuntik
6. Tunggu 15 menit, lihat apakah ada peningkatan diameter pembengkakan kulit
7. Jika terjadi peningkatan pembengkakan lebih dari 3 mm, dapat diinterpretasikan bahwa pasien alergi terhadap penisilin.

Tes kulit ini sebaiknya dilakukan setiap akan memberikan terapi injeksi benzatin benzylpenisilin.

Semua fasilitas tempat layanan kesehatan yang memberikan terapi antibiotik (apapun, tidak terbatas hanya penisilin) dengan injeksi intramuskular, perlu memiliki menyiapkan peralatan kedaruratan medik yang memadai untuk menangani reaksi alergi atau syok anafilaksis secara adekuat.

Peralatan dan obat-obatan esensial yang harus disediakan untuk penanganan syok anafilaksis terdiri atas:

- *Aqueous adrenaline* (epinefrin) pengenceran 1:1.000 untuk injeksi;
- Antihistamine injeksi dan per oral (misal: difenhidramin dan klorfeniramin);
- Hidrokortison injeksi;
- *Ambu bag* untuk ventilasi
- Tabung dan selang oksigen

Ingat: pasien yang benar-benar alergi terhadap penisilin dapat mengalami syok pada saat menjalani skin test. Petugas harus sudah siap menangani syok pada saat melakukan skin test

Tanda-tanda reaksi anafilaksis:

- Syok: tekanan darah sangat rendah, denyut nadi cepat dan lemah, dan kesulitan bernafas
- Kemerahan yang gatal pada kulit (*rash*)

Tabel 5. Penanganan Syok Anafilaksis

LANGKAH-LANGKAH PENANGANAN SYOK ANAFILAKSIS	
1.	Minta bantuan sesama petugas kesehatan
2.	Periksa ABC <i>Airway</i> - Jalan nafas / saluran pernafasan <i>Breathing</i> - Pernafasan, jika perlu lakukan bantuan pernafasan dari mulut ke mulut <i>Circulation</i> - Sirkulasi darah. Jika perlu lakukan resusitasi jantung paru
3.	Berikan injeksi adrenalin - Dosis: Dewasa 0,5 ml; lanjut usia: 0,3 ml; ulangi tiap 5-10 menit sampai respon adekuat - Monitor tekanan darah dan denyut nadi tiap 5-10 menit
4.	Berikan injeksi hidrokortison secara intra muskuler - Dosis dewasa 250 mg
5.	Berikan injeksi klorfeniramin 10-20 mg atau difenhidramin 50-100 mg IM
6.	Rujuk pasien ke Rumah Sakit terdekat segera setelah kondisi stabil • Jika perlu ulangi pemberian adrenalin, siapkan satu dosis adrenalin untuk di perjalanan • Catat secara lengkap dan rinci semua terapi dan tindakan. Berikan salinan catatan kepada Rumah Sakit • Awasi pasien sampai dapat diserahkan kepada dokter/petugas kesehatan yang akan melanjutkan tugas penanganan



VIII.

BEBERAPA PERTIMBANGAN PROGRAM DAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. SKRINING SIFILIS

Mengingat banyaknya infeksi sifilis yang tidak bergejala dan tingginya prevalensi sifilis, diperlukan skrining sifilis secara rutin untuk mengendalikan sifilis di masyarakat. Skrining sifilis dilakukan dengan pemeriksaan fisik dan tes serologis sifilis. Skrining sifilis terutama ditujukan bagi:

- a. **Semua ibu hamil.** Skrining sifilis harus dilakukan sedini mungkin pada kunjungan antenatal yang pertama. Skrining diulangi pada trimester ketiga dan saat persalinan. Skrining dan terapi sifilis dapat mengurangi angka kematian bayi dan kecacatan bayi. Untuk eliminasi sifilis kongenital,

sangat penting untuk mencapai 100% cakupan skrining sifilis pada ibu hamil. Jika fasilitas pemeriksaan RPR dan TP Rapid tidak tersedia, demi perlindungan terhadap janin, dapat digunakan tes cepat/*rapid test* saja. Semua hasil *rapid test* positif, diobati sebagai sifilis aktif.

- b. Ibu melahirkan harus diskriming sifilis, terutama apabila selama masa kehamilan belum pernah diskriming sifilis. Skrining pada saat persalinan dapat mendeteksi infeksi sehingga dapat dilakukan penanganan dini terhadap ibu dan bayinya. Jika fasilitas pemeriksaan RPR dan TPHA tidak tersedia, demi perlindungan terhadap janin, dapat digunakan *rapid test* saja. Semua hasil *rapid test* positif, diobati sebagai sifilis aktif.
- c. Semua penaja seks (perempuan, laki-laki, waria), karena risiko pekerjaannya harus diskriming sifilis tiap 3-6 bulan sekali.
- d. Semua LSL yang memiliki banyak pasangan seks
- e. Semua pasien IMS
- f. Perempuan yang mengalami riwayat keguguran atau bayi lahir mati

Hasil skrining harus segera diberitahukan kepada pasien. Pasien harus segera diterapi sesuai hasil pemeriksaan. Pasangan seks harus diskriming dan diterapi juga.

2. PEMAKAIAN RAPID TEST

Penggunaan *rapid test* sifilis dianggap dapat meningkatkan akses skrining sifilis. Selain mudah dikerjakan, hasil *rapid test* diperoleh dalam waktu yang lebih singkat sehingga mengurangi waktu tunggu pasien.

Walaupun unggul dalam 2 hal tersebut di atas, *rapid test* yang ada saat ini tidak dapat membedakan infeksi aktif dengan non aktif sehingga dapat menyebabkan pengobatan yang berlebihan. Hasil *rapid test* dapat positif

membebani anggaran pembelian obat terutama dalam program skrining rutin pada populasi kunci. *Rapid test* juga tidak dapat mengevaluasi keberhasilan terapi.

Untuk menentukan diagnosis dan terapi serta evaluasi keberhasilan terapi, pemeriksaan titer RPR tetap diperlukan, sebagai pemeriksaan setelah hasil *rapid test* positif.

Alur pemeriksaan yang menjadi standar baku selama ini adalah pemeriksaan RPR, dilanjutkan pemeriksaan TPHA atau TP *rapid test* pada mereka yang hasil RPR positif, dan pemeriksaan titer RPR pada mereka yang hasil TPHA/TP *rapid test* positif. Saat ini berkembang pemikiran untuk mengubah standar alur baku pemeriksaan tersebut dengan meniadakan pemeriksaan RPR di awal. Jika dicermati, perubahan alur tersebut akan menimbulkan implikasi biaya yang cukup besar. Perbandingan perhitungan biaya dapat dilihat di lampiran 2.

Alur pemeriksaan tes RPR -> *rapid test* -> titer RPR tetap merupakan pilihan yang paling tepat untuk meningkatkan akses, mengurangi waktu tunggu, mengurangi pengobatan yang berlebihan /over treatment, serta mengurangi total anggaran.

3. SIFILIS PADA IBU HAMIL

Infeksi sifilis pada populasi ibu hamil, bila tidak diobati dengan adekuat, dapat menyebabkan lahir mati dan abortus (40%), kematian perinatal (20%), berat badan lahir rendah (BBLR) atau infeksi neonatus (20%).

Untuk melindungi janin dalam kandungan, perlu dilakukan skrining dan penanganan sifilis pada ibu hamil. Secara global/internasional telah ditetapkan target untuk mengeliminasi sifilis kongenital. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan:

- Integrasi layanan IMS (terutama skrining sifilis) dengan PPIA (Program Pencegahan Infeksi HIV dari Ibu ke Anak) dan Program Kesehatan Ibu dan Anak
- Skrining sifilis pada semua ibu hamil
- Skrining sifilis pada ibu melahirkan, terutama mereka yang belum pernah diskriming sebelumnya
- Mengobati semua ibu hamil yang positif sifilis pada saat itu juga
- Mengobati semua pasangan tiap ibu hamil yang positif sifilis
- Edukasi, konseling aktif, dan promosi kondom untuk mencegah infeksi ulang
- Mengobati semua bayi yang lahir dari ibu yang positif sifilis
- Memeriksa dengan seksama dan membuat rencana perawatan bagi bayi yang lahir dari ibu yang positif sifilis

Dalam konteks melindungi janin, jika tes RPR belum tersedia, *rapid test* saja dapat digunakan, untuk meningkatkan cakupan skrining sifilis dan terapi sifilis pada ibu hamil. Jika hanya ada *rapid test*, semua hasil positif diobati sebagai sifilis

4. KARTU PASIEN

Untuk kepentingan evaluasi terapi dan monitoring pasien sifilis, semua informasi tentang titer RPR dan terapi yang diberikan harus lengkap dan tercatat dengan baik. Oleh karena itu, selain catatan medis, perlu ada kartu pasien yang mencatat tanggal dan terapi yang diberikan serta hasil tes serologis (tanggal, hasil tes RPR dan TPHA/*rapid test* dan titer RPR). Kartu ini diperlukan terutama jika pasien berpindah-pindah tempat sehingga di manapun dia berobat, penyakit sifilisnya dapat termonitor dengan baik. Contoh kartu sifilis dapat dilihat di bawah ini.



KARTU PENGOBATAN

Nama : _____
No Kode: _____

Tgl	Titer RPR	TP Rapid (R atau NR)	Interpretasi	Terapi yang diberikan	Keterangan	Paraf Petugas yg melayani

Pedoman Tata Laksana Sifilis Untuk Pengendalian Sifilis Di Layanan Kesehatan Dasar

Penulis/Penyusun:

1. Prof. Dr. Sjaiful Fahmi Daili, SpKK (K)
2. Dr. dr. Wresti Indriatmi, SpKK (K), M.Epid
3. dr. Siti Nadia Wiweko, M.Epid
4. dr. Hellen Dewi P, MARS
5. dr. Flora Tanujaya
6. dr. Steve Wignall
7. dr. Atiek Anartati, MPH & TM

Kontributor:

1. dr. Endang Budi Hastuti
2. dr. Milwiyandia
3. Nurhayati

Penerbit

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Cetakan Pertama

Maret 2013

