



## Pitiriasis Versikolor

Rahmi Safira<sup>1</sup>, Wizar Putri Mellaratna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin, RSUD Cut Meutia, Aceh Utara

Alamat: Universitas Malikussaleh

Korespondensi penulis: [rahmi.180610011@mhs.unimal.ac.id](mailto:rahmi.180610011@mhs.unimal.ac.id)\*

**Abstract.** *Pityriasis versicolor* is an infectious disease that arises due to decreased immunity and is chronic. This disease is caused by the fungus *Malassezia sp.* which is characterized by hypopigmented or hyperpigmented macules, which can even be accompanied by erythematous and smooth scales. Infection occurs more often in areas with relatively higher temperatures and humidity. *Pityriasis versicolor* has a worldwide prevalence of up to 50% in tropical countries and 1.1% in cold climates. The incidence of *pityriasis versicolor* is the same in all races, but is more frequently seen in dark-skinned individuals due to changes in skin pigmentation. This case report describes a 10 year old girl who came with complaints of white spots appearing on her face for 8 months. The initial appearance of the spots is accompanied by itching when sweating. Dermatological examination revealed multiple hypopigmented macules of lenticular to nummular size with well-defined borders with fine scales. On examination with 20% KOH, grouped spores and short hyphae appear like spaghetti and meatballs. Clustered spores are a sign of colonization, while hyphae indicate infection. *Pityriasis versicolor* therapy consists of administering antifungals which can be done topically and systemically. Furthermore, patients are educated to always keep their skin dry, reduce activities that cause excessive sweating, and wear clothing that is not tight and absorbs sweat.

**Keywords:** *Pityriasis versicolor*, *Malassezia*, KOH

**Abstrak.** Pitiriasis versikolor adalah penyakit infeksi yang timbul akibat penurunan kekebalan tubuh dan bersifat kronik. Penyakit ini disebabkan oleh jamur *Malassezia sp.* yang ditandai dengan makula hipopigmentasi ataupun hiperpigmentasi, bahkan dapat disertai eritematosa dan sisik halus. Infeksi lebih sering terjadi di wilayah dengan suhu dan kelembapan yang relatif lebih tinggi. Pitiriasis versikolor memiliki prevalensi di seluruh dunia hingga 50% di negara tropis dan 1,1% di negara beriklim dingin. Insidensi pitiriasis versikolor sama pada semua ras, namun lebih sering terlihat pada individu berkulit gelap akibat perubahan pigmentasi kulit. Laporan kasus ini memaparkan tentang seorang perempuan berusia 10 tahun datang dengan keluhan muncul bercak berwarna putih pada wajah sejak 8 bulan yang lalu. Awal muncul bercak tersebut disertai dengan rasa gatal saat berkeringat. Pemeriksaan dermatologis tampak makula hipopigmentasi multiple ukuran lentikular hingga numular terbatas tegas dengan skuama yang halus. Pada pemeriksaan KOH 20% tampak spora berkelompok dan hifa pendek seperti gambaran *spaghetti and meatballs*. Spora berkelompok merupakan tanda kolonisasi, sedangkan hifa menunjukkan adanya infeksi. Terapi pitiriasis versikolor berupa pemberian antijamur yang dapat dilakukan secara topikal dan sistemik. Selanjutnya pasien di edukasi agar selalu menjaga menjaga kulit tetap kering, mengurangi aktivitas yang membuat keringat berlebih, dan menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat.

**Kata kunci:** *Pityriasis versicolor*, *Malassezia*, KOH

### 1. LATAR BELAKANG

Pitiriasis versikolor adalah penyakit infeksi yang timbul akibat penurunan kekebalan tubuh dan bersifat kronik. Penyakit ini disebabkan oleh jamur *Malassezia sp.* yang ditandai dengan makula hipopigmentasi ataupun hiperpigmentasi, bahkan dapat disertai eritematosa dan sisik halus (1).

Tidak ada dominasi jenis kelamin atau etnis yang dilaporkan dalam pitiriasis versikolor, dapat mempengaruhi orang-orang dari segala usia. Namun demikian, penyakit ini paling sering berkembang pada remaja dan dewasa muda karena peningkatan produksi sebum oleh kelenjar sebaceous, yang bertanggung jawab atas lingkungan kaya lipid, yang optimal untuk jamur (2). Penyakit ini terjadi secara global, namun paling sering ditemukan di daerah tropis dan menunjukkan insiden yang lebih tinggi selama musim panas. Prevalensi PV mencapai hingga 50% di wilayah tropis, sedangkan diperkirakan sekitar 1–4% dan 1% di wilayah beriklim sedang dan dingin (3).

Pitiriasis versikolor seringkali didiagnosa berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Lesi PV terutama terdapat pada badan bagian atas, leher, dan perut, ekstremitas sisi proksimal. Kadang ditemukan pada wajah dan skalp; dapat juga ditemukan pada aksila, lipat paha, genitalia. Lesi berupa makula berbatas tegas, dapat hipopigmentasi, hiperpigmentasi dan kadang eritematoso, terdiri atas berbagai ukuran, dan berskuama halus (pitiriasiformis). Umumnya tidak disertai gejala subyektif, hanya berupa keluhan kosmetik, meskipun kadang ada pruritus ringan (4).

Pasien harus diedukasi mengenai menetapnya hipopigmentasi, diperlukan waktu yang cukup lama untuk repigmentasi kembali seperti kulit normal. Hal itu bukan kegagalan terapi, sehingga penting untuk memberikan edukasi pada pasien bahwa bercak putih tersebut akan menetap beberapa bulan setelah terapi dan akan menghilang secara perlahan (5). Pitiriasis versikolor umumnya diawali asimtomatik sehingga pasien tidak sadar telah terinfeksi. Indonesia yang merupakan daerah tropis dapat menjadi acuan dengan prevalensi tinggi angka kejadian PV. Kurangnya higiene dan pengetahuan masyarakat menyebabkan insiden pitiriasis versikolor masih tinggi (6).

### **1.1 Ilustrasi Kasus**

Pasien Nn. Z berusia 10 tahun datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia dengan keluhan berupa muncul bercak berwarna putih pada wajah. Keluhan sudah dialami pasien sejak 8 bulan yang lalu. Awalnya bercak putih muncul di bagian pipi sebelah kiri sebesar biji jagung. Pasien mengeluhkan awal muncul bercak tersebut disertai rasa gatal saat berkeringat dan tidak disertai rasa nyeri. Namun, beberapa bulan terakhir ini bercak tersebut semakin bertambah banyak dan meluas ke pipi kanan, dagu, dahi, dan hidung pasien.

Pasien tidak pernah mengalami keluhan seperti ini sebelumnya, riwayat alergi disangkal, riwayat keluarga pasien menderita penyakit yang sama seperti pasien yaitu abang pasien. Riwayat penggunaan obat, pasien pernah meminum obat itrakonazol dan krim ketoconazole yang didapat saat berobat ke poli kulit.

Pemeriksaan vital sign didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran composmentis, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu tubuh 36.5 °C, dan berat badan 32 kg. Pemeriksaan status dermatologis pada regio facialis, Tampak makula hipopigmentasi multiple ukuran lentikular hingga numular berbatas tegas dengan skuama yang halus. Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang KOH 10% pada tanggal 21 Maret 2024 di Laboratorium RSUD Cut Meutia didapatkan hifa dan spora positif.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pada pasien, maka didiagnosa dengan pitiriasis versikolor. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien saat datang ke Poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia adalah itraconazole 100mg 1 kali sehari, zinc syrup 1 kali sehari, dan ketoconazole cream dioleskan 2 kali sehari. Selanjutnya pasien di edukasi agar selalu menjaga menjaga kulit tetap kering, mengurangi aktivitas yang membuat keringat berlebih, dan menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat. Prognosis pada pasien *quo ad vitam*, *quo ad functionam* dan *quo ad sanationam* adalah *dubia ad bonam*.

## 1.2 Gambaran Klinis Pasien

### 1.2.1 Kunjungan pada tanggal 21 Maret 2024



**Gambar 1.1 Tampak makula hipopigmentasi multiple ukuran lentikular hingga numular berbatas tegas dengan skuama yang halus.**

### 1.2.2 Kunjungan pada tanggal 28 Maret 2024



### 1.2.3 Gambar Mikroskopis

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien adalah pemeriksaan KOH 10% dengan sampel kerokan pada lesi di regio facialis dengan hasil ditemukan adanya hifa dan spora.



**Gambar 1.2 Pemeriksaan KOH 10% tampak adanya hifa dan spora**

## 2. PEMBAHASAN

Pasien datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia dengan keluhan berupa muncul bercak berwarna putih pada wajah. Keluhan sudah dialami pasien sejak 8 bulan yang lalu. Awalnya bercak putih muncul di bagian pipi sebelah kiri sebesar biji jagung. Pasien mengeluhkan awal muncul bercak tersebut disertai rasa gatal saat berkeringat dan tidak disertai rasa nyeri. Namun, beberapa bulan terakhir ini bercak tersebut semakin bertambah banyak dan meluas ke pipi kanan, dagu, dahi, dan hidung pasien.

Pitiriasis versikolor (PV) atau yang lebih dikenal orang awam dengan sebutan panu yang disebabkan oleh *Malassezia sp.* dimana spesies terbanyak penyebab penyakit ini adalah *Malassezia furfur*. Pitiriasis versikolor merupakan infeksi mikosis superfisial yang banyak dialami usia remaja hingga dewasa (4).

Prevalensi pitiriasis versikolor di Amerika Serikat diperkirakan 2%-8% dari populasi. Infeksi lebih sering terjadi di wilayah dengan suhu dan kelembapan yang relatif lebih tinggi. Pitiriasis versikolor memiliki prevalensi di seluruh dunia hingga 50% di negara tropis dan 1,1% di negara beriklim dingin. Insidensi pitiriasis versikolor sama pada semua ras, namun lebih sering terlihat pada individu berkulit gelap akibat perubahan pigmentasi kulit (3).

Pasien adalah seorang dengan jenis kelamin perempuan. Pitiriasis versicolor mampu menginfeksi laki-laki maupun perempuan. Tidak didapatkan dominasi jenis kelamin pada kejadian pitiriasis versikolor. Pitiriasis versikolor lebih sering terjadi pada remaja dan dewasa muda, kemungkinan disebabkan oleh peningkatan produksi sebum oleh kelenjar sebaceous yang memungkinkan lingkungan yang lebih kaya lipid dimana *Malassezia* dapat tumbuh.

*M. furfur* dapat dikultur dari kulit yang terkena ataupun yang normal karena dianggap sebagai bagian dari flora normal, terutama di area tubuh kaya sebum. Pitiriasis versikolor dapat terjadi apabila keadaan antara flora jamur dan host tidak seimbang. PV disebabkan oleh *Malassezia sp.*, ragi bersifat lipofilik, jamur ini juga bersifat dimorfik, bentuk ragi dapat berubah menjadi hifa. Dahulu ragi ini digolongkan sebagai genus *Pityrosporum* (terdiri atas *Pityrosporum ovale* dan *Pityrosporum orbiculare*), tetapi kemudian mengalami reklasifikasi sebagai genus *Malassezia*. Berdasarkan analisis genetik, diidentifikasi 6 spesies lipofilik pada kulit manusia yakni *M. furfur*, *M. sympodialis*, *M. globosa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. obtusa*; dan satu spesies yang kurang lipofilik dan biasa terdapat pada kulit hewan, *M. pachydermatis*. Selanjutnya dilaporkan spesies lain: *M. dermatis*, *M. yaponica*, *M. nana*, *M. caprae*, *M. equine*. Sifat lipofilik menyebabkan ragi ini banyak berkolonisasi pada area yang kaya sekresi kelenjar sebaceous. Beberapa studi terpisah menunjukkan bahwa *M. globosa* banyak

berhubungan dengan PV, tetapi studi lain menunjukkan bahwa *M. sympodialis* dan *M. furfur* yang dominan pada PV (7).

Ada dua faktor yang mempengaruhi keseimbangannya yaitu faktor eksogen dan faktor endogen. Faktor endogen antara lain genetik, produksi kelenjar sebacea berlebihan malnutrisi, pemakaian obat-obatan dan faktor imunologi, sedangkan faktor eksogen adalah kelembapan kulit dan suhu yang tinggi. Peningkatan kelembapan, suhu dan tekanan CO<sub>2</sub> tampaknya menjadi faktor penting yang berkontribusi terhadap infeksi. *M. furfur* adalah organisme lipofilik dimorfik yang tumbuh *in vitro* hanya dengan penambahan asam lemak C12-C14 seperti minyak zaitun dan lanolin. Dalam kondisi yang sesuai, ragi ini dapat berubah dari bentuk saprofit ke bentuk miselium yang sebagian besar bersifat parasit, yang menyebabkan penyakit klinis (3).

Faktor predisposisi yang mempengaruhi transisi miselium termasuk lingkungan yang hangat dan lembab, hiperhidrosis, kontrasepsi oral, dan penggunaan kortikosteroid sistemik, penyakit Cushing, immunosupresi, dan keadaan malnutrisi. Secara khusus, melalui lipase *Malassezia* memetabolisme berbagai asam lemak seperti arachidonic atau vaccenic acid dan selanjutnya melepaskan azelaic acid sebagai salah satu metabolitnya. Asam azelaic menghambat kerja tirosinase dalam jalur produksi melanin, yang menghasilkan hipopigmentasi kulit yang terkena selama berbulan-bulan dan terkadang hingga bertahun-tahun. Hipopigmentasi ini mungkin semakin parah pada bulan-bulan musim panas jika kulit di sekitar yang tidak terkena dampak menjadi kecoklatan.

Hasil dari anamnesis yang dilakukan dengan pasien didapatkannya keluhan utama yaitu, terdapat bercak berwarna putih pada wajah yang awalnya terasa gatal saat berkeringat. Pitiriasis versikolor biasanya asimtomatis, tetapi dapat dijumpai gatal pada keluhan pasien. Rasa gatal ini diperberat saat pasien beraktivitas yang menyebabkan pasien berkeringat banyak. Pasien yang menderita Pitiriasis versikolor biasanya mengeluhkan bercak pigmentasi dengan alasan kosmetik.

Lesi tampak makula hipopigmentasi multiple ukuran lentikular hingga numular berbatas tegas dengan skuama yang halus. Diagnosis klinis dapat ditegakkan berdasarkan gambaran lesi yang sesuai dengan karakteristik pitiriasis versikolor, pemeriksaan fluoresensi kulit dengan lampu Wood, dan sediaan langsung kerokan kulit. Pasien pitiriasis versikolor umumnya hanya mengeluh bercak-bercak putih, kecoklatan, atau merah muda, tidak gatal atau sedikit gatal saat berkeringat (5). Pada orang kulit putih atau terang, lesi berwarna lebih gelap dibandingkan kulit normal, sedangkan pada orang berkulit hitam atau gelap, lesi

cenderung putih. Hal ini sesuai dengan pitiriasis yang berarti penyakit dengan skuama halus seperti tepung dan versikolor yang berarti bermacam warna.

Bentuk dan ukuran lesi bervariasi, dapat berupa macula hingga patch atau papul hingga plak hipo/ hiperpigmentasi, berbatas tegas atau difus, tertutup skuama halus di sekitarnya (5). Bentuk folikular juga dapat ditemukan. Lesi dapat meluas, berkonfluens, atau tersebar. Tempat predileksinya terutama daerah yang ditutupi pakaian, seperti dada, punggung, perut, lengan atas, paha, leher (8). Kadang ditemukan pada wajah dan scalp, dapat juga ditemukan pada aksila, lipat paha, genitalia.

Malassezia memproduksi berbagai metabolit yang dapat menyebabkan perubahan warna pada lesi. Hipopigmentasi yang terlihat terutama pada pasien berkulit gelap bisa disebabkan oleh produksi azelaic acid, suatu asam dikarboksilat yang menghambat tyrosinase (enzim yang mengkatalisis langkah penting dalam sintesis melanin) dan mungkin juga bersifat sitotoksik secara langsung pada melanosit (3).

Beberapa penyebab hipopigmentasi lainnya terjadi akibat, pitiriasitrin dan pitirialakton yang mampu menyerap sinar UV, asam azaleat, asam dekarboksilat yang menurunkan produksi melanosit dengan menghambat enzim tyrosinase, malassezin yang menginduksi apoptosis melanosit, malassezindole A, aktivitasnya menghambat kerja tyrosinase dan mengganggu sintesis tyrosinase, keto-malassezin sebagai inhibitor tyrosinase dengan menghambat reaksi DOPA (3,4-di hidroksifenilalanin) melanosit, dan metabolit lain seperti indirubin, ICZ, pitiriarubin, dan triptanthrin (8).

Umumnya pada pemeriksaan PV skuama sering sulit terlihat. Untuk membuktikan skuama yang tidak tampak, dapat dilakukan peregangan atau penggoresan lesi dengan kuku jari tangan sehingga skuama tampak lebih jelas, dikenal sebagai *evoked scale sign* dan *skuama's PV sign*. Peregangan atau penggoresan lesi akan meningkatkan kerapuhan stratum korneum kulit yang terinfeksi pitiriasis versikolor, sehingga akan muncul tanda klinis yang berguna untuk membantu menegakkan diagnosis.

Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang KOH dan didapatkan hasil sporran dan hifa positif. Pada pemeriksaan penunjang pitiriasis versikolor dapat dilakukan pemeriksaan lampu wood dapat memberikan lesi kulit kuning keemasan (9). Pada temuan histologis PV meliputi parakeratosis, hiperkeratosis, akantosis ringan, dan infiltrasi perivaskular superfisial ringan pada dermis bagian atas. Pada pemeriksaan KOH 20% tampak spora berkelompok dan hifa pendek seperti gambaran *spaghetti and meatballs* (2). Spora berkelompok merupakan tanda kolonisasi, sedangkan hifa menunjukkan adanya infeksi. Lesi hiperpigmentasi cenderung mengandung lebih banyak hifa dan spora dibandingkan lesi hiperpigmentasi. Pada lesi

hipopigmentasi, lapisan tanduk cenderung sedikit hiperkeratosis dan mungkin terdapat penurunan melanosome pada stratum spinosum.

Diagnosis banding pada pasien ini adalah pityriasis alba, pityriasis rosea, dan dermatitis seboroik. Pada pityriasis alba juga terdapat macula hipopigmentasi disertai skuama putih halus, namun predileksinya terutama di daerah yang sering terpajan sinar matahari seperti di daerah wajah, leher, badan bagian atas, dan ekstremitas proksimal. Lesinya juga berbentuk bulat, oval atau ireguler dengan batas difus. Untuk penegakan diagnosis tidak perlu dilakukan pemeriksaan penunjang khusus. Pada pityriasis rosea, diawali dengan timbulnya macula/plak soliter berwarna merah muda dengan skuama halus (*herald patch*) kemudian beberapa hari samapai minggu timbul lesi serupa dengan ukuran lebih kecil di badan dan ekstremitas atas yang tersusun sesuai lipatan kulit (*Christmas tree pattern*). Dermatitis seboroik umum dijumpai pada anak dan dewasa. Ditemukan pada area kulit yang memiliki banyak kelenjar sebacea seperti wajah, kulit kepala, telinga, tubuh bagian atas dan fleksura. Kemerahan dan sisik di kulit kepala, lipatan nasolabial, alis mata, area post auricular, dahi dan dada. Area kulit kemerahan biasanya gatal. Pasien juga mengeluhkan ketombe yang tebal dan menempel pada kulit kepala. Namun, dermatitis seboroik ini keluhan memburuk jika terdapat stressor atau cuaca dingin (1).

Beberapa kelainan dengan klinis yang mirip dan perlu dibedakan dari PV, antara lain pityriasis alba, eritrasma, vitiligo, dermatitis seboroik, pityriasis rosea, morbus Hansen tipe tuberkuloid, dan tinea. Perbedaan karakteristik klinis perlu dicermati, dan pemeriksaan penunjang yang sesuai dapat membantu untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis (9).

Penatalaksanaan yang diberikan saat datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia adalah itraconazole 1x100mg, zinc syr 1 x cth 7,5 cc, dan ketoconazole cream 2x1. Terapi pityriasis versikolor dapat dilakukan secara topikal dan sistemik. Keuntungan terapi topikal adalah kerjanya yang cepat dan dapat ditoleransi dengan baik oleh tubuh. Efek samping serius yang sedikit dan interaksi obat yang terbatas.

Terdapat beberapa obat yang dapat dipilih sesuai dengan indikasi sebagai berikut:

### 2.1 Topikal

- Sampo ketokonazol 2% dioleskan pada daerah yang terinfeksi/seluruh badan, 5 menit sebelum mandi, sekali/hari selama 3 hari berturut-turut
- Sampo selenium sulfida 2,5% sekali/hari 15-20 menit selama 3 hari dan diulangi seminggu kemudian. Terapi rumatan sekali setiap 3 bulan (10).
- Sampo zink pirithione 1% dioleskan di seluruh daerah yang terinfeksi/seluruh badan, 7-10 menit sebelum mandi, sekali/hari atau 3-4 kali seminggu

- Khusus untuk daerah wajah dan genital digunakan vehikulum solutio atau golongan azol topikal (krim mikonazol 2 kali/hari)
- Krim terbinafin 1% dioleskan pada daerah yang terinfeksi, 2 kali/hari selama 7 hari (11)

## 2.2 Sistemik

Untuk lesi luas dan sulit disembuhkan/ rekalsitran dengan terapi topikal, dapat diberikan terapi:

- Itrakonazol 200 mg/hari selama 7 hari atau 100 mg/hari selama 2 minggu (11).
- Flukonazol 400 mg dosis tunggal (1A) atau 300 mg/minggu selama 2-3 minggu (12).

Alternatif: dapat diberikan terapi sistemik ketokonazol 200 mg/hari selama 10 hari. Penting diperhatikan jika terjadi resiko gangguan fungsi hepar, maka pemakaian ketokonazol tablet tidak dianjurkan. Obat dihentikan bila pemeriksaan klinis, lampu Wood, dan pemeriksaan KOH 2 minggu berturut-turut telah negatif. Pada kasus kronik berulang terapi pemeliharaan dengan topikal tiap 1-2 minggu atau sistemik ketokonazol 2x200 mg/hari sekali sebulan.

Selanjutnya pasien diberikan penjelasan mengenai penyakit, penyebab, sifat infeksi dan penularan penyakit, pilihan pengobatan dan cara penggunaan obat, serta pencegahan. Kepada pasien dijelaskan untuk menjaga hygiene individu dan lingkungan. Edukasi terhadap pasien .

## 2.3 Edukasi

- Memberitahu pasien bahwa repigmentasi memerlukan waktu yang lama bahkan sampai setelah sembuh
- Menjaga agar kulit tetap kering
- Mengurangi aktivitas yang membuat keringat berlebihan
- Hindari penggunaan handuk atau pakaian bersama dengan orang lain
- Menggunakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat<sup>[11]</sup>

Prognosis baik jika pengobatan dilakukan secara konsisten, serta faktor predisposisi dapat dihindari. Lesi hipopigmentasi dapat bertahan sampai beberapa bulan setelah jamur negatif, hal ini perlu dijelaskan pada pasien. Rekurensi dapat terjadi, dilaporkan 60% dalam 1 tahun pertama (1).

## 3. KESIMPULAN

Telah dilaporkan Nn. N perempuan, berusia 10 tahun, pasien berasal dari Tanah Luas, Kabupaten Aceh Utara, datang ke poliklinik kulit dan kelamin RSUD Cut Meutia. Pasien di diagnosis dengan Pitiriasis Versikolor.

Penyakit ini disebabkan oleh jamur *Malassezia sp.* yang ditandai dengan makula hipopigmentasi ataupun hiperpigmentasi, bahkan dapat disertai eritematosa dan sisik halus.

Tidak ada dominasi jenis kelamin atau etnis yang dilaporkan dalam pityriasis versikolor, dapat mengenai segala usia. Penyakit ini terjadi secara global, namun paling sering ditemukan di daerah tropis dan menunjukkan insiden yang lebih tinggi selama musim panas. Lesi PV terutama terdapat pada badan bagian atas, leher, dan perut, ekstremitas sisi proksimal. Kadang ditemukan pada wajah dan skalp; dapat juga ditemukan pada aksila, lipat paha, genitalia.

Pasien diberikan tatalaksana berupa Itraconazole 1 x 100mg, Zinc syr 1 x cth 7,5 cc, Ketoconazole cream 2 kali per hari. Selanjutnya pasien diberikan penjelasan mengenai penyakit, penyebab, pengobatan dan cara penggunaan obat, serta pencegahan. Prognosis baik jika pengobatan dilakukan secara konsisten, serta faktor predisposisi dapat dihindari.

#### **4. DAFTAR REFERENSI**

- Angel, M. A. L., Andarde, L. G. M., Lopez, L. E. O., Valencia, et al. (2019). Hyperchromic and erythematous pityriasis: Case report and review of the literature. *Journal of Dermatology Research and Therapy*.
- Arce, M., & Mendoza, D. G. (2018). Pityriasis Versicolor: Treatment update. *Current Fungal Infection Reports*.
- Ashbee, H. R. (2007). Update on the genus *Malassezia*. *Medical Mycology*.
- Hald, M., Arendrup, M. C., & Svejgaard, E. L. (2015). Evidence-based Danish guideline for the treatment of *Malassezia*-related skin disease. *Acta Dermato-Venereologica*.
- Karray, M., & McKinney, W. P. (2023). *Tinea Versicolor*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Kundu, V. R., & Garg, A. (2012). *Tinea (Pityriasis) Versicolor*. In Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. United States: McGraw Hill.
- Marks, J. G., & Miller, J. J. (2019). Lookingbill and Mark's Principle of Dermatology (6th ed.). Elsevier.
- Menaldi, S. L., Bramono, K., & Indriatmi, W. (2016). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. FKUI.
- Natividad, R., Genuino, F., Dofitas, B. L., Dans, L. F., & Amarilo, M. L. E. (2019). Systematic review and meta-analysis on oral azoles for the treatment of Pityriasis Versicolor. *Acta Medica Philippina*.
- Perdoski. (2021). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi*. Jakarta: Perdoski.
- Saunte, D. M. L., Gaitanis, G., & Hay, R. J. (2020). *Malassezia*-associated skin diseases, the use of diagnostics and treatment. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*.
- Tan, S. T., & Reginata, G. (2015). Uji Provokasi Skuama Pada Pityriasis Versikolor. *Cermin Dunia Kedokteran*, 42.