



## Tinea Corporis Et Cruris

**Refi Syifa Ghinanda**

Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe

**Mohd Mimbar Topik**

Departemen Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Cut Meutia, Aceh Utara

Korespondensi penuli: [refi.180610004@mhs.unimal.ac.id](mailto:refi.180610004@mhs.unimal.ac.id)

**Abstract.** *Dermatophytes themselves are filamentous fungi with the ability to attack keratinized tissue such as skin, hair and nails. Classically, dermatophytes are divided into three genera, namely Trichophyton, Epidermophyton, and Microsporum. Dermatophyte infections are generally limited to the stratum corneum of the epidermis, especially in tropical areas with hot conditions that are ideal for the growth of dermatophytes, especially in moist areas of the body. National epidemiological data on tinea corporis for Indonesia is still not available. According to data on dermatophytosis cases found in the Skin and Venereology Mycology Division of Dr. Soetomo Surabaya for the 2014-2016 period, it was found that the percentage of tinea corporis cases was 56.1%, followed by tinea cruris at 34.3%, and tinea capitis at 6.4%. Predisposing factors for this disease in the host include lack of hygiene and immunocompromised conditions. Fold areas including the groin and armpits are more susceptible to infection due to excessive sweating and friction. Environmental factors that put a person at a higher chance of contracting the disease include high humidity, high temperatures and tight clothing. The clinical manifestation is the presence of a characteristic circular lesion, usually with firm borders, pink to erythematous with raised edges. As the lesion develops, the central area of the lesion is usually calmer (central healing) and the lesion is annular with a scaly edge area. Supporting examinations were carried out with KOH solution. Management in general is in the form of educating patients to wear light and loose clothing and keep the skin clean and dry. Specific management includes administering topical antifungals or systemic antifungals*

**Keyword:** *Dermatophytia, Tinea coporis, Tine Crurirs, KOH 10%*

**Abstrak.** Dermatofita sendiri merupakan jamur berfilamen dengan kemampuan menyerang jaringan keratin seperti pada kulit, rambut, dan kuku. Secara klasik, dermatofita dibagi menjadi tiga genus, yaitu Trichophyton, Epidermophyton, dan Microsporum. Infeksi dermatofita umumnya terbatas pada stratum korneum epidermis, terutama di daerah tropis dengan kondisi panas yang ideal untuk pertumbuhan dermatofita khususnya di area tubuh yang lembab. Data epidemiologi tinea corporis secara nasional untuk Indonesia masih belum tersedia. Menurut data kasus dermatofitosis yang dijumpai di Divisi Mikologi Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2014-2016, didapatkan persentase kasus tinea korporis adalah 56,1%, diikuti oleh tinea kruris sebesar 34,3%, dan tinea kapitis 6,4% Faktor predisposisi dari penyakit tersebut pada inang termasuk kurangnya higienitas dan kondisi imunokompromais. Daerah lipatan termasuk selangkangan dan ketiak lebih rentan terhadap infeksi akibat keringat berlebih dan gesekan. Faktor lingkungan yang membuat seseorang berpeluang lebih tinggi untuk tertular penyakit ini meliputi kelembapan tinggi, suhu tinggi, dan pakaian yang ketat. Manifestasi klinis ialah ditemukan lesi yang khas berbentuk lingkaran, biasanya berbatas tegas berwarna merah muda hingga eritematosa dengan tepi meninggi. Saat lesi berkembang, daerah tengah dari lesi biasanya lebih tenang (central healing) dan lesi anular dengan area tepi yang bersisik. Pmerksaan penunjang dilakukan dengan larutan KOH. Penatalaksanaansecara umum adalah berupa edukasi kepada pasien untuk mengenakan pakaian yang ringan dan longgar dan menjaga agar kulit tetap bersih dan kering. Adapun penatalaksanaan secara khusus adalah meliputi pemberian antijamur topikal atau antijamur sistemik.

**Kata kunci:** *Dermatofitia, tinea corporis, tinea cruris, KOH.*

## PENDAHULUAN

Dermatofita sendiri merupakan jamur berfilamen dengan kemampuan menyerang jaringan keratin seperti pada kulit, rambut, dan kuku. Secara klasik, dermatofita dibagi menjadi tiga genus, yaitu *Trichophyton*, *Epidermophyton*, dan *Microsporum* (1,2). Infeksi dermatofita umumnya terbatas pada stratum korneum epidermis, terutama di daerah tropis dengan kondisi panas yang ideal untuk pertumbuhan dermatofita khususnya di area tubuh yang lembab (2).

Terdapat beberapa jenis tinea berdasarkan area tubuh yang menjadi tempat infeksi. Salah satunya adalah *glabrous tinea* yang merupakan dermatofitosis yang menyerang kulit di bagian mana pun selain area kulit yang ditumbuhi rambut. Tinea tersebut mencakup tinea corporis, tinea cruris dan tinea faciei (3). Adapun menurut sumber yang berbeda, tinea corporis sendiri merupakan infeksi jamur yang utamanya disebabkan oleh *T. rubrum* yang menyerang kulit tak berambut (*glabrous*) dan merupakan bentuk yang paling umum dari dermatofitosis sehingga tinea cruris dan tinea faciei juga dapat dikelompokkan bersama sebagai suatu tinea corporis (4).

Data epidemiologi tinea corporis secara nasional untuk Indonesia masih belum tersedia. Menurut data kasus dermatofitosis yang dijumpai di Divisi Mikologi Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2014-2016, didapatkan persentase kasus tinea korporis adalah 56,1%, diikuti oleh tinea kruris sebesar 34,3%, dan tinea kapitis 6,4% (5).

Faktor predisposisi dari penyakit tersebut pada inang termasuk kurangnya higienitas dan kondisi imunokompromais. Daerah lipatan termasuk selangkangan dan ketiak lebih rentan terhadap infeksi akibat keringat berlebih dan gesekan. Faktor lingkungan yang membuat seseorang berpeluang lebih tinggi untuk tertular penyakit ini meliputi kelembapan tinggi, suhu tinggi, dan pakaian yang ketat (6).

Berdasarkan cara penularannya, penyakit ini dapat ditularkan melalui manusia (antropofilik), hewan (zoofilik), dan tanah (geofilik) (7). Manifestasi klinis dari tinea corporis adalah bervariasi dan seringkali bergantung pada spesies organisme infeksi. Lesi yang khas berbentuk lingkaran, biasanya berbatas tegas berwarna merah muda hingga eritematosa dengan tepi meninggi. Saat lesi berkembang, daerah tengah dari lesi biasanya lebih tenang (*central healing*) dan lesi anular dengan area tepi yang bersisik (2).

Diagnosis tinea corporis paling sering bersifat klinis terutama jika lesinya khas. Bila diperlukan diagnosis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikroskopis dengan KOH menggunakan preparat basah berupa kerokan kulit dari batas aktif lesi. Larutan KOH

melarutkan jaringan epitel, meninggalkan hifa bersepta yang mudah terlihat dengan atau tanpa artrospora. Penatalaksanaan secara umum adalah berupa edukasi kepada pasien untuk mengenakan pakaian yang ringan dan longgar dan menjaga agar kulit tetap bersih dan kering. Adapun penatalaksanaan secara khusus adalah meliputi pemberian antijamur topikal atau antijamur sistemik jika lesi bersifat luas, dalam, berulang, kronis, atau tidak responsif terhadap pengobatan antijamur topikal (7).

## **ILUSTRASI KASUS**

Pasien a.n. R, perempuan, berusia 16 tahun, bersuku Aceh, merupakan Warga Negara Indonesia, berasal dari Tanah Luas, Kota Lhokseumawe, Aceh, bernomor RM 07.92.41, datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia pada Senin, 18 Maret 2024. Pasien dirujuk dari Klinik Yayasan Meutuah, Tanah Luas.

Berdasarkan anamnesis yang dilakukan didapatkan keluhan utama berupa adanya bercak kemerahan yang terasa gatal di area selangkangan sejak 4 bulan sebelumnya yang kemudian semakin meluas disertai dengan timbulnya bercak kemerahan pada tungkai bawah kiri kanan, perut, dan kedua lengan. Keluhan gatal terjadi hilang timbul dan memberat setelah pasien beraktivitas dan berkeringat.

Keluhan gatal terjadi hilang timbul dan memberat setelah pasien beraktivitas dan berkeringat. Pasien mengatakan sudah pernah diberikan salep yang pasien beli di apotek pada area gatal tersebut. Rasa gatal dikatakan berkurang setelah pemberian salep tersebut, namun sesekali masih dirasakan dan ukuran bercak kemerahan tidak juga berkurang sehingga pasien memutuskan untuk datang poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia.

Berdasarkan anamnesa, pasien tidak pernah mengalami keluhan yang serupa sebelumnya. Riwayat penyakit lain seperti asma, rinitis dan alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan disangkal oleh pasien. Selain itu, tidak ada anggota keluarga pasien yang saat ini mengalami keluhan serupa dengan pasien.

Saat ini pasien tidak sedang mengonsumsi obat-obatan apapun. Awalnya pasien hanya menggunakan salep yang dibeli di apotek. Keluhan gatal dirasakan berkurang setelah menggunakan obat tersebut, namun bercak kemerahan dikatakan tidak membaik ataupun berkurang ukurannya. Sekitar 2 minggu kemudian, pasien membeli obat salep lain berupa ketoconazole sebagai ganti dari salep sebelumnya, tetapi pasien tidak rutin menggunakannya. Selama pemakaian obat tersebut, keluhan gatal juga dirasakan berkurang namun timbul lagi setelah pasien berkeringat dan tidak menggunakan salepnya lagi.

Pasien merupakan seorang santri, Pasien mengatakan tinggal di Dayah dan pasien mengaku banyak teman yang didayah mengeluhkan hal yang sama. Asrama tempat pasien tinggal dikatakan terasa panas dan pasien juga setelah pulang sekolah tidak langsung mandi, tetapi pasien mandi secara rutin 2 kali sehari dan selalu menggunakan pakaian bersih yang telah dicuci.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit ringan, kesadaran kompos mentis, frekuensi nadi 91 kali per menit, frekuensi napas 18 kali per menit, suhu 36,6 °C, berat badan 58 kg, tinggi badan 153 cm. Pemeriksaan status generalis pasien dalam batas normal. Pemeriksaan dermatologis didapatkan pada regio abdomen, antebrachii dextra et sinistra, dan femur dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi atau plak eritema yang berukuran numular hingga plak, berbatas tegas dengan bagian tengah lesi lebih tenang serta tepi lesi eritema dan/atau berskuama. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Februari 2024 berupa pemeriksaan KOH 10% dengan hifa positif.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan status dermatologis pada pasien maka diagnosis kerja pasien ini adalah tinea korporis. Penatalaksanaan yang diberikan saat datang pertama kali ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia adalah itraconazole 100 mg 1 kali sehari, cetirizine 10 mg/hari, dan ketoconazole cream dioleskan pada area yang gatal 2 kali sehari. Selanjutnya pasien diberikan penjelasan mengenai penyakit, penyebab, sifat infeksi dan penularan penyakit, pilihan pengobatan dan cara penggunaan obat, serta pencegahan di mana kepada pasien di jelaskan untuk menjaga higiene individu berupa mandi jika sudah berkeringat banyak terutama pulang sekolah serta tidak memakai pakaian dalam keadaan lembab.

Prognosis pada pasien baik *quo ad vitam*, *quo ad sanationam*, maupun *quo ad functionam* adalah *ad bonam*, tetapi keberhasilan dari terapi pasien tergantung pada kepatuhan pasien selama pengobatan.

## Gambaran Klinis Pasien

### 1. Kunjungan Awal (Senin, 18 Maret 2024)



**Gambar 1. Regio abdomen tampak *patch* hipopigmentasi, berukuran plakat, berbatas tegas, lesi tengah lebih menyembuh, serta tepi lesi sedikit berskuama.**



**Gambar 2. Regio antebrachii dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi, berukuran plakat, berbatas tegas, lesi tengah lebih menyembuh, tepi lesi aktif eritema dan berskuama**



**Gambar 3. Regio femur dextra et sinistra dan tibia dextra et sinistra tampak *patch* eritema, berbatas tegas, dan disertai dengan skuama pada tepi lesi.**

**Gambaran Mikorskopis (Senin, 18 Maret 2024)**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien adalah pemeriksaan mikroskopik dengan KOH 10% dengan sampel kerokan kulit pada lesi di regio antebrachii dextra dan pada hasil ditemukan adanya hifa.



**Gambar 4. Pemeriksaan KOH 10% (tampak adanya hifa)**

## Gambaran Klinis Pasien

### 2. Kunjungan ke 3 (Senin, 1 April 2024)



**Gambar 6. Regio antebrachii dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi, berukuran plakata, berbatas tegas, lesi tengah lebih menyembuh, serta tepi lesi sedikit berskuama.**



**Gambar 7. Regio Femur dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi, berukuran plakata, berbatas tegas, lesi tengah lebih menyembuh, serta tepi lesi sedikit berskuama.**

## Pembahasan

Pada kasus ini ditegakkan diagnosis berupa tinea corporis et cruris berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan dermatologis. Berdasarkan anamnesis diketahui bahwa pasien a.n. R, perempuan, berusia 16 tahun datang ke poliklinik RSUD Cut Meutia dengan keluhan utama terdapat bercak kemerahan yang terasa gatal di area perut sejak sekitar 4 bulan sebelumnya. Keluhan bermula dengan rasa gatal pada area perut dan sering digaruk oleh pasien. Kemudian area yang gatal dirasakan semakin luas disertai dengan munculnya bercak kemerahan. Sekitar 1 minggu kemudian, bercak kemerahan serupa muncul di bagian tubuh lain, yaitu pada tungkai bawah kiri dan kanan, punggung, dan kedua lengan pasien yang juga disertai dengan rasa gatal.

Tinea corporis adalah infeksi jamur kulit superfisial pada tubuh yang disebabkan oleh dermatofita. Tinea didefinisikan secara eksplisit oleh lokasi lesi yang mungkin melibatkan batang, leher, lengan, dan kaki. Keluhan gatal terjadi hilang timbul dan memberat setelah pasien beraktivitas dan berkeringat. Keluhan yang disampaikan oleh pasien sesuai dengan gejala klinis dari dermatofitosis yaitu gejala subjektif berupa rasa gatal terutama setelah beraktivitas dan pada saat berkeringat. Sedangkan gejala objektif yaitu dijumpai *patch* hipopigmentasi atau plak eritema, berbatas tegas dengan lesi ditengah lebih tenang (menyembuh) dan lesi tepi lebih aktif berskuama (9,10). Faktor pejamu seperti usia, jenis kelamin, dan ras merupakan faktor epidemiologi tambahan yang mempermudah terjadinya infeksi, meskipun hubungannya dengan risiko dari suatu dermatofitosis masih belum jelas (11).

Tinea corporis sangat umum di seluruh dunia. Dermatofit adalah agen infeksi jamur superfisial yang paling umum. Panas yang berlebihan, kelembaban relatif yang tinggi, dan pakaian yang pas memiliki korelasi dengan penyakit yang lebih parah dan sering. Populasi tertentu juga dapat lebih cenderung terhadap tinea corporis misalnya pada anak-anak. Tinea capitis dan tinea corporis adalah infeksi dermatofit yang paling umum pada anak-anak prapubertas. Secara geografis, kasus tinea korporis didapatkan di Asia Tenggara, Amerika Tengah dan Selatan, Pasifik Selatan, dan Pasifik Barat Daya. Adapun prevalensi dermatofitosis adalah 53% dari seluruh infeksi fungal dengan tinea korporis adalah yang paling mendominasi. Adapun berdasarkan jenis kelamin, wanita didapatkan lebih berisiko terkena tinea korporis dengan rata-rata usia penderitanya adalah 15-40 tahun (12).

Data dari beberapa rumah sakit di Indonesia menunjukkan bahwa remaja dan kelompok usia produktif adalah kelompok usia terbanyak menderita dermatomikosis superfisial dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda atau lebih tua. Hal ini

terjadi karena seringkali pada rentang usia tersebut pasien lebih banyak mengalami faktor predisposisi atau pencetus, misalnya pekerjaan basah, trauma, dan banyak berkeringat (kelembapan tinggi). Adapun dalam hal ini, pasien merupakan seorang wanita produktif yang bersekolah di dayah dan sering berganti pakaian dengan teman. Pasien juga tinggal di asrama dengan kondisi sering panas serta tidak langsung mandi setelah selesai dari sekolah sehingga masih dalam keadaan berkeringat. Kondisi-kondisi tersebut pada akhirnya mendukung terjadinya dermatofitosis pada pasien (13).

Dermatofitosis juga dapat diperberat oleh penggunaan pakaian yang tertutup rapat, hygiene yang rendah (30%), dan penggunaan steroid topikal (23,9%). Dalam hal ini, pasien selama tiga kali kunjungan tampak tidak memakai pakaian yang ketat. Meskipun pasien tidak langsung mandi setelah pulang dari sekolah, pasien mengaku selalu mandi dua kali sehari dan menggunakan pakaian bersih yang sudah dicuci, namun pasien juga mengaku merupakan seorang santriwati dan memiliki banyak teman dengan gejala yang serupa. Pasien juga sedang memakai obat salep ketoconazole saat ini untuk meredakan gejalanya tersebut, namun pasien mengaku tidak rutin menggunakannya.

Kelainan klinis khas yang dapat dijumpai pada pasien dengan tinea corporis adalah adanya lesi berupa plak atau *patch* eritema berskuama dan berbatas tegas dengan daerah tepi lebih aktif dan dijumpai di bagian tengah lesi lebih tenang (*central healing*) serta konfigurasi lesi yang biasanya tersusun anular dan terpisah satu dengan yang lain, tetapi dapat pula terlihat dengan susunan polisiklik karena beberapa lesi menjadi satu (12). Berdasarkan hasil pemeriksaan status dermatologis pada pasien didapatkan pada regio antebrachii dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi berukuran plak dan berbatas tegas dengan lesi tengah lebih menyembuh serta tepi lesi aktif yang eritema dan berskuama. Selain itu, pada regio tibia sinistra dan dextra tampak *patch* eritema, berbatas tegas, dan disertai dengan skuama pada tepi lesi. Serta pada region abdomen ditemukan pula *patch* hipopigmentasi berukuran plak dan berbatas tegas. Pada temuan tersebut secara umum sesuai dengan ciri dan karakteristik lesi pada tinea corporis.

Adapun pada tinea cruris, lesi yang biasanya dijumpai adalah berupa plak eritema atau hiperpigmentasi yang berukuran besar, berskuama, dan berbatas tegas, disertai dengan *central healing* dan mungkin papula atau pustula pada tepi lesi (12). Hal ini sesuai dengan lesi yang dijumpai pada regio abdomen tampak plak eritema multipel disertai skuama berukuran numular hingga plak serta berbatas tegas dengan lesi tengah lebih menyembuh.

Semua orang tidak memiliki kerentanan yang sama terhadap infeksi jamur, dan ada kecenderungan keluarga dan genetik yang mungkin dimediasi oleh cacat spesifik dalam

kekebalan bawaan dan adaptif. Beberapa faktor predisposisi lainnya termasuk penyakit yang mendasari seperti diabetes mellitus, limfoma, status immunocompromised, sindrom Cushing, keringat berlebih, atau usia tua. Pandangan yang dipegang saat ini adalah bahwa respons imun yang dimediasi sel bertanggung jawab untuk mengendalikan dermatofitosis.

Untuk dapat menimbulkan suatu penyakit, dermatofitosis terjadi melalui 3 tahap utama, yaitu perlekatan dengan keratinosit, penetrasi melewati dalam sel (invasi), dan pembentukan respon imun. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Maret 2024 berupa pemeriksaan kalium hidroksida (KOH) 10% dan didapatkan hasil hifa positif. Pemeriksaan KOH yang dilakukan pada pasien menggunakan sediaan kerokan yang diambil dari tepi lesi yang masih aktif untuk selanjutnya dilakukan pemeriksaan menggunakan mikroskop cahaya dengan pembesaran lensa okuler 10 kali dengan lensa objektif 10 dan 40 kali. Larutan KOH digunakan agar elemen jamur dapat terlihat secara lebih jelas (8)

Pemeriksaan kultur jamur merupakan *gold standard* diagnostik dalam mikologi, Pemeriksaan tersebut diperlukan untuk menentukan spesies jamur. Pemeriksaan mikroskopis berlangsung setelah pemberian larutan 10% hingga 20% kalium hidroksida (KOH) pada goresan kulit. Pemanasan lembut, selain persiapan KOH, berfungsi untuk melarutkan keratin dan menekankan dermatofit itu sendiri. Visualisasi mikroskopis mengungkapkan septat dan bercabang hifa panjang dan sempit tanpa penyempitan.

Pembagian dermatofitosis dapat dilakukan berdasarkan lokasi lesi yang timbul di mana pada pasien ini, lesi timbul pada wajah (*tinea facialis*), perut bagian bawah (*tinea cruris*), dan tungkai bawah kiri serta kedua lengan bawah yang merupakan bagian dari *tinea corporis* sehingga berdasarkan anamnesis, pemeriksaan dermatologis dan pemeriksaan penunjang, didapatkan diagnosis kerja pada pasien berupa *tinea corporis et cruris*. Diagnosis banding pada pasien ini adalah Penyakit yang ada dalam diagnosis diferensial dapat meniru penampilan *tinea corporis*. Ini juga biasanya hadir dengan lesi annular. Kasus-kasus yang refrakter terhadap pengobatan antijamur atau memiliki pemeriksaan mikroskopis kalium hidroksida negatif harus memerlukan penyelidikan lebih lanjut. Penyakit umum lainnya yang mungkin muncul serupa termasuk eksim nummular, *erythema annulare centrifugum*, *tinea versicolor*, kandidiasis kulit, lupus *erythematosus* kulit subakut, *pityriasis rosea*, dermatitis kontak, dermatitis atopik, dermatitis seboroik, psoriasis.

Penatalaksanaan yang diberikan saat datang pertama kali ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia adalah obat anti jamur topikal berupa obat anti jamur sistemik berupa itraconazole (100 mg 1 kali sehari), serta cetirizine (10 mg/hari), dan ketoconazole

2% dioleskan pada area yang gatal 2 kali sehari. Pengobatan pada dermatofitosis dapat diberikan melalui topikal dan sistemik. Agen antijamur topikal direkomendasikan untuk dermatofitosis yang muncul sebagai infeksi lokal dan antijamur sistemik diindikasikan untuk infeksi yang lebih luas. Terapi kombinasi diharapkan memberikan penyembuhan klinis dan mikologis yang lebih baik dibandingkan obat topikal atau sistemik yang digunakan secara terpisah. Sebaiknya menggunakan kombinasi dari kelompok antijamur yang berbeda tidak hanya untuk cakupan yang luas, namun juga untuk mencegah timbulnya resistensi (6). Pada pasien ini anti jamur sistemik juga diberikan mengingat lesi yang relatif luas dan tidak berkurang secara signifikan setelah pasien menggunakan krim tolnafate dan ketoconazole sebelumnya. Prognosis pada kasus baik tinea corporis, tinea cruris, adalah baik pada pasien yang imunokompeten dan mendapat terapi adekuat. Namun, risiko terjadinya rekurensi dan komplikasi meningkat jika pasien memiliki faktor predisposisi tertentu seperti obesitas, kondisi imunokompromais termasuk diabetes mellitus, penggunaan steroid topical secara berkepanjangan (berkaitan dengan tinea incognito pada kasus tinea corporis), serta trauma pada kulit seperti saat mencukur. Trauma kulit ringan seperti mencukur dapat mempengaruhi pasien untuk granuloma Majocchi. Lesi melibatkan folikel rambut dan muncul sebagai nodul atau papula eritematosa. Ini bahkan dapat berkembang menjadi abses. Antijamur oral seperti terbinafine 250 mg sekali sehari selama 2 hingga 4 minggu adalah terapi yang direkomendasikan dalam kasus Majocchi granuloma.

## **KESIMPULAN**

Pasien a.n. R, perempuan, berusia 16 tahun, bersuku Aceh, merupakan Warga Negara Indonesia, berasal dari Tanah Luas, Kota Lhokseumawe, Aceh, bernomor RM 07.92.41, datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia pada Senin, 18 Maret 2024. Pasien dirujuk dari Klinik Yayasan Meutuah, Tanah Luas.

Berdasarkan anamnesis yang dilakukan didapatkan keluhan utama berupa adanya bercak kemerahan yang terasa gatal di area selangkangan sejak 4 bulan sebelumnya yang kemudian semakin meluas disertai dengan timbulnya bercak kemerahan pada tungkai bawah kiri kanan, perut, dan kedua lengan. Keluhan gatal terjadi hilang timbul dan memberat setelah pasien beraktivitas dan berkeringat. Berdasarkan pemeriksaan fisik dermatologis didapatkan pada regio abdomen, antebrachii dextra et sinistra, femur dextra et sinistra dan tibia dextra et sinistra tampak *patch* hipopigmentasi atau plak eritema yang berbatas tegas dengan bagian tengah lesi lebih tenang serta tepi lesi eritema dan/atau berskuama. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang pada tanggal 18 Maret 2024

berupa pemeriksaan KOH 10% dengan hasil hifa positif.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan dermatologis, dan pemeriksaan penunjang pada pasien maka diagnosis kerja pasien ini adalah tinea corporis et cruris. Penatalaksanaan yang diberikan saat datang pertama kali ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia adalah itraconazole 100 mg 1 kali sehari, cetirizine 10 mg/hari, dan ketoconazole cream dioleskan pada area yang gatal 2 kali sehari. Adapun penatalaksanaan non farmakologis yang dilakukan adalah dengan memberikan edukasi kepada pasien.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Brescini L, Fioriti S, Morroni G, Barchiesi F. Antifungal Combinations in Dermatophytes. *Journal of Fungi*. 2021 Sep 5;7(9):727.
2. Ahmad S, Ahmad G, Mohsin M. Superficial Dermatophytic Infection Prevention and Its Management: A Review. *International Journal of Research and Review*. 2021 Aug 25;8(8):427–39.
3. Rengasamy M, Shenoy M, Dogra S, Asokan N, Khurana A, Poojary S, et al. Indian association of dermatologists, venereologists and leprologists (IADVL) task force against recalcitrant tinea (ITART) consensus on the management of glabrous tinea (INTACT). *Indian Dermatol Online J*. 2020;11(4):502.
4. Rahadiyanti DD, Ervianti E. Studi Retrospektif: Karakteristik Dermatofitosis. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2018 Apr;30(1):66–72.
5. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S, et al. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *Journal of Fungi*. 2021 Dec 31;8(1):39.
6. Sahoo A, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(2):77.
7. Siswati AS, Rosita C, Triwahyudi D, Budianti WK, Mawardi P, Dwiyanara RF. *Panduan Praktis Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi Indonesia*. Jakarta: PERDOSKI; 2021.
8. Petrucelli MF, Abreu MH de, Cantelli BAM, Segura GG, Nishimura FG, Bitencourt TA, et al. Epidemiology and Diagnostic Perspectives of Dermatophytoses. *Journal of Fungi*. 2020 Nov 23;6(4):310.
9. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. Vol. 2. McGraw Hill Education; 2019.
10. Susanto IK. Tinea Corporis Therapy. *Jurnal Kedokteran Meditek*. 2023 Jan 14;29(1):82–8.
11. Gadithya IDG, Darmada IGK, R LMM. Laporan Kasus Tinea Korporis et Kruris. *Jurnal Medika Udayana*. 2015 May;3(4):449–62.

12. Riyadi E, Batubara DE, Pratiwi Lingga FD. Hubungan Higiene Perorangan Dengan Angka Kejadian Dermatofitosis. *JURNAL PANDU HUSADA*. 2020 Oct 24;1(4):204.
13. Yuwita W, Ramali LM, H. RMN. Karakteristik Tinea Kruris dan/atau Tinea Korporis di RSUD Ciamis Jawa Barat. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin - Jurnal Universitas Airlangga*. 2016;28(2).
14. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP, Roh EK. *Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology*. 8th ed. McGraw Hill Education; 2017.
15. Menaldi SLS, Bramono K, Indriatmi W. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FK UI; 2016.
16. Sidhu G, Akhondi H. Loratadine [Internet]. StatPearls Publishing LLC; 2024 [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542278/>