

**Pemberian Terapi Oral Untuk Pasien Uretritis Gonore Dengan Komplikasi Lokal
Pada Pria: Laporan Kasus**

***Administration of Oral Therapy For Gonorrhoeal Urethritis Patients With Local
Complications In Men: Case Reports***

Citra Dwi Harningtyas

Universitas Brawijaya

Jl. Veteran, Malang, Indonesia, 65145

e-mail korespondensi: drcitradwi@gmail.com

Abstrak

Uretritis gonore merupakan penyakit kelamin terbanyak dewasa ini dan dapat ditemukan diseluruh dunia. Ketepatan waktu pengobatan, pemilihan obat yang benar dengan dosis yang adekuat dapat mengeliminasi infeksi yang berdampak pada individu, mencegah terjadinya pengembangan komplikasi, mencegah transmisi lebih lanjut serta menghindari resistensi kuman. Tulisan ini melaporkan, pasien pria usia 24 tahun dengan diagnosa uretritis gonore yang datang ke poliklinik Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Syaiful Anwar Malang. Penderita datang dengan keluhan keluar nanah dari kemaluan tanpa disertai rasa gatal. Pasien juga mengeluh nyeri saat berkemih, serta kencing dalam volume sedikit dan sering. Pada pemeriksaan daerah urifisium uretra eksterna didapatkan ekotropion, discharge purulen, dan makula hiperemi. Terdapat benjolan dan duh pada ujung kemaluan akibat radang pada kelenjar parauretra. Dari pemeriksaan penunjang ditemukan bakteri diplokokus Gram negatif intrasellular PMN. Terapi kausatif yang diberikan adalah Sefiksim 400mg dosis tunggal secara oral. Evaluasi dilakukan 3 hari setelah pengobatan dan didapatkan perbaikan.

Kata kunci: uretritis gonore; terapi oral uretritis; uretritis gonore komplikasi

Abstract

Urethritis gonorrhoea is the most prevalent venereal disease today and can be found all over the world. Timeliness of treatment, correct selection of drugs with adequate doses can eliminate infections that affect the individual, prevent the development of complications, prevent further transmission and avoid germ resistance. This article reports, 24-year-old male patient with a diagnosis of gonore urethritis who came to polyclinic Skin and Veneral at Hospital Syaiful Anwar Malang. Patients come with complaints of pus out of the genitals without itching. Patients also complain of pain during urination, as well as urinating in small volume and often. On examination of external urethra urifisium area obtained ectropion, purulent discharge, and hyperemia macula. There is a lump and duh at the tip of the genitalia caused by inflammation of the paraurethral glands. From the investigation found diplococcus bacteria Gram negative intrasellular PMN. The causative therapy given is a single oral dose of Oral 400mg. Evaluation was done 3 days after treatment and improvement was obtained.

Keywords: gonorrhoea urethritis; oral urethritis therapy; urethritis gonorrhoea complications

Pendahuluan

Urethritis pada pria adalah suatu kondisi peradangan yang ditandai dengan keluarnya duh pada uretra yang purulen atau mukopurulen dan kadang disertai dysuria (CDC, 2015). Patogen utama yang paling sering menyebabkan keluarnya duh uretra adalah *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) dan *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), sehingga dalam penatalaksanaannya harus mencakup kedua organisme ini. Namun jika tersedia fasilitas laboratorium yang memadai, perbedaan dapat dibuat antara dua organisme ini, sehingga pengobatan spesifik dapat diberikan (WHO, 2014).

Gonore terdapat dimana-mana diseluruh dunia dan merupakan penyakit kelamin terbanyak dewasa ini. Tidak ada imunitas bawaan, walaupun bagi orang yang pernah menderita penyakit ini. Juga tidak ada perbedaan mengenai kekebalan antara berbagai suku bangsa, jenis kelamin atau umur (Martiasutik, 2008). WHO memperkirakan bahwa tidak kurang dari 25 juta kasus baru ditemukan setiap tahun di seluruh dunia. Menurut CDC, diperkirakan sekitar 820.000 orang di AS mengalami infeksi gonorrhea baru setiap tahunnya (CDC, 2015; WHO, 2014). Beberapa strain kuman gonokokus di seluruh dunia saat ini resisten terhadap penisilin, tetrasiklin, dan agen antimikroba lama lainnya, sehingga menyebabkan perubahan dalam pengobatan (WHO, 2014; Daili & Nilasari, 2016).

Neisseria gonorrhoeae termasuk golongan diplokok, bersifat tahan asam, berbentuk biji kopi berukuran lebar 0,8 μm dan panjang 1,6 μm . Pada sediaan langsung dengan pewarnaan Gram, bakteri ini bersifat Gram-negatif, tampak di luar dan di dalam leukosit, tidak tahan lama di udara bebas, cepat mati pada keadaan kering, tidak tahan suhu di atas 39C dan tidak tahan zat disinfektan (Daili, 2014). Masing-masing kokus berbentuk ginjal atau biji kopi dengan sisi yang datar berhadapan-hadapan. Bakteri ini patogen pada manusia dan biasanya ditemukan bergabung atau di dalam sel polimorfonuklear (PMN).

Gonokokus menyerang membran mukosa terutama mukosa epitel kuboid atau lapis gepeng yang belum berkembang (imatur) dari saluran genitourinaria, mata, rektum dan tenggorokan. Gonokokus akan melakukan penetrasi permukaan mukosa dan berkembang biak dalam jaringan subepitelial serta menghasilkan berbagai produk ekstraseluler yang dapat mengakibatkan kerusakan sel. Adanya infeksi gonokokus akan

menyebabkan mobilisasi leukosit PMN (polimorfonuklear), menyebabkan terbentuknya mikro abses subepitelial yang pada akhirnya pecah dan melepaskan PMN dan gonokokus (Martiasutik, 2008; Daili, 2014).

Penularan terjadi melalui kontak seksual dengan penderita gonore. Masa inkubasi penyakit sangat singkat, pada pria umumnya bervariasi antara 2-8 hari, dengan kebanyakan infeksi menjadi simptomatik dalam 2 minggu. Kadang-kadang masa inkubasi terjadi lebih lama dan hal ini disebabkan karena penderita telah mengobati diri sendiri, tetapi dengan dosis yang tidak cukup atau gejala sangat samar sehingga tidak diperhatikan oleh penderita. Hanya sekitar 10% dari infeksi ini yang asimtomatik pada pria (Daili & Nilasari, 2016; Garcia *et al.*, 2008). Masa inkubasi pada wanita sulit ditentukan karena pada umumnya asimtomatik, dan baru diketahui setelah terjadinya komplikasi (Daili & Nilasari, 2016).

Gejala klinis untuk infeksi pertama yang paling sering dijumpai pada pria adalah urethritis anterior akuta dan dapat meluas ke proksimal, selanjutnya mengakibatkan komplikasi lokal, asendend dan diseminata. Keluhan subyektif berupa rasa gatal dan panas di bagian distal uretra di sekitar orifisium uretra eksternum kemudian disusul disuria, polakisuria, keluar duh tubuh mukopurulen pada orifisium uretra eksternum yang kadang-kadang disertai darah, dan disertai perasaan nyeri pada waktu ereksi (Daili & Nilasari, 2016). Pada pemeriksaan tampak orifisium uretra eksternum hiperemis, edema dan ektropion. Pada beberapa kasus dapat terjadi pembesaran kelenjar getah bening inguinal media unilateral atau bilateral (Daili & Nilasari, 2016). Pada kebanyakan kasus, laki-laki akan segera berobat karena gejala yang mengganggu sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi lebih lanjut, namun tidak cukup untuk mencegah terjadinya penularan (WHO, 2014).

Gejala yang terjadi pada wanita dengan gonore sering mengenai serviks sehingga terjadi servisititis dengan gejala keputihan. Pada pemeriksaan, serviks yang terinfeksi tampak rapuh dan mengalami edema dengan keluarnya cairan mukopurulen pada ostium. Perempuan yang sedikit atau tidak memperlihatkan gejala menjadi sumber utama penyebaran infeksi dan beresiko mengalami komplikasi (Martiasutik, 2008).

Diagnosis urethritis gonore ditegakkan berdasarkan anamnesa dari adanya coitus suspectus, fellatio, atau cunilingus, dan juga gejala klinis urethritis. Dari

pemeriksaan obyektif ditemukan adanya duh, meningkatnya jumlah PMN pada pemeriksaan Gram dari duh uretra, serta beberapa macam pemeriksaan laboratorium untuk deteksi *Nisseria gonorrhoeae* antara lain pemeriksaan langsung dengan pewarnaan Gram, pembiakan dengan pembenihan Thayer Martin, pemeriksaan enzyme immunoassay dan Polimerase Chain Reaction (PCR) (Martiasutik, 2008; Bachmann *et al.*, 2015).

Dalam menegakkan diagnosis uretritis gonore akut perlu juga untuk menyingkirkan diagnosa pembandingnya, yaitu uretritis non-gonore akut yang disebabkan oleh *Chlamydia trachomatis*, ureaplasma urealyticum, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, jamur dan herpes simplex virus (Martiasutik, 2008).

Komplikasi umumnya akan timbul jika uretritis tidak cepat diobati atau mendapat pengobatan yang kurang adekuat. Disamping itu, penyulit ureteritis gonore pada umumnya bersifat lokal sehingga penjarannya sangat erat dengan susunan anatomi dan faal alat kelamin. Pada pria, komplikasi bisa terjadi secara lokal, asendens, dan diseminata. Komplikasi lokal yang terjadi dapat berupa tysonitis, parauretritis, litritis, cowperitis. Komplikasi asendens berupa prostatitis, vesikulitis, funikulitis, epididimitis, trigonitis. Sedangkan untuk penyulit sistemiknya meliputi *Disseminated Gonococcal Infection* (DGI) dan arthritis gonococcal (Martiasutik, 2008; Daili & Nilasari, 2016).

Secara umum disarankan agar terapi anti-klamidia bersamaan diberikan kepada semua pasien dengan gonore, karena 10-30% penderita dengan infeksi gonore ko-infeksi juga dengan chlamydia. Untuk infeksi klamidia terapi yang direkomendasikan adalah azithromycin 1 g peroral dosis tunggal atau doxycycline 100 mg peroral dua kali sehari selama 7 hari. Azithromycin 1 g ternyata tidak cukup efektif, mahal dan dapat menyebabkan gangguan pada saluran pencernaan, sehingga biasanya dipilih doxycycline sebagai pasangan terapi ganda rutin untuk pengobatan medikamentosa uretritis gonore.

Terapi ganda juga menurunkan perkembangan resistensi bakteri terhadap antimikroba (WHO, 2014; Garcia *et al.*, 2008). Namun tetap yang paling ideal adalah melakukan pemeriksaan penunjang untuk mengetahui organisme penyebab, oleh karena itu pada praktiknya dibedakan antara ada atau tidaknya fasilitas pemeriksaan mikroskopis (Daili & Nilasari, 2016). Pemberian terapi ganda tidak berlaku jika pemeriksaan laboratorium dapat menyingkirkan *C. Trachomatis* sebagai penyebab (Garcia *et al.*, 2008). Untuk pengobatan gonore yang perlu

diperhatikan adalah efektivitas, harga dan ketersediaan obat, dan sedikit mungkin efek toksiknya.

Pengobatan Gonore dipersulit oleh kemampuan *N. gonorrhoeae* untuk mengembangkan resistensi terhadap antimikroba. Sefiksim 400 mg telah banyak digunakan sebagai dosis tunggal pengobatan oral untuk gonore, namun beberapa laporan pengobatan terbaru menunjukkan kegagalan sefiksim 400 mg sebagai pengobatan dosis tunggal. Oleh sebab itu pedoman pengobatan terbaru yang diberikan oleh CDC merekomendasikan Ceftriaxon 250 mg intramuskular dosis tunggal dan Azitromisin 1gr oral dosis tunggal untuk pengobatan infeksi gonokok tanpa komplikasi. Cefixime hanyalah sebuah alternatif pilihan jika pemberian injeksi intramuskular tidak mungkin atau ditolak oleh pasien (CDC, 2015; Bignell & Unemo, 2012).

Pasien juga diberikan terapi non medikamentosa berupa anjuran bila memungkinkan, periksa dan obati pasangan seksual yang kontak dengan pasien 60 hari sebelum timbul gejala (notifikasi pasangan), dianjurkan pula untuk tidak melakukan hubungan seksual (abstinensia) sampai terbukti sembuh secara laboratorius, dan bila tidak dapat menahan diri dianjurkan untuk memakai kondom, melakukan kunjungan ulang untuk tindak lanjut di hari ke-3 dan hari ke-7, serta sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Tidak lupa juga diberikan konseling kepada pasien mengenai penyakit pasien, penyebab dan cara penularannya, komplikasi jika tidak diobati secara tuntas, terapi dan aturan penggunaannya, serta prognosanya (WH, 2014; Martiasutik, 2008).

Ilustrasi Kasus

Penderita RG, pria 24 tahun, suku Jawa, belum menikah. Penderita datang ke poliklinik Kulit Kelamin RSSA Malang tanggal 29 November 2010 dan didiagnosis uretritis Gonore Komplikata. Pasien datang dengan keluhan keluar nanah dari kemaluan tanpa disertai rasa gatal sejak 4 hari yang lalu. Pasien juga mengeluh nyeri saat kencing dan "anyang-anyangen". Tidak didapatkan kencing berwarna merah. Nanah berwarna keputihan. Riwayat melakukan hubungan seksual yang diduga sebagai penyebab keluhan dilakukan 5 hari yang lalu dengan teman wanitanya tanpa menggunakan kondom. Terdapat benjolan pada ujung kemaluan. Tidak ada keluhan nyeri pada kemaluan. Pasien mengeluh "kelenjeren" pada selangkangan sejak 2 hari yang lalu. Pasien tidak merasakan demam. Sejak melakukan hubungan seksual 5 hari yang lalu

pasien tidak melakukan hubungan seksual lagi. Pasien tidak mengeluhkan rasa sakit pada perut bagian bawah. Setelah mengalami gejala tersebut, pasien tidak pernah melakukan pengobatan apapun.

Pada pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis. Status general dalam batas normal, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 22 x/menit, temperatur 36,5 °C. Tidak ditemukan kelainan pada jantung, paru, abdomen, dan ekstremitas. Pemeriksaan kelenjar getah bening inguinal ditemukan pembesaran, tidak nyeri, dengan diameter 1,5 cm x 1,5 cm konsistensi padat kenyal dan mobile. Pemeriksaan lokal di area orifisium uretra eksterna didapatkan discharge purulen, makula hiperemi dengan batas tidak jelas dan tepi irreguler, didapatkan pula ektropion (Gambar 1).

Pada palpasi didapatkan nyeri tekan pada orifisium urethra eksternum dan keluar discharge ketika ujung penis di tekan. Corpus Penis, glans penis, skrotum, dan kelenjar pada genitalia eksterna dalam batas normal. Preputium sudah di sirkumsisi. Palpasi tidak ditemukan adanya nyeri tekan pada skrotum, glans penis, dan suprasymphisis

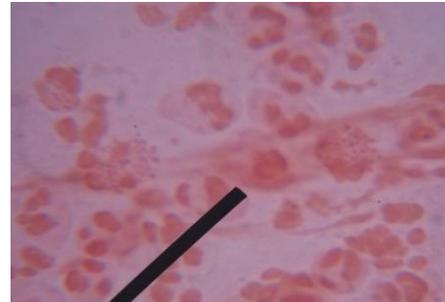


Gambar 1. Urethritis gonore, tampak duh uretra yang purulen, disertai tanda radang pada orifisium uretra eksterna

Hasil Pemeriksaan Penunjang menggunakan pemeriksaan Gram di temukan PMN > 5 per lapang pandang besar serta terdapat kuman Diplokokus Gram negatif Intraseluler PMN.

Dari anamnesis, pemeriksaan fisik serta hasil pemeriksaan penunjang maka penderita didiagnosis dengan urethritis Gonore Komplikata. Selanjutnya pasien diberikan terapi medikamentosa berupa sefiksim tab 400 mg dosis

tunggal serta terapi non medikamentosa berupa anjuran dan edukasi. Dilakukan evaluasi kepada pasien setelah 3 hari pengobatan dan didapatkan keluhan telah hilang.



Gambar 2. Gambaran mikroskop duh uretra pasien urethritis gonore dengan pengecatan Gram

Diskusi

Diagnosis dari urethritis gonore didapatkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis, gambaran klinis pada laki-laki yang dominan nampak adalah urethritis akut dengan tanda terjadinya pengeluaran duh uretra (>80%), dan dysuria (>50%), biasanya terjadi 2 – 8 hari setelah terpapar bakteri *N. gonorrhoea*. Pada pria, temuan yang paling umum pada pemeriksaan adalah tampak duh uretra yang mukopurulen disertai eritema pada meatus uretra (Bignell & Unemo, 2012). Pada kasus diperoleh data pasien datang dengan keluhan keluar nanah dari kemaluan sejak 4 hari sebelum datang ke rumah sakit tanpa disertai rasa gatal. Pasien juga mengeluh nyeri saat kencing dan “anyang-anyangen”. Riwayat melakukan hubungan seksual yang diduga sebagai penyebab keluhan dilakukan 5 hari yang lalu dengan teman wanitanya tanpa menggunakan kondom.

Diduga penyakit ini merupakan penyakit yang ditularkan dengan cara kontak seksual. Tidak ada keluhan nyeri pada daerah kemaluan ataupun di daerah lain sekitar kemaluan menandakan proses peradangan hanya sebatas uretra. Pasien mengeluh “kelenjeren” pada selangkangan sejak 2 hari yang lalu disebabkan oleh peningkatan aktivitas kelenjar limfonodi. Tidak didapatkan keluhan kencing berwarna merah menandakan tidak terjadinya terminal hematuria yang merupakan gejala dari perlukaan dari uretra bagian posterior. Pasien tidak merasakan demam

karena radang bersifat lokal. Sejak melakukan hubungan seksual 5 hari yang lalu pasien tidak melakukan hubungan seksual lagi, sehingga diperkirakan tidak ada penularan dari atau kepada orang lain. Setelah mengalami gejala tersebut, pasien tidak pernah melakukan pengobatan apapun. Pada pemeriksaan fisik didapatkan discharge purulent, makula hiperemi dengan batas tidak jelas dan tepi irreguler, didapatkan pula ektropion pada orificium uretra eksterna. Terdapat benjolan pada ujung kemaluan, serta terdapat butir pus pada kedua muara parauretra menunjukkan adanya komplikasi lokal pada kelenjar parauretra.

Penegakan diagnosis urethritis gonore dari hasil pemeriksaan laboratorium akan ditemukan N. gonorrhoea, sebaliknya jika tidak ditemukan N. gonorrhoea maka diagnosis yang ditegakkan adalah urethritis non-spesifik (Bignell & Unemo, 2012). Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini adalah pengecatan Gram yang bahan pemeriksaannya diambil dari duh uretra yang keluar spontan. Hasil dari pemeriksaan tersebut adalah ditemukannya PMN lebih dari 5 per lapang pandang besar dan didapatkan kuman Diplococcus gram negatif yang terletak intraseluler di PMN. Selain itu diusulkan dilakukan Thompson test untuk mengetahui apakah infeksi masih berada di uretra anterior atau sudah mencapai bagian posterior namun pasien menolak. Pemeriksaan ini menunjukkan sensitivitas yang baik (90-95%) untuk kasus urethritis gonore laki-laki dan direkomendasikan untuk dilakukan sebagai upaya mendapatkan diagnosis cepat pada kasus simptomatik pada laki-laki (Bignell & Unemo, 2012).

Diagnosa banding dari urethritis gonore komplikata adalah urethritis non gonore. Paling banyak disebabkan oleh Chlamydia trachomatis. Diagnosa banding dapat disingkarkan dilihat dari masa inkubasinya dimana infeksi klamidia membutuhkan waktu 1-5 minggu untuk berkembang, serta jika duh uretra disebabkan infeksi klamidia maka tidak akan ditemukan gambaran bakteri diplokokus Gram negatif intraselular PMN pada pemeriksaan pewarnaan Gram. Pasien yang terinfeksi dengan *Neisseria gonorrhoeae* seringkali koinfeksi dengan Chlamydia trachomatis sehingga pada prakteknya untuk pengobatan kausatif urethritis gonore menggunakan terapi ganda rutin yang bertujuan untuk membunuh kedua bakteri tersebut (Daili & Nilasari, 2016). Namun dalam kasus ini, bakteri penyebab telah ditentukan dari pemeriksaan langsung dengan pengecatan Gram, sehingga

pengobatan cukup untuk bakteri penyebabnya saja.

Pengobatan terbaru yang direkomendasikan oleh CDC pada pasien dewasa dengan infeksi gonore tanpa komplikasi ceftriaxone 500 mg intramuskular dosis tunggal. Alternatif lain adalah dengan pemberian sefiksim 400 mg oral dosis tunggal (CDC, 2015; Bignell & Unemo, 2012). Pada kasus ini, diberikan terapi berupa sefiksim 400 mg dosis tunggal. Sefiksim memiliki keuntungan yaitu di konsumsi secara oral, sehingga banyak dipilih oleh pasien yang tidak suka pengobatan injeksi. Pemberian terapi oral merupakan hal yang juga perlu menjadi pertimbangan, karena selain dapat memotong biaya yang diperlukan untuk pembelian alat suntik sehingga lebih terjangkau secara keuangan, juga dapat mengurangi resiko terkena nya jarum suntik pada tenaga kesehatan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Plourde dkk (1992) dan Haizlip dkk (1995) menunjukkan bahwa pemberian terapi menggunakan oral dosis tunggal dibandingkan dengan pemberian obat injeksi dosis tunggal sama-sama memberikan efek perbaikan dalam rentang waktu 24 jam pertama. Selain itu, sesuai dengan pedoman penatalaksanaan infeksi menular seksual yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2010 masih merekomendasikan pengobatan menggunakan sefiksim sebagai terapi untuk Gonore dengan komplikasi (bartholinitis, epididimitis, orkitis) (Daili & Nilasari, 2016).

Manajemen pasien berupa pemberian informasi, edukasi dan saran untuk pasien juga merupakan hal yang penting dalam tatalaksana infeksi Gonore (Bignell & Unemo, 2012). Pada pasien ini disarankan untuk periksa dan obati pasangan seksual yang kontak dengan pasien 60 hari sebelum timbul gejala, dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual sampai terbukti sembuh secara laboratorium, dan bila tidak dapat menahan diri dianjurkan untuk memakai kondom, tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah dan berganti-ganti pasangan. Selain itu pemberian komunikasi, informasi dan edukasi tentang penyakit ini dan perilaku seks yang sehat juga akan sangat membantu dalam mencegah infeksi ulang, penularan lebih lanjut dan bahaya terkena HIV.

Evaluasi setelah pengobatan direkomendasikan untuk mengkonfirmasi kepatuhan pasien dengan terapi, resolusi gejala dan tanda, serta menyingkirkan kemungkinan infeksi ulang dan memastikan pasangan telah diberitahukan mengenai infeksi Gonore yang dialami oleh pasien (Bignell & Unemo, 2012). Pada pasien ini follow up

dilakukan 3 hari setelah pengobatan dan didapatkan perbaikan kondisi baik dari gejala maupun tanda klinis.

Kesimpulan

Telah dilaporkan kasus Saudara RG (24 tahun) dengan uretritis gonore komplikata. Diagnosa uretritis gonore komplikata ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan keluhan yang khas untuk uretritis yaitu keluarnya nanah dari orificium uretra eksterna disertai nyeri saat buang air kecil. Selain itu didapatkan informasi bahwa pasien pernah berhubungan seksual 5 hari yang lalu. Pemeriksaan fisik ditemukan duh mukopurulen dari uretra, ruam berupa makula hiperemi pada orificium uretra eksterna dan ekтроpion. Pada pemeriksaan penunjang ditemukan leukosit lebih dari 5 per lapang pandang besar serta kuman diplococcus Gram negatif intraseluler di PMN. Terdapat komplikasi lokal di duktus parauretritis yang ditandai dengan butir pus pada kedua muara parauretra

Pengobatan pada pasien ini meliputi pengobatan medikamentosa yang bersifat kausatif berupa sefiksime 400 mg dosis tunggal yang terbukti masih efektif, serta pengobatan non medikamentosa yang bersifat suportif. Diperlukan komunikasi, informasi dan edukasi yang tepat pada pasien ini mengenai penyakitnya dan diharapkan tidak terjadi penyakit berulang dan penyebaran lebih luas. Prognosis uretritis gonore komplikata ini adalah baik apabila terapi dilakukan dengan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bachmann L.H. et al. 2015. *Advances in the Understanding and Treatment of Male Urethritis*. Clinical Infectious Diseases [internet]. [cited 2017 Sept 27]; Volume 61 (8): Pages S763–S769. Available from <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1093/cid/civ755> DOI org/10.1093/cid/civ755
- Bignell C. & Unemo M. 2012. *European guideline on the diagnosis and treatment of*

gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS [internet]. [cited 2017 Oct 1]; 24 (85): Page.85-92. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24400344> DOI: 10.1177/0956462412472837

- Centers for Disease Control and Prevention. 2015. *Sexually transmitted disease treatment guidelines* [internet]. USA: CDC; June 2015 [updated 2016 July 27 ; cited 2017 Jan 27]. Available from <https://www.cdc.gov/std/tg2015/gonorrhoea.htm>
- Daili, S.F. 2014. *Infeksi Menular Seksual*. Edisi Keempat. Jakarta : Badan penerbit FKUI, p.65-76
- Daili, S.F. & Nilasari, H. 2016, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi Ketujuh. Jakarta: Badan Penerbit FKUI, p.443-449, 495
- Garcia, A.L. et al. 2008. *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine Seventh Edition*. New York: McGraw Hill, p. 1993 – 97
- Haizlip J. et al. 1995. *Time Required for Elimination of Neisseria Gonorrhoea from The Urogenital Tract in Men with Symptomatic Urethritis : Comparison of Oral and Intramuscular Single-Dose Therapy*. Sex Transm Dis [internet]. [cited 2017 Oct 1]; 22(3): Page.145-8. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7652655>
- Martiasutik, D. 2008. *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Plourde P.J. et al. 1992. *Single Dose Oral Temafloxacin Vs Parenteral Ceftriaxone in The Treatment of Gonorrhoe arthritis or cervicitis*. J Infect Dis [internet]. [cited 2017 Oct 1]; 166(4): Page.919-22. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1527431>
- World Health Organization. 2014. *Guidelines For The Management Of Sexually Transmitted Infection* [internet]. Place unknown: WHO ; February 2004 [Updated 2014 Feb 1 ; Cited 2017 Sept 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/1/9241546263_eng.pdf?ua=1