

LAPORAN KASUS

TINEA VERSIKOLOR



Oleh:

dr. Lyanna Azzahra Baihaqi

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

PERIODE AGUSTUS 2023 – AGUSTUS 2024

PUSKESMAS AMBAL II

KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH

2024

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Kasus

TINEA VERSIKOLOR

Disusun oleh:

dr. Lyanna Azzahra Baihaqi

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, 16 Juni 2024

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Kasus

TINEA VERSIKOLOR

Disusun oleh:

dr. Lyanna Azzahra Baihaqi

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, 16 Juni 2024

Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi

KATA PENGANTAR

Puji serta rasa syukur penulis panjatkan kepada Allah ‘Azza wa Jalla yang atas rahmat-Nya lah laporan kasus ini dapat tersusun sebaik mungkin. Laporan ini disusun dalam rangka syarat bagi penulis untuk menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Tidak lupa rasa terima kasih penulis ucapkan kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam kelancaran penyusunan laporan ini sehingga dapat menyelesaikannya dengan baik.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. dr. Tyas Ratna Pangestika selaku dokter umum sekaligus pembimbing dalam program internsip Puskesmas Ambal II yang selalu memberi arahan dan bimbingan agar terwujudnya laporan ini dengan sebaik-baiknya.
2. Teman-teman internsip Puskesmas Ambal II yang selalu ada dalam berbagai macam situasi dan membantu dalam proses penyelesaian laporan kasus ini dalam berbagai kesempatan diskusi.
3. Seluruh perawat, bidan serta karyawan lain di Puskesmas Ambal II yang berperan dalam kelancaran pelayanan kesehatan sehingga berbagai macam pasien, khususnya kasus dalam laporan ini dapat terlayani dengan baik.

Dalam penyusunan laporan kasus ini, penulis menyadari akan banyaknya kekurangan baik dalam penataan informasi, analisa, maupun penyusunan laporan. Untuk itu, segala saran dan rekomendasi yang dapat membawa kebaikan untuk kedepannya dapat disampaikan kepada penulis. Semoga dari laporan kasus ini dapat memberikan ilmu yang bermanfaat bagi penulis sendiri serta setiap yang membaca.

Kebumen, 16 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I.....	6
BAB II.....	11
BAB III.....	15
DAFTAR PUSTAKA.....	16

BAB I

LAPORAN KASUS

A. Identitas Pasien

Nama : An. F
Usia : 6 tahun
Alamat : Ambal, Kebumen
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : siswa TK
Tanggal masuk : 5 Juni 2024
Poli : Poli Umum

B. Anamnesis

Anamnesis dilakukan secara allo-anamnesis kepada ibu pasien pada tanggal 5 Juni 2024 di Poli Umum Puskesmas Ambal II.

1. Keluhan Utama

bercak keputihan pada kedua pipi dan lengan kiri

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dengan keluhan bercak keputihan pada kedua pipi dan lengan atas kiri sejak sekitar 2 minggu lalu. Bercak tidak dirasakan oleh pasien. Tidak ada keluhan gatal, rasa nyeri, ataupun baal. Bercak tidak meluas dan tidak bertambah merah. Pasien tidak memiliki hewan peliharaan ataupun mainan boneka berbulu. Riwayat keluhan serupa sebelumnya disangkal.

3. Riwayat Penyakit Dahulu dan Pengobatan

Riwayat alergi, dermatitis atopi disangkal. Pasien belum melakukan pengobatan sebelumnya.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga dan orang serumah tidak ada yang sedang memiliki keluhan serupa saat ini. Riwayat keluhan serupa di keluarga disangkal. Riwayat atopi dan penyakit kusta disangkal. Riwayat alergi pada anggota keluarga tidak ada.

5. Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien sering berkeringat ketika bermain dan terkadang tidak langsung mengganti pakaian. Riwayat memakai handuk berganti-gantian tidak diketahui. Pasien merupakan siswa di TK Surobayan.

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : tidak tampak sakit
2. Kesadaran : E4M6V5
3. BB : 28 kg
TB : 135 cm
IMT : 15.40 kg/m² (normoweight)
4. Tekanan Darah : - mmHg
Nadi : 86 kali/menit regular
Suhu : 36.1°C
RR : 18 kali/menit
5. Status Generalis
 - a. Pemeriksaan Kepala
Bentuk : Mesosefal, simetris, rambut terdistribusi merata, tidak mudah dicabut
Mata : Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), reflex cahaya (+/+), pupil bulat isokor 3 mm/3 mm
Telinga : Deformitas (-/-), discharge (-/-), serumen (-/-), inflamasi (-/-)
Hidung : Deformitas (-), discharge (-/-), napas cuping hidung (-/-)
Mulut : Bibir sianosis (-), mukosa mulut basah, lidah tidak kotor
Leher : Deviasi trakea (-), tidak teraba pembesaran KGB
Kulit : regio pipi bilateral terdapat makula hipopigmentasi multipel, lentikuler-numular, sebagian konfluens batas tegas, dengan skuama putih halus.
 - b. Pemeriksaan Dada
Bentuk simetris, deformitas (-/-)
Paru
Inspeksi : Gerakan dada simetris, tidak ada yang tertinggal, retraksi sternocleidomastoid (-), retraksi suprasternal (-), retraksi interkostal (-)
Palpasi : Vocal fremitus kanan = kiri
Perkusi : Sonor pada kedua lapang paru
Auskultasi : Suara napas vesikuler (-/-), ronkhi kasar (-/-), wheezing (-/-)

Jantung

Inspeksi : Tidak tampak pulsasi ictus cordis

Palpasi : Iktus cordis tidak teraba

Perkusi : Batas jantung dbn

Auskultasi : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)

c. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : datar, distensi (-), jejas (-)

Auskultasi : Bising usus (+) normal

Palpasi : Supel, hepar dan lien tidak teraba, nyeri tekan (-)

Perkusi : Timpani di seluruh regio abdomen

d. Pemeriksaan Ekstremitas

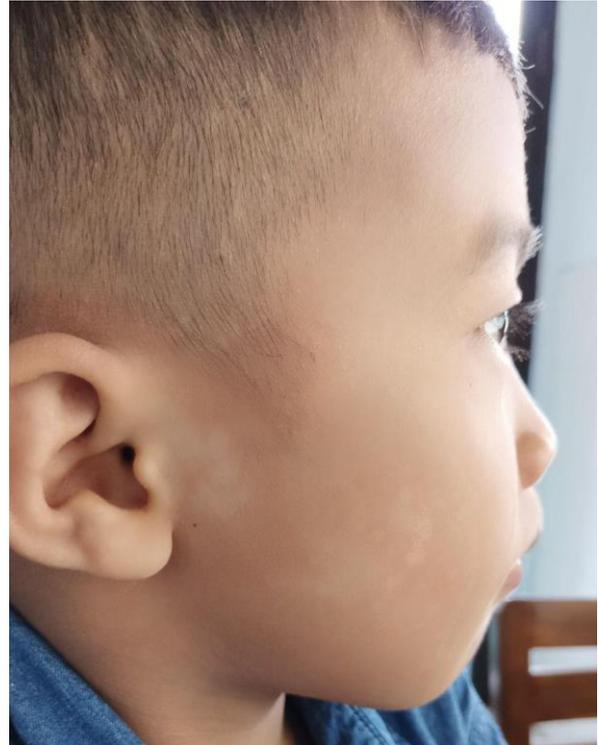
	Ekstremitas superior		Ekstremitas inferior	
	Dextra	Sinistra	Dextra	Sinistra
Edema	-	-	-	-
Sianosis	-	-	-	-
Akral hangat	+	+	+	+
CRT	<2 detik	<2 detik	<2 detik	<2 detik

Lengan atas sinistra regio ekstensor: makula hipopigmentasi multipel, lentikuler-numular, sebagian konfluens batas tegas, dengan skuama putih halus.

e. Pemeriksaan mukosa/subkutan menyeluruh : pucat (-), sianosis (-), edema (-), turgor cukup

Lesi kulit:

- *regio pipi bilateral terdapat makula hipopigmentasi multipel, lentikuler-numular, sebagian konfluens batas tegas, dengan skuama putih halus.*
- *lengan atas sinistra regio ekstensor: makula hipopigmentasi multipel, lentikuler-numular, sebagian konfluens batas tegas, dengan skuama putih halus.*



D. Diagnosa Kerja

Tinea versikolor

Diagnosis Banding:

Ptyriasis alba

E. Tatalaksana

Tatalaksana farmakologi:

Ketoconazole ointment 2 x 1 pada area lesi, selama 2 minggu

Edukasi:

Edukasi menghindari lembap terutama di area lipatan dan area tertutup pakaian, gunakan salep anti jamur sesuai aturan pakai, mandi secara rutin dengan sabun antiseptik, hindari aktivitas yang menyebabkan keringat berlebih, serta menggunakan pakaian yang menyerap keringat dan tidak ketat.

F. Prognosis

Ad vitam : dubia ad bonam

Ad sanationam : dubia ad bonam

Ad functionam : dubia ad bonam

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi dan Epidemiologi

Tinea versikolor (TV) atau dapat disebut pitiriasis versikolor merupakan infeksi kulit oleh jamur secara superfisial dan kronik. Penyebabnya adalah ragi genus *Malassezia*. Tinea versikolor umumnya sering ditemukan pada usia remaja dan dewasa muda, dan hal ini dikaitkan pada produksi sebum dari kelenjar sebacea yang lebih banyak sehingga menyebabkan lingkungan yang banyak lemak dan memicu pertumbuhan dari *Malassezia*¹⁻². Penyakit ini termasuk ke dalam penyakit kulit akibat jamur yang banyak ditemukan di seluruh dunia, terutama di daerah yang lembap. Prevalensi tinea versikolor dapat mencapai hingga 50% pada negara-negara tropis, sementara pada negara beriklim dingin, prevalensi hanya mencapai 1,1%¹. Di Indonesia, penyakit ini termasuk penyakit infeksi jamur yang paling banyak ditemukan.²

Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi dari tinea versikolor adalah dari ragi *Malassezia* spp, yang merupakan flora normal bersifat lipofilik. *Malassezia* spp. bersifat dimorfik sehingga dapat berubah bentuk dari ragi menjadi hifa. Beberapa spesies dari ragi genus ini yang teridentifikasi pada kulit manusia adalah: *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, dan *M. obtusa*.² Adapun spesies yang paling banyak ditemukan pada tinea versikolor adalah *Malassezia furfur*.³ Sifat lipofilik dari genus ini menyebabkan area predileksinya cenderung pada area yang kaya akan sekresi kelenjar sebacea.²

Penyakit muncul terutama pada daerah seboroik dan tidak bersifat menular.⁴ Faktor predisposisi yang dapat mempermudah infeksi dari *Malassezia* spp. antara lain, suhu, kelembaban lingkungan yang tinggi, permukaan kulit yang teroklusi, faktor genetik, hiperhidrosis, kondisi immunosupresi, serta malnutrisi.⁴

B. Patogenesis

Patogenesis tinea versikolor berhubungan dengan sifat dimorfik *Malassezia* spp. di mana bentuk ragi saprofit akan berubah menjadi miselia dan menimbulkan manifestasi kulit. Mekanisme yang diduga menyebabkan perubahan warna pada lesi kulit adalah karena adanya produksi asam dikarboksilat yang dapat mengganggu pembentukan dari pigmen melanin, serta memproduksi metabolit (pityriacitrin) yang mampu mengabsorpsi sinar UV

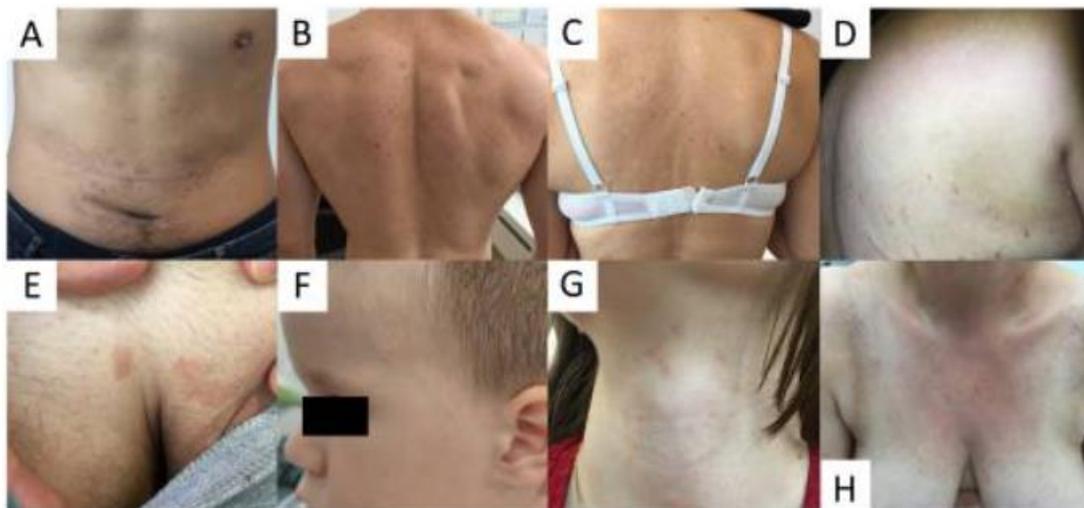
sehingga terbentuk lesi hipopigmentasi. Adapun pada mekanisme lesi hiperpigmentasi, diduga akibat adanya ukuran melanosom yang lebih besar dari normal serta adanya lapisan keratin yang lebih tebal.²

C. Manifestasi Klinis

Secara umum, tinea versikolor tidak menyebabkan gejala subjektif. Manifestasi klinis dari infeksi ini muncul dalam bentuk bercak depigmentasi atau diskolorasi berskuama halus yang tersebar secara diskret atau konfluens. Depigmentasi dapat berupa makula hipopigmentasi, hiperpigmentasi, ataupun eritematosa.⁴ Area yang menjadi predileksi adalah anggota tubuh bagian atas. Terutama lesi berlokasi pada bagian leher, petur, ekstremitas sisi proksimal, wajah, kulit kepala, dan terkadang pada aksila, lipat paha atau genitalia. Bentuk lesi tampak berupa makula hipopigmentasi dengan batas tegas, hiperpigmentasi dengan eritematosa, dengan ukuran yang beragam, disertai skuama halus. Gejala subjektif umumnya tidak ditemukan, atau berupa pruritus ringan.²

D. Diagnosis

Tinea versikolor didiagnosis dengan menemukan lesi pada area predileksi dengan bentuk lesi berupa makula hipopigmentasi/hiperpigmentasi atau eritema dengan batas tegas dan berskuama halus.^{2,4} Bercak dapat menimbulkan rasa gatal terutama saat berkeringat, namun rasa gatal bersifat ringan atau tidak dirasakan sama sekali.⁴ Dari pemeriksaan fisik dapat ditemukan bercak baik berwarna putih, merah muda atau coklat kemerahan. Lokasi predileksi adalah pada daerah seboroik, yaitu bagian tubuh atas, leher, wajah, serta lengan atas.⁴



Gambar 2. Manifestasi klinis Tinea versikolor⁵

Pada pemeriksaan penunjang dapat digunakan lampu Wood yang akan menampakkan fluoresensi berwarna kuning keemasan.^{2,4} Namun, perlu diketahui adanya fluoresensi positif palsu akibat penggunaan salep yang mengandung asam salisilat atau tetrasiklin, dan hasil negatif dapat muncul pada pasien yang rajin mandi.

Baku emas diagnosis adalah dengan kerokan kulit dengan menggunakan skalpel atau dengan selotip lalu dilakukan pemeriksaan dengan larutan KOH 20% yang menunjukkan hasil positif mikosis *Malassezia* spp. Pada pemeriksaan mikroskop *Malassezia* spp. teridentifikasi dengan adanya tampakan berupa kumpulan hifa pendek dan kumpulan spora. Gambaran ini disebut dengan '*spaghetti and meatballs*' atau '*bananas and grapes*'.² Gambaran spora berkelompok menandakan kolonisasi, sementara hifa menunjukkan adanya infeksi. Pemeriksaan kultur tidak diperlukan untuk mendiagnosis tinea versikolor.

4

Adapun perlu dipertimbangkan diagnosis banding dari tinea versikolor antara lain pitiriasis alba, pitiriasis rosea, dermatiti seboroik, infeksi dermatomikosis, leukoderma, serta penyakit yang lebih jarang seperti morbus Hansen tipe tuberkuloid, psoriasis gutata, serta vitiligo.²

E. Tata Laksana

Dalam penatalaksanaan tinea versikolor, perlu diidentifikasi faktor predisposisi dan menghindari faktor-faktor yang dapat dihindari. Adapun terapi farmakologis dapat dibagi secara topikal atau sistemik, dengan pemberiannya bergantung dari luas lesi, biaya, kontraindikasi, serta efek samping.²

Pada daerah wajah dan genitalia digunakan vehikulum berupa solusio atau golongan azol topikal seperti krim mikonazol 2 kali sehari. Krim terbinafin juga dapat diberikan 2 kali sehari selama 7 hari.⁴ Sebagai obat topikal lain, dapat digunakan antara selenium sulfide bentuk sampo 1,8% atau losio 2,5% yang diberikan selama sekitar 15-30 menit lalu dibilas. Pemberian yang dibiarkan semalaman dapat dilakukan sebanyak 2 kali seminggu, namun harus diperhatikan apakah adanya efek iritasi. Pengolesan diberikan di seluruh tubuh selain kepala dan genitalia.² Sampo ketokonazol 2% juga dapat digunakan pada area terinfeksi atau seluruh badan sekitar 5 menit sebelum mandi, diberikan selama 3 hari berturut-turut.⁴ Alternatif lain adalah solusio natrium hiposulfit, propilen glikol. Adapun untuk lesi-lesi dengan ukuran terbatas, dapat digunakan krim derivat azol, seperti mikonazol, klotrimazol, isokonazol, ataupun krim tolsiklatm tolnaftat, siklopiroksolamin, atau haloprogin. Pemberian obat topikal diberikan selama 2 minggu dilanjutkan dengan evaluasi dengan pemeriksaan Wood dan pemeriksaan mikroskopis dari kerokan kulit.²

Indikasi pemberian obat sistemik adalah apabila lesi luas, kambuhan, atau tidak respon dengan terapi topikal. Obat sistemik dapat diberikan ketokonazol 200 mg/hari selama 5-10 hari atau itrakonazol 200 mg/hari selama 5-7 hari. Dosis sistemik lain dapat diberikan flukonazol 400 mg dosis tunggal atau 300 mg setiap minggu selama 2-3 minggu.⁴

Pada pasien yang sulit menghindari faktor predisposisi, dapat diberikan pengobatan rumatan berupa sampo selenium sulfide secara periodik atau dengan obat sistemik ketokonazol 400 mg sekali per bulan atau 200 mg sehari selama 3 hari setiap bulannya.

Pada pasien perlu di edukasi agar menjaga kulit tetap kering, menghindari aktivitas yang menyebabkan keringat berlebih dan menggunakan pakaian yang menyerap keringat dan tidak ketat, menghindari pemakaian handuk atau pakaian dengan orang lain, serta mengedukasi bahwa bekas dari infeksi akan memerlukan waktu yang lama hingga repigmentasi ke warna kulit normal.⁴

Tinea versikolor dapat sembuh dengan baik dengan pengobatan yang disiplin, serta menghindari faktor predisposisi. Umumnya, lesi hipopigmentasi dapat bertahan hingga beberapa bulan meskipun hasil pemeriksaan jamur telah negatif.² Pemberian obat dihentikan apabila hasil didapatkan negatif pada pemeriksaan klinis, lampu Wood, serta pemeriksaan mikologis berturut-turut dengan selang seminggu. Pada kasus infeksi kronis berulang, diberikan terapi pemeliharaan dengan dosis topikal setiap 1-2 minggu atau dosis sistemik ketokonazol 2x200 mg/hari satu kali setiap bulan.⁴

BAB III

PEMBAHASAN KASUS

Pasien anak laki-laki berusia 6 tahun datang dengan keluhan bercak keputihan pada kedua pipi dan lengan kiri sejak 2 minggu lalu. Gejala subjektif tidak ada. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan di regio pipi bilateral serta lengan atas ekstensor sinistra tampak lesi berupa makula hipopigmentasi lentikuler-numular multipel batas tegas, tersebar sebagian konfluens, dengan skuama putih halus. Pemeriksaan penunjang baik lampu Wood maupun kerokan kulit tidak dilakukan pada kasus ini sehingga penegakkan diagnosis dilakukan melalui klinis pasien. Pasien terdiagnosis dengan tinea versikolor, dengan diagnosis banding berupa pitiriasis alba, vitiligo, serta morbus Hansen. Faktor predisposisi yang mungkin ada pada pasien adalah kebiasaan berkeringat atau mengenakan pakaian lembap. Tata laksana pada pasien adalah dengan modifikasi kebiasaan untuk menghindari faktor predisposisi, serta pemberian terapi topikal berupa salep ketokonazol 2% sebanyak 2 kali sehari pada lesi selama 2 minggu. Prognosis pada pasien adalah baik. Lesi dapat sembuh dalam waktu beberapa minggu hingga bulan, bergantung dari kepatuhan dan respon terapi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Karray M. Tinea versicolor [Internet]. StatPearls [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2024 [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482500/>
2. Bramono K, Budimulja U. Nondermatofitosis. In: Buku Ajar Kulit Kelamin FKUI. 3rd ed. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2012.
3. Duy Nguyen B, Thi Thanh Vo H, Dinh Thi Thanh M, Van Vu T, Thi Thanh Lai T, Thi Nguyen M, et al. Epidemiological characterization of pityriasis versicolor and distribution of *malassezia* species among students in Hai Phong City, Vietnam [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2020 [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888515/>
4. Widaty S, Soebono H, Menaldi SL. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta: PERDOSKI; 2017.
5. Łabędź N, Navarrete-Dechent C, Kubisiak-Rzepczyk H, Bowszyc-Dmochowska M, Pogorzelska-Antkowiak A, Pietkiewicz P. Pityriasis versicolor-A narrative review on the diagnosis and management [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2023 [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10608716/>