

**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
SIFILIS DI RSUD LANTO DG. PASEWANG TAHUN 2022-2023**



**MUHAMMAD RIZQI HIDAYATULLAH  
C011211034**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
SIFILIS DI RSUD LANTO DG. PASEWANG TAHUN 2022-2023**

**MUHAMMAD RIZQI HIDAYATULLAH  
C011211034**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
2024**

**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERTERKAIT DENGAN  
KEJADIAN SIFILIS DI RSUD LANTO DG. PASEWANG TAHUN 2022-  
2023**

MUHAMMAD RIZQI HIDAYATULLAH

C011211034

Skripsi

sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana

Program Studi Pendidikan Dokter Umum

pada

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM  
DEPARTEMEN DERMATOLOGI DAN VENEREOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2024**

## SKRIPSI

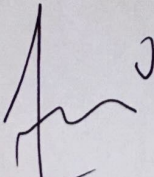
**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KEJADIAN SIFILIS DI RSUD LANTO DG. PASEWANG TAHUN 2022-  
2023****MUHAMMAD RIZQI HIDAYATULLAH****C011211034**

Skripsi,

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Sarjana Kedokteran pada  
tanggal 12 Desember 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat  
kelulusan  
pada

Program Studi Pendidikan Dokter Umum  
Departemen Dermatologi dan Venereologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin  
Makassar

Mengesahkan:  
Pembimbing Tugas Akhir,



dr. Idrianti forus Paturusi, Sp.DVE,  
Subsp.Ven, M.Kes, FINSVD, FAADV  
NIP: 198102242008122002

Mengetahui:  
Ketua Program Studi,



dr. Ririn Nislawati, M.Kes, SpM (K)  
NIP: 198101182009122003

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA**

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul "Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Tahun 2022-2023" adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing dr. Idrianti Idrus Paturusi, Sp.DVE, Subsp.Ven, M.Kes, FINS DV, FAADV. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 12-12-2024



**MUHAMMAD RIZQI HIDAYATULLAH**  
NIM C011211034

## Ucapan Terima Kasih

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, yang memungkinkan penulis untuk menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Tahun 2022-2023.” Skripsi ini disusun sebagai hasil penelitian yang telah penulis lakukan. Selama proses penyusunan skripsi, penulis banyak menerima dukungan, bantuan, bimbingan, dan nasehat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Idrianti Idrus Paturusi, Sp.DVE, Subsp.Ven, M.Kes, FINS DV, FAADV selaku pembimbing akademik, yang dengan sabar memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dari tahap pembuatan proposal hingga penyusunan skripsi ini.
2. dr. Anni Adriani, Sp.DVE., Subsp.DT., FINS DV., FAADV dan dr. Nurul Qalby selaku penguji, yang telah memberikan arahan dan masukan dari proposal hingga skripsi ini.
3. Kepala RSUD Lanto Dg. Pasewang dan seluruh staf rumah sakit yang telah memberikan koordinasi, waktu, dan kesempatan dalam pengambilan data penelitian ini.
4. Kedua orang tua penulis yang tak henti-hentinya memberikan dukungan, doa, cinta, dan kasih sayang yang tulus kepada penulis.
5. Seluruh sahabat, keluarga, dan rekan yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, atas segala dukungan dan bantuan yang telah diberikan selama ini, khususnya selama proses penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat, baik bagi penulis pribadi maupun bagi pembaca pada umumnya.

Makassar, 12 Desember 2024  
Penulis

Muhammad Rizqi Hidayatullah

## ABSTRAK

RIZQI. **Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Tahun 2022-2023** (dibimbing oleh Idrianti Idrus Paturusi, Anni Adriani, Nurul Qalby).

**Latar Belakang.** Sifilis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* dan dapat ditularkan melalui hubungan seksual atau penularan vertikal pada kehamilan. Penyakit ini memiliki beberapa fase, dengan gejala mulai dari ulkus hingga gangguan kardiovaskular dan neurologis pada fase lanjut. Sifilis pada ibu hamil dapat menyebabkan sifilis kongenital pada janin. Di Indonesia, kasus sifilis cukup signifikan, termasuk di Kabupaten Jeneponto. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan faktor risiko terhadap kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto tahun 2022-2023. **Metode.** Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* dengan *total sampling*, data dianalisis menggunakan SPSS untuk mendeskripsikan karakteristik variabel, kemudian dilakukan uji *chi-square* untuk menganalisis hubungan antar variabel. **Hasil.** Pada 56 pasien sifilis menunjukkan pasien kelompok usia 15-25 tahun sebanyak 21 kasus (37,50%), namun tanpa hubungan bermakna dengan kejadian sifilis ( $p=0,065 > 0,05$ ). Laki-laki mendominasi dengan 41 kasus (73,21%), tanpa hubungan bermakna dengan kejadian sifilis ( $p=0,633 > 0,05$ ). Pendidikan rendah tercatat 27 kasus (48,21%) dan ada hubungan bermakna dengan kejadian sifilis ( $p=0,021 < 0,05$ ). Status menikah ada 32 kasus (57,14%), namun tanpa hubungan bermakna dengan kejadian sifilis ( $p=0,291 > 0,05$ ). Pasien dengan riwayat PIMS tercatat 23 kasus (41,07%) dan tanpa Riwayat PIMS tercatat 33 kasus (58,92%) serta menunjukkan hubungan bermakna dengan kejadian sifilis ( $p=0,001 < 0,05$ ). **Kesimpulan.** Faktor tingkat pendidikan dan riwayat infeksi menular seksual memiliki hubungan bermakna dengan kejadian sifilis, sementara usia, jenis kelamin, dan status pernikahan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan.

Kata kunci: faktor risiko; sifilis

## ABSTRACT

RIZQI. **Risk Factors Associated with Syphilis at RSUD Lanto Dg. Pasewang 2022-2023** (Supervised by Idrianti Idrus Paturusi, Anni Adriani, Nurul Qalby).

**Background.** Syphilis is a contagious disease caused by *Treponema pallidum* and can be transmitted through sexual contact or vertical transmission during pregnancy. The disease has several stages, with symptoms ranging from ulcers to cardiovascular and neurological disorders in advanced stages. Syphilis in pregnant women can lead to congenital syphilis in the fetus. In Indonesia, syphilis cases are quite significant, including in Jeneponto Regency. This study aims to analyze the relationship between risk factors and the occurrence of syphilis at RSUD Lanto Dg. Pasewang in Jeneponto Regency. **Aim.** This study aims to analyze the risk factors influencing the occurrence of syphilis at RSUD Lanto Dg. Pasewang in Jeneponto Regency in 2022-2023. **Method.** This study uses a cross-sectional approach with total sampling. The data were analyzed using SPSS to describe the characteristics of the variables, followed by a chi-square test to analyze the relationships between the variables. **Results.** Among 56 syphilis patients, 21 cases (37.50%) were in the 15-25 age group, but no significant relationship was found with syphilis occurrence ( $p=0.065 > 0.05$ ). Males dominated with 41 cases (73.21%), with no significant relationship to syphilis occurrence ( $p=0.633 > 0.05$ ). Low education was recorded in 27 cases (48.21%), and there was a significant relationship with syphilis occurrence ( $p=0.021 < 0.05$ ). There were 32 cases (57.14%) of married individuals, but no significant relationship with syphilis occurrence ( $p=0.291 > 0.05$ ). Patients with a history of STIs accounted for 23 cases (41.07%) and without a history of STIs accounted for 33 cases (58.92%), showing a significant relationship with syphilis occurrence ( $p=0.001 < 0.05$ ). **Conclusion.** The level of education and history of sexually transmitted infections have a significant relationship with the occurrence of syphilis, while age, gender, and marital status do not show a significant relationship.

Keywords: risk factor; syphilis



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	
HALAMAN JUDUL.....	
HALAMAN PENGAJUAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN DAN NASKAH .....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT .....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
<b>BAB 1_PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
1.4.1 Manfaat Klinis .....	3
1.4.2 Manfaat Akademis .....	4
<b>BAB_2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Definisi Sifilis .....	5
2.2 Etiopatogenesis Sifilis .....	5
2.3 Epidemiologi Sifilis .....	7
2.4 Faktor Risiko Sifilis.....	8
2.4.1 Faktor Risiko Usia terhadap Sifilis .....	8
2.4.2 Faktor Risiko Jenis Kelamin terhadap Sifilis.....	9
2.4.3 Faktor Risiko Tingkat Pendidikan terhadap Sifilis.....	10
2.4.4 Faktor Risiko Jenis Pekerjaan terhadap Sifilis .....	10
2.4.5 Faktor Risiko Status Pernikahan terhadap Sifilis.....	11
2.4.6 Faktor Risiko Jumlah Pasangan terhadap Sifilis .....	11
2.4.7 Faktor Risiko Orientasi Seksual terhadap Sifilis .....	12
2.4.8 Faktor Risiko Riwayat PIMS terhadap Sifilis .....	12
2.4.9 Faktor Risiko Model Penularan terhadap Sifilis.....	12
2.5 Manifestasi Klinis Sifilis .....	12
2.5.1 Sifilis Akuisita.....	13

2.5.2 Sifilis Kardiovaskular.....	15
2.5.3 Neurosifilis .....	15
2.5.4 Sifilis Kongenital .....	16
2.6 Pemeriksaan Penunjang Sifilis .....	18
2.7 Diagnosis Banding Sifilis .....	19
2.8 Tatalaksana Sifilis .....	20
<b>BAB_3 KERANGKA TEORI &amp; KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>22</b>
3.1 Kerangka Teori.....	22
3.2 Kerangka Konsep.....	22
3.3 Hipotesis .....	22
3.4 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	23
<b>BAB_4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
4.1 Desain Penelitian .....	25
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	25
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....	25
4.3.1 Populasi.....	25
4.3.2 Sampel .....	25
4.3.4 Teknik Pengambilan Sampel .....	25
4.4 Kriteria Inklusi & Eksklusi .....	25
4.4.1 Kriteria Inklusi .....	25
4.4.2 Kriteria Eksklusi .....	25
4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian .....	26
4.5.1 Jenis Data.....	26
4.5.2 Instrumen Penelitian .....	26
4.6 Manajemen Penelitian.....	26
4.6.1 Pengumpulan Data .....	26
4.6.2 Pengolahan dan Analisis Data .....	26
4.7 Etika Penelitian .....	26
4.8 Alur Pelaksanaan Penelitian.....	26
4.9 Rencana Anggaran Penelitian.....	26
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>28</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	28
5.1.1 Pasien Sifilis Menurut Usia .....	28
5.1.2 Pasien Sifilis Menurut Jenis Kelamin .....	29
5.1.3 Pasien Sifilis Menurut Tingkat Pendidikan .....	30
5.1.4 Pasien Sifilis Menurut Status Pernikahan .....	31
5.1.5 Pasien Sifilis Menurut Riwayat PIMS .....	32
5.2 Pembahasan Penelitian .....	33
5.2.1 Hubungan Usia dengan Kejadian Sifilis .....	33
5.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Sifilis .....	35

5.2.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Sifilis .....	37
5.2.4 Hubungan Status Pernikahan dengan Kejadian Sifilis .....	39
5.2.5 Hubungan Riwayat PIMS dengan Kejadian Sifilis .....	40
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN .....	43
6.1 Simpulan .....	43
6.2 Saran .....	43
6.2.1 Saran untuk RSUD Lanto Dg. Pasewang .....	43
6.2.2 Saran untuk Peneliti Selanjutnya .....	43
DAFTAR PUSTAKA.....	45
LAMPIRAN .....	48

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sifilis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri genus *spirochaeta*, *Treponema pallidum* subspecies *pallidum* yang ditularkan melalui hubungan seksual atau penularan vertikal selama kehamilan. *T. pallidum* terkenal karena sifat invasif dan kemampuannya dalam menghindari sistem kekebalan tubuh. Manifestasi klinisnya diakibatkan oleh respons inflamasi lokal terhadap bakteri yang bereplikasi di dalam jaringan dan sering kali mengimitasi penyakit lain. Individu yang terinfeksi sifilis biasanya akan melewati tahap sifilis primer, sekunder, laten, hingga tersier. Sifilis dini diartikan sebagai infeksi sifilis yang dapat ditularkan secara seksual atau secara aktif pada durasi waktu satu hingga dua tahun sejak pertama kali terpapar, yaitu pada fase primer, sekunder, dan laten dini. *T. pallidum* pada periode laten dini tidak menunjukkan gejala namun tetap dapat menular (Peeling, 2017).

Penderita yang menderita sifilis pada fase primer dapat menunjukkan gejala lesi berupa ulkus tunggal (*chancre*) maupun lesi multipel pada genital atau daerah organ tubuh lain yang terlibat dalam kontak seksual. Ulkus ini tidak nyeri, memiliki dasar yang bersih, dan dapat menghilang secara spontan. Gejala lain pada sifilis fase primer adalah limfadenopati regional yang biasanya terjadi sekitar tiga minggu pasca infeksi (WHO, 2023). Fase primer dapat sembuh dalam kurun waktu enam sampai delapan minggu yang kemudian diikuti oleh fase sekunder. Fase ini ditandai oleh gejala berupa demam, limfadenopati generalisata, sakit kepala, lesi kulit berupa makula, papula, atau papulo-skuamosa pada tubuh, ekstremitas atas pada palmar, maupun ekstremitas bawah pada plantar (Wahab, 2015). Gejala lain yang dapat terjadi adalah kondiloma lata, yaitu lesi putih keabuan yang muncul di daerah tubuh yang hangat dan lembab seperti labia atau anus (WHO, 2023). Saat gejala mereda, penderita memasuki fase laten yang dapat berlangsung selama bertahun-tahun. Infeksi ini masih bersifat menular pada durasi waktu satu hingga dua tahun pasien berada pada fase laten (Workowski, 2015). Sebagian penderita yang tidak terobati dapat memasuki fase tersier yang memberi gambaran gejala berupa penyakit kardiovaskular, gangguan neurologis atau neurosifilis, lesi kulit atau organ dalam yang destruktif berupa *gumma*, maupun gangguan pada sistem skeletal (Radolf, 2014).

Penderita sifilis primer maupun sekunder yang sedang mengandung akan memberi efek terhadap janinnya. Sedangkan, 50% dari kehamilan pada penderita sifilis primer maupun sekunder dapat mengakibatkan kelahiran prematur ataupun kematian perinatal. Janin yang lahir dari ibu dengan sifilis laten yang tidak diterapi dapat menyebabkan infeksi kongenital dan angka kematian perinatal dapat meningkat hingga sepuluh kali lipat (Wiknjosastro, 2010). Sifilis dapat memberikan gejala asimtomatis saat bayi lahir namun dapat

bermanifestasi pula segera setelah lahir. Sifilis yang ditransmisikan secara vertikal dari ibu hamil ke bayinya menyebabkan sifilis kongenital dini yang dapat memberikan gejala berupa hepatosplenomegali, lesi kulit, demam, neurosifilis, pneumonitis, dan limfadenopati generalisata pada fase sifilis kongenital dini yang muncul dalam kurun waktu tiga bulan awal hingga 2 tahun. Gejala yang dapat muncul pada sifilis kongenital lanjut berupa keratitis interstitialis, gigi *Hutchinson*, gigi *Mulberry*, ketulian, neurosifilis, sklerosis tulang, perforasi palatum durum dan septum nasi akibat gumma, tulang frontal yang menonjol, dan fisura di rongga mulut dan hidung (Wahab, 2015).

WHO memperkirakan setiap tahun terdapat kurang lebih 374 juta penderita baru IMS di dunia pada individu berusia 15-49 tahun dan sifilis memiliki persentase sebesar 21,7% dari data tersebut, dan didapatkan 7,1 juta penderita sifilis pada tahun 2020. Diperkirakan juga terdapat satu juta penderita baru IMS yang berusia 15-49 tahun setiap harinya di dunia. (WHO, 2023).

Data IMS dari Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual Triwulan II Tahun 2022 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa sifilis dini menempati urutan pertama pada kasus penyakit infeksi menular seksual di Indonesia sebanyak 8.353 kasus dan sifilis lanjut pada urutan keenam sebanyak 1.970 kasus pada periode Januari - Juni 2022. Berdasarkan kelompok usianya, penderita sifilis didominasi oleh kelompok usia 25-49 tahun sebanyak 63%, 20-24 sebanyak 23%, 15-19 tahun sebanyak 6%, dan di atas 50 tahun sebanyak 5%. Jumlah kasus PIMS terbesar berdasarkan kelompok risiko secara berurutan adalah LSL (4.824), WPS (4.756), pasangan suami istri (4.113), pelanggan PS (1.857), waria (451), pengguna Napza suntik (37), dan PPS (35). (Kemenkes RI, 2022).

Pada tahun 2022, jumlah pasien yang dites sifilis di Sulawesi Selatan adalah 3.590 orang laki-laki dan 18.342 orang perempuan dengan total 21.932 pasien. Jumlah pasien sifilis yang diobati berdasarkan jenis kelaminnya pada tahun 2022 adalah 97 orang (81,51%) laki-laki dan 22 orang (18,48%) perempuan (Dinkes Prov. Sulsel, 2022). Berdasarkan jumlah kunjungan layanan PIMS, kelompok risiko yang merupakan penderita sifilis di Sulawesi Selatan tahun 2019 adalah 331 WPS, 10 WPS, 173 waria, 749 LSL, 94 penasun, 76 pasangan risti, 31 pasangan penaja seks, dan 8.523 lainnya (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Kabupaten Jeneponto tahun 2021, terdapat peningkatan jumlah remaja usia 15-24 tahun dengan penyakit IMS yang signifikan dari 25 orang pada tahun 2018 menjadi 138 orang pada tahun 2019. Jenis penyakit IMS yang diderita oleh remaja di Kabupaten Jeneponto ini belum diklasifikasikan. Target penurunan jumlah remaja penderita IMS ditetapkan pada nilai 0,016% pada tahun 2020 tetapi target ini belum dapat tercapai karena peningkatan jumlah remaja penderita IMS di Kabupaten Jeneponto (Pemerintah Kab. Jeneponto, 2022).

Penelitian sebelumnya mengenai faktor risiko kejadian penyakit sifilis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan di PPSKW Dinas Sosial Mattirodeceng

Provinsi Sulawesi Selatan pada 150 responden di tahun 2023 didapatkan hasil faktor pekerjaan memiliki hubungan dengan kejadian sifilis (Anggraeni, 2023). Pada penelitian lain yang dilakukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada 186 pasien di tahun 2023 didapatkan hasil yang sama pada faktor jenis kelamin dan pekerjaan (Umniya, 2023).

Berdasarkan data mengenai penyakit sifilis di Indonesia, khususnya di Provinsi Sulawesi Selatan, dan masih kurangnya data yang dikumpulkan mengenai sifilis serta jumlah remaja penderita IMS di Kabupaten Jeneponto maka peneliti ingin mengetahui dan menganalisis hubungan antara faktor-faktor risiko terhadap kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto Periode 2022-2023. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka dilakukanlah penelitian ini.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana faktor-faktor risiko mempengaruhi kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang Kabupaten Jeneponto

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui distribusi kelompok usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan riwayat PIMS pada pasien RSUD Lanto Dg. Pasewang.
- b. Menganalisis hubungan kelompok usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, dan riwayat PIMS dengan kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang.
- c. Menganalisis faktor yang paling berhubungan dengan kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Klinis**

- a. Memberi informasi mengenai faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian penyakit sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang.
- b. Menambah pengetahuan tentang faktor risiko apa yang paling mempengaruhi kejadian sifilis di RSUD Lanto Dg. Pasewang.

**1.4.2 Manfaat Akademis**

- a. Memberi pengetahuan mengenai faktor-faktor risiko penyakit sifilis.
- b. Menjadi bahan edukasi bagi masyarakat mengenai faktor risiko penyakit sifilis.
- c. Sebagai bahan tambahan referensi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Definisi Sifilis

Sifilis adalah penyakit infeksi bakteri sistemik yang disebabkan oleh Bakteri *spirochete*, *Treponema pallidum*, yang dapat ditransmisikan secara seksual maupun secara vertikal dari ibu hamil ke janinnya. Karena manifestasi klinisnya yang beragam, penyakit ini dijuluki sebagai “peniru yang hebat” atau “*the great imitator*” (Tudor, 2023). Perjalanan penyakit sifilis bersifat kronis dan tahap infeksi melalui berbagai fase yang dimulai dengan tahap sifilis primer, sekunder, dan laten dini yang disebut sebagai sifilis dini kemudian dilanjutkan dengan tahap laten lanjut dan tahap tersier yang disebut sebagai sifilis lanjut. Tahap laten sifilis dapat berlangsung selama bertahun-tahun dan tidak menunjukkan gejala atau bersifat asimtomatis. Namun, perlu diketahui bahwa pada sifilis dini atau pada tahap primer, sekunder, dan tersier penderita sifilis dapat menularkan infeksinya dan durasi waktu bagi sifilis dini berlangsung hingga satu atau dua tahun (CDC, 2022). Sifilis yang ditransmisikan secara vertikal dari ibu hamil yang menderita sifilis kepada janinnya dapat memberi gejala asimtomatis ataupun memberi gejala beragam sesaat setelah kelahiran. Sifilis yang diderita pada bayi yang ditransmisikan oleh ibunya juga melewati tahap infeksi berupa sifilis kongenital dini dan sifilis kongenital lanjut. (Wahab, 2015).

### 2.2 Etiopatogenesis Sifilis

Bakteri *Treponema pallidum* merupakan penyebab penyakit sifilis. Genus *Treponema* adalah bakteri berbentuk spiral dengan membran luar fosfolipid kaya yang termasuk dalam ordo *Spirochetales*. Bakteri ini memiliki tingkat metabolisme yang lambat, karena dibutuhkan waktu rata-rata 30 jam untuk berkembang biak. *T. pallidum* merupakan satu-satunya agen treponemal yang menyebabkan penyakit kelamin. Satu-satunya reservoir bagi organisme ini adalah manusia dan tidak ada reservoir hewan.

Sifilis dianggap sebagai penyakit menular seksual, karena sebagian besar kasus ditularkan melalui kontak vagina, anogenital, dan orogenital. Infeksi ini jarang tertular melalui kontak nonseksual, seperti kulit ke kulit, atau melalui darah (transfusi darah atau berbagi jarum suntik). Penularan vertikal terjadi secara transplasenta yang mengakibatkan sifilis kongenital (Tudor, M. et al., 2023). Bakteri *T. pallidum* memiliki kemampuan untuk menembus *barrier* retina, plasenta, dan sawar darah otak sehingga dapat menimbulkan komplikasi serius (Lithgow et al., 2020).

*T. pallidum* memiliki pola *pathogen-associated molecular patterns* (PAMPs) terpajan yang terbatas di permukaan membran selnya, hal ini memungkinkan bakteri ini menghindari mekanisme imunitas bawaan inang sehingga memfasilitasi replikasi lokal dan penyebaran awal. Antigenisitas permukaannya yang terbatas mendorong penghindaran respon imun adaptif atau pengenalan



antibodi sehingga bakteri ini bersifat persisten terhadap respon imun adaptif inang (Radolf, J. D. et al., 2006). Secara kolektif, sifat-sifat ini membuat *T. pallidum* mendapat julukan sebagai 'patogen tersembunyi' (Radolf, J. D. et al., 2016).

Penularan sifilis terjadi melalui kontak seksual dengan pasangan yang infeksius, eksudat yang mengandung sedikitnya sepuluh organisme dapat bersifat menular. *T. pallidum* dapat menembus membran mukosa atau masuk melalui abrasi pada kulit yang keratinisasinya lebih sedikit, seperti di daerah perigenital dan perianal (LaFond, R. E. et al., 2006). Untuk menimbulkan infeksi, *T. pallidum* harus menempel pada sel epitel dan komponen matriks ekstraseluler, fibronektin dan laminin adalah substrat utama untuk interaksi ini (Ke, W. et al., 2015). Saat berada di bawah epitel, *T. pallidum* bermultiplikasi secara lokal dan mulai menyebar melalui sistem limfatik dan aliran darah. *T. pallidum* menembus matriks ekstraseluler dan *cell junction* melalui gerakan 'stop and go' yang mengoordinasikan motilitas dan didukung oleh gerakan bergelombang yang dihasilkan oleh rotasi flagella bakteri dan dibantu oleh aktivitas proteolitik TP0751 (Harman, M. et al., 2013).

Infeksi akan menjadi sistemik setelah beredar selama beberapa jam tetapi tanda-tanda klinis dan serologis belum jelas. Sifilis memiliki masa inkubasi selama 9 hingga 90 hari (Gossmann, 2022). *T. pallidum* akan menimbulkan lesi primer berupa ulkus pada lokasi pertama terjadinya infeksi pada tubuh inang. Ulkus primer ini akan menetap selama satu hingga enam minggu kemudian dapat sembuh dengan sendirinya. Fase primer ini akan dilanjutkan oleh fase sekunder yang ditandai dengan erupsi ruam di seluruh tubuh yang terjadi setelah enam minggu hingga enam bulan terhitung dari saat pertama infeksi. Ruam pada fase sekunder dapat hilang dengan sendirinya dalam waktu dua hingga enam minggu. Di fase sekunder ini juga dapat terjadi sifilis *meningovascular* karena terjadinya endarteritis obliterans yang disebabkan oleh oklusi arteri distal karena respon imun terhadap *T. pallidum* (Wahab, A. A. et al., 2015).

Seiring dengan berlanjutnya infeksi, antibodi terus melawan *T. pallidum* hingga permukaan *T. pallidum* menjadi miskin antigen dan kapasitasnya untuk membetuk variasi antigen habis sehingga tahap infeksi mulai memasuki periode tanpa gejala yang disebut periode latensi. Ketika berada dalam kondisi laten, organisme *T. pallidum* dapat bertahan selama bertahun-tahun pada individu yang tidak diobati. Fase laten dilanjutkan oleh fase tersier ketika terjadi manifestasi klinis seperti respon inflamasi lokal pada arteri maupun jaringan sekitar duramater atau piamater pada sistem saraf pusat yang disebut sebagai *gumma*, sifilis kardiovaskular, serta neurosifilis (Radolf, J. D. et al., 2014).

Transmisi sifilis kongenital dapat terjadi pada saat proses persalinan dan kehamilan melalui rute transplasenta. *T. pallidum* dapat menginfeksi janin melalui rute transplasenta pada usia kehamilan sembilan hingga sepuluh minggu. Sifilis pada fase primer dan sekunder memiliki peluang risiko sebesar 60-80% akan ditularkan secara transplasenta pada janin, di mana dampak dari

infeksi tersebut sekitar 50% dapat berupa kelahiran prematur maupun kematian perinatal. Ibu hamil penderita sifilis fase laten memiliki risiko penularan sebesar 40% terhadap janinnya. Janin yang lahir dari ibu hamil penderita infeksi sifilis pada fase sifilis lanjut yang tidak diterapi dapat menyebabkan dampak berupa infeksi kongenital dan angka kematian perinatal meningkat hingga sepuluh kali lipat (Queensland Clinical Guideline, 2018).

### 2.3 Epidemiologi Sifilis

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), terdapat kurang lebih 374 juta penderita baru IMS di antara orang-orang berusia 15 hingga 49 tahun yang muncul setiap tahun di seluruh dunia, dengan sifilis menyumbang 21,7% dari total tersebut dan didapatkan sebesar 7,1 juta penderita sifilis pada tahun 2020. Selain itu, diperkirakan ada satu juta penderita baru IMS setiap hari di seluruh dunia. Berdasarkan data WHO pada tahun 2020, angka kematian akibat sifilis mencapai 2,166 (0,13%) dari total kematian di seluruh dunia (WHO, 2020). Benua Afrika menempati prevalensi sifilis tertinggi di dunia dan lebih dari 60% kasus baru sifilis terdapat pada negara-negara berpendapatan menengah ke bawah (Newman, L. et al., 2013). Beberapa negara secara sistematis memantau sifilis menunjukkan peningkatan signifikan dalam kasus sifilis pada LSL dan sifilis kongenital. Secara global, diperkirakan 7,5% LSL menderita sifilis dibandingkan dengan 0,5% dari laki-laki populasi umum. (WHO, 2023).

Pada perkiraan terakhir di tahun 2016, 7 dari 1.000 wanita hamil menderita sifilis. Kasus sifilis pada ibu ini menyebabkan sekitar 143.000 kematian janin dini dan lahir mati, 61.000 kematian neonatal, 41.000 kelahiran prematur atau berat badan lahir rendah, dan 109.000 bayi dengan sifilis kongenital klinis di seluruh dunia (WHO, 2023).

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan terdapat peningkatan kasus sifilis dalam kurun waktu 2016 hingga 2022, yaitu dari 12 ribu kasus menjadi 21 ribu kasus dengan rata-rata peningkatan kasus setiap tahunnya mencapai 17 ribu hingga 20 ribu kasus (Kemenkes RI, 2022). Data dari WHO pada tahun 2020 melaporkan bahwa Indonesia menempati posisi 51 di dunia untuk angka kematian akibat sifilis, yaitu sebesar 0,65 per 100.000 orang (WHO, 2020).

Menurut data IMS yang diperoleh dari Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual Triwulan II Tahun 2022 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sifilis dini menempati urutan pertama dengan 8.353 kasus di Indonesia dan sifilis lanjut menempati urutan keenam dengan 1.970 kasus dari Januari hingga Juni 2022. Jumlah kasus PIMS tertinggi berdasarkan kelompok risiko adalah LSL (4.824), WPS (4.756), pasangan suami istri (4.113), pelanggan PS (1.857), waria (451), pengguna Napza suntik (37), dan PPS (35). Penderita sifilis didominasi oleh kelompok usia 25-49 tahun sebanyak 63%, kelompok usia 20-24 tahun sebanyak 23%, dan kelompok usia 15-19 tahun sebanyak 6% (Kemenkes RI, 2022).

Pada tahun 2022, jumlah pasien yang dites sifilis di Sulawesi Selatan adalah 3.590 orang laki-laki dan 18.342 orang perempuan dengan total 21.932 pasien. Jumlah pasien sifilis yang diobati berdasarkan jenis kelaminnya pada tahun 2022 adalah 97 orang (81,51%) laki-laki dan 22 orang (18,48%) perempuan (Dinkes Prov. Sulsel, 2022). Berdasarkan jumlah kunjungan layanan PIMS, kelompok risiko penderita sifilis pada tahun 2019 termasuk 331 WPS, 10 WPS, 173 waria, 749 LSL, 94 penasun, 76 pasangan risti, 31 pasangan penjaja seks, dan 8.523 lainnya (Dinkes Prov. Sulsel, 2019).

## **2.4 Faktor Risiko Sifilis**

Sejumlah penelitian telah dilakukan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya infeksi sifilis. Penelitian sebelumnya mengenai faktor risiko kejadian penyakit sifilis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan di PPSKW Dinas Sosial Mattirodeceng Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2023 dengan 150 responden menemukan bahwa faktor pekerjaan ( $OR=76,000$ ) merupakan faktor risiko yang paling berkorelasi dengan kasus sifilis. (Anggraeni, 2023). Penelitian lain yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 2019 menemukan hasil faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya infeksi sifilis dan HIV adalah faktor risiko usia ( $p=0,0221$ ), jenis kelamin ( $p=0,0242$ ), status pernikahan ( $p=0,048$ ), orientasi seksual ( $p=0,048$ ), dan model penularan ( $p=0,044$ ) (Yuindartanto et al., 2022). Serta pada penelitian lain yang dilakukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada 186 pasien di tahun 2023 didapatkan hasil yang sama pada faktor jenis kelamin ( $p=0,001$ ) dan pekerjaan ( $p=0,027$ ) (Umniya, 2023).

### **2.4.1 Faktor Risiko Usia terhadap Sifilis**

Sifilis paling sering terjadi pada usia puncak aktivitas seksual. Prevalensi sifilis yang lebih tinggi pada usia dewasa disebabkan karena orang dewasa memiliki aktivitas seksual yang lebih aktif. Pada tahun 2022, angka sifilis tertinggi pada pria Amerika Serikat dilaporkan pada kelompok usia antara 30-34 tahun dengan 70,5 kasus per 100.000 penduduk (Elflein, J., 2024). Berdasarkan data dari Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual Triwulan II Tahun 2022 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, penderita sifilis di Indonesia didominasi usia 25-49 tahun dengan persentase 63%, disusul oleh kelompok usia 20-24 tahun sebanyak 23%, 15-19 tahun sebanyak 6%, di atas 50 tahun sebanyak 5%, di bawah 4 tahun sebanyak 3%, dan 5-15 tahun sebanyak 0,24% (Kemenkes RI, 2022). Sedangkan, penelitian yang dilakukan di Guangdong, China pada tahun 2004-2019 melaporkan terdapat 34.699 kasus sifilis (48,8%) pada kelompok usia di atas 50 tahun dan 36.356 kasus sifilis (51,2%) pada kelompok usia 15-49 tahun (Wang et al., 2021).

Kesehatan seksual di kalangan lansia merupakan perhatian penting mengingat meningkatnya angka HIV dan penyakit menular seksual (PIMS)

lainnya, terutama sifilis. Rendahnya persepsi terhadap risiko pribadi terhadap IMS, terbatasnya pengetahuan tentang IMS dan penularan IMS, serta stigma terkait dengan mengunjungi klinik IMS berkontribusi terhadap pendeteksian yang terlambat pada orang dewasa yang lebih tua. Faktor-faktor ini mungkin juga menjelaskan orang lansia lebih sering diklasifikasikan sebagai memiliki mode penularan yang tidak diketahui dibandingkan dengan orang dewasa muda (Bodley-Tickell, A. T. et al., 2008).

Studi menunjukkan bahwa orang lansia penderita PIMS lebih mungkin terdeteksi lebih lambat dan berisiko lebih tinggi terkena komplikasi yang lebih parah dibandingkan dengan orang dewasa muda (Minichiello, V. et al., 2012). Terdapat tren peningkatan yang signifikan pada sifilis tersier yang baru terdiagnosis pada orang lansia yang menunjukkan korelasi yang signifikan antara diagnosis sifilis yang lambat dan usia tua. Sifilis lanjut atau fase tersier dapat bermanifestasi bertahun-tahun setelah infeksi yang dapat berupa *gumma*, penyakit kardiovaskular, atau penyakit sistem saraf pusat yang akan memiliki prognosis lebih buruk pada orang lansia dibandingkan dengan orang dewasa muda (Chen, Z. Q. et al., 2007). Hal ini mengkhawatirkan di kalangan orang lansia karena hal ini semakin meningkatkan angka morbiditas yang sudah lebih tinggi pada kelompok usia ini dibandingkan dengan orang yang lebih muda. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa orang lansia menunjukkan periode laten yang lebih lama antara pengenalan gejala dan presentasi klinis dibandingkan orang yang lebih muda (Tavoschi, L. et al., 2017).

#### **2.4.2 Faktor Risiko Jenis Kelamin terhadap Sifilis**

Berdasarkan data penyakit sifilis di Amerika Serikat pada tahun 2022, dilaporkan bahwa jenis kelamin pria memiliki jumlah kasus yang lebih tinggi, 26,8 kasus per 100.000 pria, dibandingkan dengan jenis kelamin wanita, yaitu 8,7 kasus per 100.000 wanita di semua kelompok usia (Elflein, J., 2024). Hasil yang sama juga didapatkan pada distribusi pasien sifilis berdasarkan jenis kelaminnya di Sulawesi Selatan pada tahun 2022, yaitu terdapat 97 orang (81,51%) pria dan 22 orang (18,48%) wanita (Dinkes Prov. Sulsel, 2022). Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD H. Abdul Moeloek Lampung pada tahun 2023 melaporkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin ( $p=0,001$ ) dengan kejadian sifilis, di mana pria berisiko 3,44 kali mengalami sifilis dibandingkan dengan wanita (Umniya et al., 2023).

Jenis kelamin memainkan peran penting dalam menentukan dorongan seksual, fisik, dan emosi, dengan pria cenderung memiliki dorongan yang lebih dominan daripada wanita. Hal ini tercermin dalam aktivitas seksual yang lebih aktif pada pria, yang mengakibatkan mereka lebih berisiko terkena PIMS, seperti sifilis. Aktivitas seksual yang lebih tinggi pada pria menjadi faktor risiko utama dalam penularan penyakit ini, karena mereka cenderung lebih sering melakukan kontak seksual dibandingkan

dengan wanita. Dalam konteks ini, perbedaan dalam dorongan seksual dan pola perilaku seksual antara pria dan wanita menjadi faktor yang signifikan dalam penyebaran penyakit seperti sifilis. Oleh karena itu, pemahaman akan peran jenis kelamin dalam konteks dorongan seksual dan aktivitas seksual menjadi penting dalam memahami hubungan faktor risiko jenis kelamin dengan kejadian sifilis (Yuindartanto et al., 2022). Jumlah kasus sifilis yang lebih besar pada jenis kelamin pria juga bisa disebabkan karena faktor orientasi seksual, seperti laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (Schimith, R. et al., 2019).

#### **2.4.3 Faktor Risiko Tingkat Pendidikan terhadap Sifilis**

Penelitian yang dilakukan di Rwanda pada Juni-November 2013 melaporkan bahwa wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki prevalensi sifilis yang lebih tinggi (1,2%) dibandingkan dengan kelompok tingkat pendidikan sekunder dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi (0,4%) (Mutagoma, M. et al., 2016). Tingkat pendidikan berkorelasi dengan tingkat kesadaran masyarakat terhadap sosialisasi mengenai infeksi menular seksual, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi tingkat partisipasi masyarakat dalam mencari pengobatan di pusat kesehatan. Studi telah mengindikasikan bahwa individu dengan tingkat pendidikan yang rendah memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap infeksi menular seksual dan kemungkinan mengalami komplikasi (Slurink et al., 2021).

Sosiodemografi yang kurang baik dapat mengakibatkan adopsi perilaku seksual yang berisiko. Ketika sosialisasi mengenai pentingnya penggunaan kondom dan praktik seks yang aman minim, kemungkinan terjadinya kasus sifilis dapat meningkat. Kurangnya pemahaman tentang cara-cara melindungi diri dari penyakit menular seksual dapat memperburuk situasi, terutama di komunitas dengan akses terbatas terhadap informasi kesehatan dan layanan medis. Oleh karena itu, peningkatan kesadaran dan edukasi mengenai praktik seks yang aman menjadi kunci dalam upaya pencegahan sifilis dan penyakit menular seksual lainnya (Costa de Macêdo et al., 2017).

#### **2.4.4 Faktor Risiko Jenis Pekerjaan terhadap Sifilis**

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2019 melaporkan bahwa terdapat hubungan antara faktor risiko jenis pekerjaan ( $OR=76,000$ ) dengan kejadian sifilis (Anggraeni, D., 2023). Hasil yang sama didapatkan pada penelitian yang dilaksanakan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung pada tahun 2023 yang melaporkan bahwa terdapat hubungan antara faktor risiko jenis pekerjaan ( $p=0,027$ ) dengan kejadian sifilis. Berdasarkan jumlah kunjungan layanan PIMS, kelompok risiko penderita sifilis pada tahun 2019 berdasarkan profesi termasuk 331 WPS, 31 pasangan penjaja seks, dan 8.523 lainnya (Dinkes

Prov. Sulsel, 2019). Berdasarkan hasil penelitian dilaporkan terdapat pasien sifilis yang bekerja sebanyak 57 orang (68,7%) dan yang tidak bekerja sebanyak 26 orang (31,3%). Hasil ini didukung dengan data penderita HIV dengan koinfeksi sifilis dengan kelompok pasien yang bekerja sebagai karyawan swasta sebanyak 28%, pelajar dan pengangguran sebanyak 16%, supir sebanyak 12% dan guru sebanyak 8% (Yuindartanto et al., 2022). Jenis pekerjaan dapat meningkatkan mobilitas dan interaksi yang berisiko memunculkan hubungan seksual yang mengarah pada perilaku seksual yang tidak sehat sehingga memudahkan transmisi infeksi menular seksual (Nabukenya et al., 2020).

#### **2.4.5 Faktor Risiko Status Pernikahan terhadap Sifilis**

Penelitian yang melibatkan 25 pasien sifilis yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mendapatkan hasil pasien sifilis dengan koinfeksi HIV sebanyak 13 (52%) orang dengan status tidak menikah dan 12 (48%) orang dengan status menikah ( $p=0,048$ ) (Yuindartanto et al., 2022). Dalam penelitian lain, wanita yang menderita sifilis dengan koinfeksi HIV memiliki karakteristik status pernikahan, di mana didapatkan hasil menikah 57,57%, lajang 33,66%, bercerai 5,53%, dan janda 3,24%. Analisis antara status pernikahan dan kejadian sifilis dengan koinfeksi HIV menunjukkan hasil positif pada pasien menikah (OR 2,8;  $p<0,01$ ) (Galinari & Demarchi, 2021). Lamanya pernikahan mungkin menjadi faktor perlindungan bagi pria dan wanita terhadap sifilis dan infeksi HIV.

Berapapun lamanya pernikahan, perbedaan usia lebih dari 10 tahun antara suami dan istri meningkatkan kemungkinan terjadinya perilaku seksual berisiko dan berhubungan seks dengan banyak orang (berganti pasangan). Tingkat pendidikan, budaya, dan adat istiadat masing-masing pasangan dapat mempengaruhi perilaku seksual dan penularan penyakit menular seksual, khususnya sifilis dan HIV (Han et al., 2022).

#### **2.4.6 Faktor Risiko Jumlah Pasangan terhadap Sifilis**

Hasil penelitian yang dilakukan di Pusat Kesehatan Reproduksi Kotaraja Jayapura pada tahun 2023 melaporkan bahwa terdapat hubungan antara faktor risiko jumlah pasangan ( $p=0,000$ ) dengan kejadian sifilis di mana pasien dengan jumlah pasangan seksual kurang dari dua terdapat sebanyak 11 orang (21,2%) dan lebih dari dua pasangan seks sebanyak 24 orang (64,9%). Pusat Kesehatan Reproduksi Jayapura menemukan bahwa kelompok dengan dua atau lebih pasangan seksual memiliki faktor risiko 3,480 kali lebih tinggi terkena sifilis dibandingkan kelompok dengan kurang dari dua pasangan seksual (Patanduk et al, 2023). Hasil penelitian ini sebanding dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Teladan Medan pada tahun 2019 yang menemukan hubungan yang signifikan antara jumlah dua atau lebih pasangan seksual dengan kejadian sifilis ( $p=0,001$ ) (Rosa et

al, 2019). Salah satu faktor risiko penularan penyakit menular seksual adalah jumlah pasangan seksual. Semakin banyak jumlah pasangan seksual maka semakin besar pula risiko tertular sifilis/IMS dari pasangan seksual (Nari et al, 2015).

#### **2.4.7 Faktor Risiko Orientasi Seksual terhadap Sifilis**

Penelitian yang melibatkan 25 pasien sifilis yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mendapatkan hasil terdapat pengaruh orientasi seksual terhadap kejadian sifilis dengan koinfeksi HIV ( $p=0,048$ ) dengan orientasi seksual terbanyak adalah homoseksual sebanyak 12 orang (48%), biseksual sebanyak 7 orang (28%), dan heteroseksual sebanyak 6 orang (24%) (Yuindartanto et al., 2022). Menurut data IMS yang diperoleh dari Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual Triwulan II Tahun 2022 dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah kasus PIMS tertinggi berdasarkan kelompok risiko adalah LSL (4.824) (Kemenkes RI, 2022). Berdasarkan jumlah kunjungan layanan PIMS, kelompok risiko penderita sifilis pada tahun 2019 termasuk 749 LSL (Dinkes Prov. Sulsel, 2019).

#### **2.4.8 Faktor Risiko Riwayat PIMS terhadap Sifilis**

Hasil penelitian yang dilakukan di Pusat Kesehatan Reproduksi Kotaraja Jayapura pada tahun 2023 melaporkan bahwa terdapat hubungan antara faktor risiko Riwayat PIMS ( $p=0,000$ ) dengan kejadian sifilis di mana terdapat 28 pasien (82,4%) dengan riwayat PIMS sebelumnya dan 7 pasien (17,6%) tanpa riwayat PIMS sebelumnya. Pusat Kesehatan Reproduksi Jayapura menemukan bahwa kelompok dengan Riwayat PIMS memiliki faktor risiko 6,471 kali lebih tinggi terkena sifilis dibandingkan kelompok tanpa Riwayat PIMS (Patanduk et al, 2023). Temuan dari penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan di Puskesmas Teladan Medan pada tahun 2019 yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara riwayat penyakit seksual dan kejadian sifilis ( $p=0,002$ ) (Rosa et al, 2019).

#### **2.4.9 Faktor Risiko Model Penularan terhadap Sifilis**

Penelitian yang melibatkan 25 pasien sifilis yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya mendapatkan hasil terdapat pengaruh mode transmisi terhadap kejadian sifilis dengan koinfeksi HIV ( $p=0,044$ ) dengan mode transmisi seksual (vagina, *anogenital*, dan *orogenital*) terbanyak sebesar 21 pasien (84%), penularan non seksual sebanyak 2 pasien (8%), dan tindakan medis serta transmisi vertikal ibu ke janin sebanyak 1 pasien (4%) (Yuindartanto et al., 2022).

### **2.5 Manifestasi Klinis Sifilis**

Sifilis kongenital dan sifilis akuisita (didapat) merupakan dua tipe sifilis. Sifilis kongenital adalah jenis yang muncul sejak bayi dan ditularkan oleh ibu selama kehamilan atau persalinan. Sementara itu, sifilis akuisita ditularkan terutama melalui hubungan seksual, di mana patogen masuk melalui membran mukosa atau luka pada kulit akibat kontak seksual dengan penderita.

### 2.5.1 Sifilis Akuisita

#### a. Sifilis Dini

##### i. Sifilis Primer (S I)

Masa tunas sifilis biasanya berlangsung dua hingga empat minggu, di mana *T. pallidum* masuk melalui selaput lendir atau kulit yang mengalami lesi, umumnya melalui hubungan seksual. Setelah itu, bakteri ini berkembang biak dan menyebar melalui jalur limfogen dan hematogen. Gejala awal muncul sebagai papul lentikular yang erosi dan menjadi ulkus bulat dan soliter, dengan dasar jaringan granulasi merah bersih. Ulkus ini disebut ulkus durum, bersifat indolen, dan terletak di genital eksternal. Pada pria, sering di sulkus koronarius, sementara pada wanita di labia minor dan mayor. Lesi juga dapat muncul di area ekstragenital seperti lidah dan anus. Afek primer sembuh dalam tiga hingga sepuluh minggu, dan seminggu setelahnya, biasanya terjadi pembesaran kelenjar getah bening inguinalis medialis. Jika tidak ada afek primer, istilah *sifilis d'emblee* digunakan, di mana kuman masuk ke jaringan lebih dalam melalui transfusi darah atau suntikan.

##### ii. Sifilis Sekunder (S II)

Sifilis tahap kedua (S II) biasanya muncul enam hingga delapan minggu setelah tahap pertama (S I), dengan sekitar sepertiga kasus masih menunjukkan gejala S I. Durasi S II bisa mencapai sembilan bulan dan sering disertai gejala seperti anoreksia, penurunan berat badan, malaise, nyeri kepala, dan demam ringan. Kelainan kulit pada S II, yang dikenal sebagai "*the great imitator*," dapat menyerupai berbagai penyakit lain dan juga memengaruhi mukosa, rambut, kuku, kelenjar getah bening, mata, hati, tulang, dan saraf. Kelainan yang basah lebih menular daripada yang kering, dan kondisi seperti kondilomata lata sangat menular. Gejala khas S II adalah kelainan kulit yang tidak gatal dan sering disertai limfadenitis generalisata. Pada tahap awal, kelainan muncul di telapak tangan dan kaki. S II dini ditandai dengan kelainan kulit yang generalisata dan cepat hilang, sedangkan S II lanjut bersifat setempat, tidak simetrik, dan lebih lama bertahan. Lesi dapat berbentuk roseola, papul, dan pustul, atau bentuk lain.



iii. Sifilis Laten Dini

Laten berarti tidak ada gejala klinis atau kelainan, termasuk pada organ dalam, tetapi infeksi masih aktif. Tes serologis darah menunjukkan hasil positif, sementara tes likuor serebrospinalis negatif. Tes yang dianjurkan adalah VDRL dan TPHA.

iv. Stadium Rekuren

Relaps dapat muncul secara klinis dengan kelainan kulit yang mirip S II, atau secara serologis di mana hasil yang sebelumnya negatif menjadi positif. Ini umumnya terjadi pada sifilis yang tidak diobati atau yang menerima pengobatan yang tidak memadai. Biasanya, bentuk relaps adalah S II, namun kadang-kadang bisa berupa S I. Relaps juga dapat terjadi di lokasi afek primer dan disebut monorecivide. Selain itu, relaps dapat memengaruhi mata, tulang, organ dalam, dan sistem saraf, serta dapat menyebabkan kelahiran bayi dengan sifilis kongenital.

b. Sifilis Lanjut

i. Sifilis Laten Lanjut

Sifilis laten lanjut biasanya tidak menular, diagnosis ditentukan melalui pemeriksaan tes serologis. Masa laten dapat berlangsung beberapa tahun hingga bertahun-tahun, bahkan seumur hidup. Likuor serebrospinalis perlu diperiksa untuk menyingkirkan neurosifilis asimtomatik. Pemeriksaan sinar-X aorta juga penting untuk mendeteksi adanya aoritis. Selain itu, perlu diperiksa apakah ada bekas S I pada alat genital atau leukoderma di leher yang menunjukkan bekas S II (*color of Venus*). Terkadang, terdapat juga banyak kulit hipotrofi lentikular di area bekas papul S II.

ii. Sifilis Tersier (S III)

Lesi pertama sifilis biasanya muncul antara tiga hingga sepuluh tahun setelah S I. Guma adalah infiltrat kronis yang lunak dan destruktif, bervariasi ukuran dari lentikular hingga sebesar telur ayam. Awalnya, kulit di atasnya tidak meradang, tetapi setelah beberapa bulan mulai lunak, eritematosa, dan akhirnya mengalami perforasi yang mengeluarkan cairan seropurulen. Guma bisa soliter atau multipel, umumnya asimetrik, dan tanpa gejala umum, kecuali jika guma multipel dan lunak cepat, yang dapat disertai demam. Guma juga ditemukan pada mukosa, tulang, dan organ dalam.

Selain guma, kelainan lain adalah nodus, yang tumbuh lambat di kulit dan dapat membentuk ulkus. Nodus lebih kecil, lebih banyak, dan sering berkonfluensi. Kelenjar getah bening

regional biasanya tidak membesar. Kelainan jarang terjadi adalah *nodositas juxta articulares*, berupa nodus subkutan fibrotik yang tidak melunak.

### 2.5.2 Sifilis Kardiovaskular

Sifilis kardiovaskular muncul pada S III setelah 15-30 tahun, umumnya pada usia 40-50 tahun, dengan insidensi pria lebih tinggi. Infiltrasi perivaskular di aorta dapat menyebabkan iskemia, aneurisma, dan kerusakan katup. Aortitis sering memengaruhi arteria koronaria, menyebabkan angina pektoris dan, kadang-kadang, heart block. Aneurisma aorta ascendens bisa menyebabkan gejala seperti benjolan di dada dan kompresi trakea. Aneurisma arkus aorta dapat menekan organ mediastinum, sedangkan aneurisma abdominalis biasanya tanpa gejala. Diagnosis dilakukan dengan sinar-X, dengan tes serologis positif pada 80% kasus.

### 2.5.3 Neurosifilis

Neurosifilis terjadi pada stadium awal, tetapi sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala hingga bertahun-tahun kemudian. Neurosifilis dibagi menjadi empat tipe: neurosifilis asimtomatik, sifilis meningovaskular (sifilis serebrospinalis) yang meliputi kondisi seperti meningitis dan endarteritis sifilitika, sifilis parenkim yang mencakup tabes dorsalis dan demensia paralitika, serta guma, dengan frekuensi masing-masing diperkirakan 20%, 20%, 60%, dan sangat jarang.

**Tabel 1. Stadium dan Manifestasi Klinis Sifilis Akuisita**

Stadium	Manifestasi Klinis	Durasi	
<b>Sifilis Dini</b>	Primer (S I)	Papul lentikular, ulkus durum, lesi genital dan ekstragenital, pembesaran KGB inguinalis, dan sifilis <i>d'emblee</i> .	2-4 minggu
	Sekunder (S II)	Anoreksia, malaise, nyeri kepala, demam, lesi kulit di telapak tangan dan kaki tidak gatal, kondilomata lata, limfadenopati generalisata, <i>patchy alopecia</i> , meningitis, uveitis, dan retinitis.	6-8 minggu
	Laten dini	Asimtomatik	<1 tahun
	Rekuren	Relaps gejala S I atau S II	<1 tahun
<b>Sifilis Lanjut</b>	Laten lanjut	Neurosifilis asimtomatik, aortitis, bekas S I di genital, leukoderma di leher, dan kulit hipotrofi lentikular di area bekas papul S II ( <i>color of Venus</i> ).	>1 tahun

Tersier	Guma, nodus, dan <i>nodositas juxta articulares</i>	3-10 tahun
Sifilis kardiovaskular	Enarteritis, aortitis, angina pektoris, <i>heart block</i> , miokarditis, guma, aneurisma aorta	15-30 tahun
Neurosifilis	Asimtomatik, nyeri kepala, gejala neurologis fokal atau difus, penurunan kesadaran, tabes dorsalis, demensia paralitika, TIK meningkat, paralisis nervus kranial, hemiparese, dan hemiplegia.	1-20 tahun

#### 2.5.4 Sifilis Kongenital

Sifilis kongenital pada bayi terjadi jika ibu terinfeksi sifilis, terutama sifilis dini, yang memungkinkan *Treponema pallidum* memasuki janin melalui plasenta pada kehamilan 10 minggu. Gejala pada wanita hamil biasanya ringan, tetapi infeksi yang tidak diobati dalam tahun pertama dapat menular hingga 90%. Risiko bayi terinfeksi mencapai 80% jika ibu menderita sifilis laten dini dan 30% jika sifilis lanjut. Pada kehamilan berikutnya, risiko infeksi janin menurun.

Sifilis kongenital dibagi menjadi tiga kategori: dini (prekoks), lanjut (tarda), dan stigmata. Sifilis dini bersifat menular dan mirip dengan S II, sedangkan sifilis lanjut berbentuk guma dan tidak menular. Stigmata mengacu pada jaringan parut atau deformitas akibat penyembuhan dari kedua tahap tersebut.

##### a. Sifilis Kongenital Dini

Kelainan kulit pada bayi dengan sifilis kongenital biasanya muncul saat lahir, berupa bula bergerombol simetris di telapak tangan dan kaki, yang mengandung banyak *T. pallidum*, serta tampak sakit. Pada usia beberapa minggu, erupsi mirip S II muncul, berupa papul atau papulo-skuamosa yang menyebar, dan bisa mengalami erosi di area lembab. Ragades sering terlihat di sudut mulut, hidung, dan anus. Wajah bayi bisa keriput karena penurunan berat badan, dan alopesia mungkin terjadi. Di selaput lendir mulut, bisa muncul *plaque muqueuses*, menyebabkan rinitis yang sangat menular.

Organ lain seperti hati dan limpa juga terpengaruh, sering membesar akibat infeksi, serta ginjal dengan gejala ringan. Tulang dapat mengalami osteokondritis, menyebabkan nyeri dan bengkak, dikenal sebagai *pseudo paralysis* Parrot. Sekitar 10% bayi mengalami neurosifilis aktif, yang bisa menyebabkan konvulsi dan gangguan perkembangan otak. Komplikasi seperti meningitis juga mungkin terjadi, dengan dampak pada sistem saraf yang dapat menyebabkan hemiplegia atau diplegia.

##### b. Sifilis Kongenital Lanjut

Sifilis tertier umumnya muncul antara usia tujuh hingga lima belas tahun, menyerang kulit, tulang, selaput lendir, dan organ dalam. Guma sering terlihat di hidung dan mulut, menyebabkan perforasi dan deformitas.

Periostitis sifilitika pada tibia menghasilkan penebalan (*sabre tibia*), sedangkan osteoperiostitis dapat muncul di tengkorak sebagai Parrot nodus. Keratitis interstisial dapat menyebabkan kebutaan, dengan 25% penderita mengalami ini. Ketulian bilateral dan pembengkakan sendi lutut (*Glutton's joints*) juga mungkin terjadi. Neurosifilis dapat muncul sebagai paralisis generalisata atau tabes dorsalis, sementara aortitis sangat jarang.

c. Stigmata Lesi Dini

Rinitis parah pada bayi dapat menyebabkan kelainan pada struktur wajah dan gigi. Hal ini termasuk depresi jembatan hidung yang disebut *saddle nose* dan pertumbuhan maksila yang lebih kecil dari mandibula, dikenal sebagai *bulldog jaw*. Pada gigi, terdapat gigi Hutchinson yang lebih kecil dan memiliki bentuk abnormal, serta *Moon's molar* atau *mulberry molar* yang memiliki permukaan berbintil. Selain itu, ragades dapat muncul di sudut mulut akibat fisur, dan koroidoretinitis dari sifilis kongenital dapat meninggalkan kelainan permanen di mata. Onikia juga dapat merusak kuku secara permanen.

d. Stigmata Lesi Lanjut

Keratitis interstisial dapat menyebabkan kekeruhan pada lapisan dalam kornea. Guma pada kulit meninggalkan sikatriks hipotropi seperti kertas perkamen, sedangkan pada palatum dan septum nasi dapat menyebabkan perforasi. Osteoporosis gumatosa dapat menyebabkan deformitas seperti *sabre tibia* dan pembesaran abnormal di daerah frontal yang dikenal sebagai *frontal bossing*. Bersama dengan *saddle nose* dan *bulldog jaw*, kelainan ini membentuk *buffdog facies*. Jika serangan terjadi pada sistem saraf pusat, dapat menyebabkan atrofi optikus primer. Trias Hutchinson mencakup keratitis interstisial, gigi Hutchinson, dan kelainan pada nervus VII.

**Tabel 2. Stadium dan Manifestasi Klinis Sifilis Kongenital**

Stadium	Manifestasi Klinis	Durasi
<b>Sifilis Kongenital Dini</b>	Bula simetris di telapak tangan dan kaki, erupsi mirip S II, ragades, <i>old man facies</i> , alopesia, onikia sifilitika, <i>plaque muqueuses</i> , hepatomegali, splenomegali, osteokondritis, dan gejala neurosifilis.	Dari lahir hingga 2 tahun

<b>Sifilis Kongenital Lanjut</b>	Guma di hidung dan mulut, <i>sabre tibia</i> , Parrot nodus, keratitis interstisial, ketulian, <i>Clutton's joints</i> , neurosifilis, dan tabes dorsalis.	>2 tahun
<b>Stigmata Lesi Dini</b>	<i>Saddle nose</i> , gigi Hutchinson, <i>Moon's molar/mulberry molar</i> , regades, koriodoretinitis, dan onikia	
<b>Stigmata Lesi Lanjut</b>	Keratitis interstisial, sikatriks gumatosa, osteoporosis gumatosa, <i>buffdog facies (frontal bossing, saddle nose, bulldog jaw)</i> , atrofi optikus primer, trias Hutchinson (keratitis interstisialis, gigi Hutchinson, ketulian nervus VIII).	

## 2.6 Pemeriksaan Penunjang Sifilis

Diagnosis sifilis bergantung pada kecurigaan klinis yang dikombinasikan dengan pengujian laboratorium untuk mendeteksi infeksi *T. pallidum*. Jika kecurigaan klinis tinggi, pengobatan dapat segera diberikan tanpa menunggu hasil laboratorium (Sewon, 2019). Tes serologi sifilis terdiri atas tiga jenis, yaitu (Djuanda, 2016):

### a. Pemeriksaan *T. pallidum*

Pemeriksaan sifilis dilakukan dengan mengambil serum dari lesi kulit dan mengamati bentuk serta pergerakannya menggunakan mikroskop lapangan gelap selama tiga hari berturut-turut. Jika hasil negatif pada hari pertama dan kedua, lesi dikompres dengan larutan garam faal. Hasil negatif tidak selalu menandakan bukan sifilis, karena jumlah bakteri mungkin terlalu sedikit. *Treponema* terlihat putih di latar belakang gelap dan bergerak lambat, berbeda dengan *Borelia vincentii*. Pemeriksaan pewarnaan Buri menunjukkan bentuk treponema yang mati tanpa pergerakan, dan lesi terus dikompres dengan larutan garam. Teknik fluoresen juga dapat digunakan, namun *T. pallidum* tidak dapat dibedakan secara mikroskopik maupun serologik dari *T. pertenue* dan *T. carateum* (Djuandam, 2016).

### b. Tes Non-*Treponema*

Tes non-*Treponema*, seperti RPR (Rapid Plasma Reagin) dan VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), mendeteksi antibodi terhadap lipid dari sel *T. pallidum* yang hancur. Antibodi ini dapat muncul karena infeksi sifilis, tetapi juga pada kondisi lain seperti infeksi virus akut dan penyakit autoimun kronis, sehingga hasilnya non-spesifik dan bisa positif palsu. Tes ini digunakan untuk mendeteksi infeksi aktif dan memantau terapi, serta lebih murah dibandingkan tes spesifik *Treponema*, sehingga sering dipakai untuk skrining. Jika hasilnya reaktif, dilanjutkan dengan tes spesifik *Treponema* untuk menghemat biaya (Kemenkes, 2013). Contoh tes non-*Treponema* meliputi:

#### i. Tes fiksasi komplemen: Wasserman (WR) dan Kolmer.

- ii. Tes flokulasi: VDRL (*Venereal Disease Research Laboratories*), Kahn, RPR (*Rapid Plasma Reagin*), ART (*Automated Reagin Test*), dan RST (*Reagin Screen Test*).

Di antara tes-tes ini, VDRL dan RPR secara kuantitatif dianjurkan karena lebih mudah, cepat, lebih sensitif dibandingkan Kolmer/Wasserman, dan efektif untuk menilai terapi (Djuanda, 2016).

c. Tes *Treponema*

Tes ini bersifat spesifik karena menggunakan antigen *Treponema* atau ekstraknya dan terbagi menjadi empat kelompok:

- i. Tes imobilisasi: TPI (*Treponemal pallidum Immobilization Test*).
- ii. Tes fiksasi komplemen: RPCF (*Reiter Protein Complement Fixation Test*).
- iii. Tes imunofluoresen: FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*), termasuk IgM, IgG, dan FTA-Abs DS (*Double Staining*).
- iv. Tes hemaglutinisi: TPHA (*Treponemal pallidum Haemagglutination Assay*), 19S IgM SPHA (*Solid-phase Hemabsorption Assay*), HATIS (*Hemagglutination Treponemal Test for Syphilis*), dan MHA-TP (*Microhemagglutination Assay for Antibodies to Treponema Pallidum*) (Djuanda, 2016).

Tes ini dapat menunjukkan hasil positif seumur hidup meskipun terapi sifilis telah berhasil, dan tidak bisa membedakan antara infeksi aktif dan yang telah diterapi dengan baik. Tes *Treponema* hanya mengindikasikan bahwa seseorang pernah terinfeksi *Treponema*, tanpa menentukan apakah infeksi tersebut masih aktif, dan tidak dapat membedakan *T. pallidum* dari infeksi *Treponema* lainnya (Kemenkes, 2013).

Seorang pasien dapat diklasifikasikan memiliki sifilis laten dini jika, dalam tahun sebelum ditemukan tes serologis reaktif, pasien memiliki salah satu dari berikut ini:

- a. Peningkatan titer VDRL/RPR sebanyak empat kali atau lebih.
- b. Gejala sifilis primer dan sekunder dalam anamnesis.
- c. Riwayat kontak seksual dengan seseorang yang didiagnosis atau diduga menderita sifilis primer, sekunder, atau laten dini.
- d. Kontak seksual dengan seseorang yang memiliki tes VDRL atau RPR dan TPHA reaktif.

Pasien dengan durasi infeksi yang tidak jelas harus dianggap mengalami sifilis laten lanjut dan ditangani sesuai kondisi tersebut. Sifilis laten bisa bertahan tanpa batas waktu atau berkembang menjadi tahap tersier (Sewon, 2019).

## 2.7 Diagnosis Banding

- a. Sifilis primer (S I): herpes simpleks, ulkus piogenik, skabies, balanitis, Limfagranuloma venerum (LGV), karsinoma sel skuamosa, penyakit Behcet, ulkus mole.
- b. Sifilis sekunder (S II): erupsi obat alergik, morbilli, pitriasis rosea, psoriasis, dermatitis seboroika, kondiloma acuminatum, dan alopesia areata.
- c. Sifilis tersier (S III): sporotrikosis, aktinomikosis, tuberkulosis kutis gumosa, dan keganasan (Djuanda, 2016).

## 2.8 Tatalaksana Sifilis

Obat pilihan adalah penisilin, yang dapat menembus plasenta untuk mencegah infeksi pada janin dan menyembuhkan janin yang terinfeksi. Selain itu, penisilin juga efektif untuk neurosifilis. Menurut lama kerjanya, terdapat tiga jenis penisilin:

- a. Penisilin G prokain dalam akua memiliki lama kerja 24 jam, sehingga bersifat kerja singkat.
- b. Penisilin G prokain dalam minyak dengan aluminium monostearat (PAM) memiliki lama kerja 72 jam, sehingga bersifat kerja sedang.
- c. Penisilin G benzatin dengan dosis 2,4 juta unit bertahan dalam serum selama 2-3 minggu, sehingga bersifat kerja lama.

**Tabel 3. Ikhtisiar Tatalaksana Sifilis**

<b>Sifilis</b>	<b>Pengobatan</b>
<b>Sifilis primer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penisilin G benzatin dosis 4,8 juta unit secara IM (2,4 juta) dan diberikan satu kali seminggu.</li> <li>2. Penisilin G prokain dalam akua dosis total 6 juta unit, diberi 0,6 juta unit/hari selama 10 hari.</li> <li>3. PAM (penisilin prokain + 2% aluminium monostretrat). Dosis total 4,8 juta unit, diberikan 1,2 juta unit/kali 2 kali seminggu.</li> </ol>
<b>Sifilis sekunder sama seperti sifilis primer</b>	
<b>Sifilis laten</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penisilin G benzatin dosis 7,2 juta unit</li> <li>2. Penisilin G prokain dalam akua, dosis total 12 juta unit (0,6 juta unit/hari)</li> <li>3. PAM dosis total 7,2 juta unit (1,2 juta unit/kali, 2 kali seminggu)</li> </ol>
<b>Sifilis tersier</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penisilin G benzatin dosis 9,6 juta unit</li> <li>2. Penisilin G prokain dalam akua, dosis total 18 juta unit (0,6 juta unit/hari)</li> <li>3. PAM dosis total 9,6 juta unit (1,2 juta unit/kali, 2 kali seminggu)</li> </ol>

Selain penisilin, ada beberapa antibiotik alternatif untuk pengobatan sifilis, meskipun tidak seefektif penisilin. Untuk yang alergi, bisa diberikan tetrasiklin 4 x 500 mg/hari, eritromisin 4 x 500 mg/hari, atau doksisisiklin 2 x 100 mg/hari,

dengan durasi 15 hari untuk stadium I dan II, serta 30 hari untuk stadium laten. Eritromisin kurang efektif pada ibu hamil. Doksisiklin memiliki absorpsi lebih baik (90-100%) dibandingkan tetrasiklin (60-80%). Selain itu, sefaleksin dan seftriakson juga dapat digunakan, sedangkan azitromisin dosis 500 mg sehari efektif untuk S I dan S II dengan penyembuhan 84,4% dalam 10 hari (Djuanda, 2016).