

TINEA KORPORIS ET KRURIS ET FASIALIS DENGAN TERAPI KOMBINASI ANTI JAMUR

Ida Ayu Diah Purnama Sari¹, I Kadek Dwiki Anjasmara²

^{1,2} Prodi Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha

e-mail: ida.ayu.diahsari@undiksha.ac.id, dwiki.anjasmara.2@student.undiksha.ac.id

Abstrak

Tinea atau dermatofitosis merupakan infeksi superfisial pada kulit, rambut, dan kuku yang disebabkan oleh infeksi dermatofita. Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan untuk menggunakan keratin sebagai sumber nutrisinya, oleh karena itu dermatofita menginfeksi jaringan yang mengandung keratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Tinea disebabkan oleh tiga kelompok jamur yakni *Epidermophyton*, *Trichophyton*, dan *Microsporum*. Kami melaporkan seorang wanita berusia 50 tahun dengan keluhan gatal yang dirasakan sejak 1 tahun yang lalu. Keluhan gatal disertai dengan bintik-bintik kemerahan pada kulit, yang kemudian berubah menjadi warna putih, dan akhirnya mengelupas. Pada pemeriksaan dermatologis, didapatkan pada regio fasialis, toraks, serta kruris dekstra dan sinistra berupa makula hipopigmentasi disertai skuama, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plakat, tersusun konfluen, dan tersebar regional pada regio kruris dekstra dan sinistra. Pada pemeriksaan mikrobiologi KOH 10% kerokan kruris dekstra dan sinistra, didapatkan hasil positif jamur. Pasien terdiagnosis tinea korporis et kruris et fasialis, kemudian diberikan tatalaksana topikal berupa ketokonazol krim 2%, serta itraconazol tablet 200 mg dosis sekali sehari pada malam hari dan setirizin tablet 10 mg dosis sekali sehari pada malam hari diberikan selama tujuh hari.

Kata kunci: Tinea, Anti Fungi, Terapi, Kombinasi.

Abstract

Abstract Tinea or dermatophytosis is a superficial infection of the skin, hair and nails caused by infection with dermatophytes. Dermatophytes are a group of fungi that have the ability to use keratin as a source of nutrition, therefore dermatophytes infect tissues containing keratin such as skin, hair and nails. Tinea is caused by three groups of fungi namely *Epidermophyton*, *Trichophyton*, and *Microsporum*. We report a 50 year old woman who was consulted with complaints of itching that was felt since 1 year ago. Complaints of itching are accompanied by reddish spots on the skin, which then turn white and eventually peel. On dermatological examination, we found hypopigmented macules with scaling, circumscribed, reddish edges, multiple, irregularly shaped, plaque-sized, confluent arranged, and spread regionally in the right and left cruris regions. left. On the microbiological examination of KOH 10% on the right and left cruris scrapings, positive results were obtained for the fungus. The patient was diagnosed with tinea corporis et cruris et facialis, then was given ketoconazole 2% cream topically, itraconazole tablets 1x200 mg and cetirizine tablets 1x10 mg.

Keywords : Tinea, Anti Fungi, Therapy, Combination

PENDAHULUAN

Mikosis atau infeksi jamur pada manusia terbagi menjadi tiga yakni *superficial mycoses*, *subcutaneous mycoses*, dan *deep mycoses* atau *systemic mycoses*. Tinea atau dermatofitosis merupakan infeksi superfisial pada kulit, rambut, dan kuku yang disebabkan oleh infeksi dermatofita. Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan untuk menggunakan keratin sebagai sumber nutrisinya, oleh karena itu dermatofita menginfeksi jaringan yang mengandung keratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Tinea disebabkan oleh tiga kelompok jamur yakni *Epidermophyton*, *Trichophyton*, dan *Microsporum*^{1,2}. Sekitar 25% penyakit jamur di dunia adalah tinea. Tinea relatif sering terjadi pada negara iklim tropis dengan status sosioekonomi rendah. Di Indonesia, tinea merupakan infeksi jamur yang paling umum ditemukan dengan persentase 52%. Tinea diklasifikasikan kembali berdasarkan predileksinya yakni tinea korporis (batang tubuh), tinea manus (tangan), tinea kapitis (kulit kepala), tinea kruris (paha), tinea pedis (kaki), tinea barbe (area jenggot), dan tinea unguium (kuku).

Tinea korporis merupakan dermatofitosis yang paling umum ditemukan pada daerah Asia yakni sekitar 35,4%^{1,3-5}. Tinea dapat ditularkan baik secara langsung maupun tidak langsung. Agar dapat menginfeksi pejamu, dermatofita harus mampu melekat, menembus jaringan, dan mampu bertahan pada berbagai kondisi pejamu, seperti suhu dan lingkungan. Tinea bersifat multifaktorial, hal ini dikarenakan manifestasi klinis dan

perjalanan penyakitnya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras, budaya, dan imunitas². Terapi kombinasi pada tinea dapat diberikan dengan dua grup anti jamur atau agen anti jamur ditambah dengan senyawa lainnya. Secara umum, kombinasi obat memberikan hasil yang bervariasi. Kombinasi grup anti jamur yang paling sering digunakan adalah anti jamur sistemik oral (terbinafin, griseofulvin, atau azol, utamanya itrakonazol) ditambah dengan anti jamur topikal (azol, terbinafin, siklopiroks, amorolfiin) selama beberapa minggu. Berdasarkan hasil menarik dari beberapa kombinasi anti jamur ini, penulis tertarik untuk membahas lebih jauh mengenai bidang ini^{2,6}.

LAPORAN KASUS

Anamnesis dan Penegakkan Diagnosis

Pasien perempuan berusia 50 tahun dikonsulkan ke bagian kulit dan kelamin dengan keluhan utama gatal-gatal yang dirasakan pada wajah, badan, dan paha, sejak 1 tahun yang lalu. Keluhan awalnya dirasakan pada area wajah, kemudian ke badan, hingga ke paha. Rasa gatal dirasakan memberat ketika pasien mengonsumsi obat-obatan asma yang diberikan oleh dokter yakni salbutamol, metilprednisolon, dan seretide diskus, serta membaik jika obat-obatan tersebut dihentikan.

Pasien juga dikeluhkan adanya bintik-bintik kemerahan di lokasi yang sama dan muncul bersamaan dengan gatal-gatal yang dirasakan pasien, memberat ketika pasien mengonsumsi obat-obatan asma, dan membaik jika obat-obatan tersebut dihentikan. Bintik

kemerahan tersebut dikatakan semakin lama berubah warnamenjadi putih dan akhirnya kulit pasien mengelupas. Keluarga mengatakan kulit pasien sudah mengelupas sebanyak 3 kali.

Pasien memiliki riwayat asma sejak tahun 2020 dan sempat diopname sebanyak 2 kali dikarenakan kekambuhan asma. Pada riwayat opname terakhir, pasien rutin melakukan kontrol rawat jalan selama 8 bulan. Pasien sempat mengeluhkan gatal-gatal yang muncul saat kontrol rutindan diberikan obat- obatan alergi yang tidak diingat oleh pasien dan keluarga. Pasien memiliki riwayat pengobatan salbutamol, metilprednisolon, dan seretide diskus sejak 1 tahun yang lalu. Pasien selalu mengonsumsi obat-obatan ini jika asma pasien kambuh. Keluarga mengatakan pasien selalu mengeluhkan gatal-gatal serta bintik kemerahan jika mengonsumsi obat tersebut, namun merasa sesak jika obat tersebut dihentikan. Pasien dan keluarga selalu membeli sendiri obat tersebut di apotek jika sudah habis tanpa resep dokter. Keluarga mengatakan pasien paling lama mengonsumsi obat-obatan tersebut selama 10 hari berturut-turut dan berhenti jika sesak sudah menghilang.

Keluarga pasien tidak ada yang memiliki keluhan serupa, serta tidak ada riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, dan asma. Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga yang memiliki tiga anak. Pasien tinggal di rumah bersama suami, serta anak kedua dan anak ketiga. Pasien tidak memiliki riwayat merokok atau mengonsumsi minuman beralkohol. Pasien tidak memiliki riwayat

pendidikan, suami pasien merupakan lulusan Sekolah Dasar. Pasien sehari-hari bekerja sebagai pedagang yang rutin berjualan di pasar bersama suami. Pasien mengaku sehari-hari mandi tidak menggunakan air panas atau air dingin, serta tidak menggunakan pakaian atau handuk secara bergantian dengan anggota keluarga yang lain. Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap pengobatan, makanan, atau yang lainnya.

Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan kesan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis (GCS E4V5M6), tekanan darah 120/70 mmHg, frekuensi nadi 60x/menit, frekuensi napas 20x/menit, dan suhu 36,5^o C. Pemeriksaan status generalis didapatkan *wheezing* pada lapang paru kiri. Status dermatologis pada regio fasialis, terdapat makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plakat, tersusun konfluen, tersebar regional pada wajah, dan disertai skuama.



Gambar 1. Lesi pada Regio Fasialis

Pada regio toraks, didapatkan makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio toraks, dan disertai skuama. Pada regio kruris dekstra dan sinistra, ditemukan makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio kruris dekstra dan sinistra, dan disertai skuama. Padapemeriksaan mikrobiologi KOH 10% kerokan kruris dekstra dan sinistra, didapatkan hasil positif jamur. Lesi pada pasien dapat dilihat pada gambar 1, 2, 3, dan 4.



Gambar 2. Lesi pada Regio Toraks



Gambar 3. Lesi pada Regio Kruris

Dekstra



Gambar 4. Lesi pada Regio Kruris Sinistra

METODE

Diagnosis Kerja dan Tatalaksana Awal

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien terdiagnosis tinea korporis et kruris et fasialis. Pasien diberikan tatalaksana topikal berupa ketokonazol krim 2% dan sistemik berupa itrakonazol tablet 1x200 mg dan setirizin tablet 1x10 mg.

Follow Up

Ketika dilakukan follow up hari ke-6, pada regio fasialis terdapat makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi hiperpigmentasi, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada wajah, disertai skuama yang sudah mulai berkurang. Pada regio toraks, didapatkan makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi hiperpigmentasi,

multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio toraks, dengan skuama yang sudah berkurang. Pada regio kruris dekstra dan sinistra, ditemukan makula hipopigmentasi yang membaik, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio kruris dekstra dan sinistra, dengan sedikit skuama. Perkembangan lesi pasien pada hari ke-6 follow up dapat dilihat pada gambar 5, 6, 7, dan 8.



Gambar 5. Perkembangan Lesi pada Regio Wajah



Gambar 6. Perkembangan Lesi pada



Regio Toraks

Gambar 7. Perkembangan Lesi pada Regio Kruris Dekstra

Gambar 8. Perkembangan Lesi pada Regio Kruris Sinistra

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tinea atau dermatofitosis merupakan infeksi jamur superficial pada jaringan dengan tinggi keratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Jamur ini biasanya ditemukan pada padastratum korneum kulit, khususnya di daerah tropis, jamur ini dapat berkembang dan menginfeksi dikarenakan kelembaban dan suhu yang ideal untuk pertumbuhannya. Tinea disebabkan oleh jamur golongan dermatofit yakni *Trichophyton*, *Epidermophyton*, dan *Microsporum*^{7,8}.

Berdasarkan transmisinya, kelompok dermatofit dibagi menjadi antropofilik, zoofilik, dan geofilik. Berdasarkan area yang diinfeksi, tinea terbagi menjadi tinea kapitis (kepala), tinea fasialis (wajah), tinea barbe (jenggot), tinea korporis (batang tubuh), tinea manus (tangan), tinea kruris (lipat paha), tinea pedis (kaki), dan tinea unguium (kuku). Variasi klinis lain dari tinea yakni tinea imbricata, pseudoimbricata, dan Majocchi granuloma^{8,9}.

Tinea merupakan infeksi jamur superfisial yang umum ditemukan di seluruh dunia. Insidennya lebih tinggi ditemukan pada negara tropis dan subtropis, hal ini dikarenakan tingginya kelembaban dan suhu lingkungan di daerah tersebut. Urbanisasi, penggunaan alas kaki yang oklusif, dan pakaian yang ketat merupakan faktor predisposisi prevalensi tinea yang tinggi. Prevalensi dermatofitosis di dunia diperkirakan 20- 25%^{9,10}.

Tinea korporis adalah dermatofitosis dengan prevalensi tertinggi di Asia sebanyak 35,4%. Risiko seseorang terinfeksi tinea korporis semasa hidupnya diperkirakan 10-20%.^{1,2,5} Berdasarkan penelitian, belum dapat disimpulkan apakah prevalensi tinea pada wanita lebih tinggi dibandingkan pria, atau sebaliknya. Hal ini dikarenakan tinea merupakan penyakit yang bersifat multifaktorial. Pada penelitian di RSUD Dr. Soetomo tahun 2019, sebanyak 59,1% pasien tinea adalah wanita, serupa dengan tahun 2014-2015 yakni sebanyak 58,11% pasien tinea adalah wanita. Namun, penelitian lain menunjukkan prevalensi tinea lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita. Hal ini

dikarenakan pria cenderung lebih aktif dan tidak memiliki hormon androgen wanita yakni progesteron dan estradiol, yang dapat menghambat pertumbuhan jamur dermatofit^{2,10}.

Dari perbandingan usia, kelompok usia produktif adalah kelompok terbanyak yang mengalami tinea dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda atau lebih tua. Hal ini dikarenakan ada beberapa faktor yang memengaruhi yakni pekerjaan basah, trauma, banyak berkeringat, selain pajanan terhadap jamur lebih lama. Namun, hal ini bervariasi pada penelitian lain dimana pada RSUD Dr. Soetomo, didapatkan prevalensi tinea tertinggi pada kelompok usia 45-49 dan 50-54 tahun dengan persentase masing-masing 10,62% dan 10,03%. Hal ini dikarenakan pada kelompok pasca pubertas, terjadi penurunan hormon androgenik yang memiliki efek inhibisi terhadap pertumbuhan jamur dermatofita^{1,2}.

Tinea disebabkan oleh kelompok yang dapat berkembang pada jaringan yang mengandung keratin untuk digunakan sebagai nutrisi. Pejamu, agen, dan lingkungan memiliki peran masing-masing dalam patogenesis tinea. Faktor risiko yang dapat ditemukan pada pejamu yakni kondisi imunokompromis seperti diabetes melitus, limfoma, dan penyakit kronik, higenitas yang buruk, penggunaan steroid, merokok, dan hipertensi. Selain itu, terdapat beberapa faktor risiko lain yakni higenitas yang buruk, penggunaan steroid, trauma, merokok, dan hipertensi. Faktor risiko lingkungan yang mendukung pertumbuhan jamur meliputi kelembaban yang tinggi, suhu udara yang tinggi, peningkatan

urbanisasi, dan penggunaan baju yang ketat. Variasi virulensi jamur pada berbagai spesies menyebabkan adanya kekambuhan. Pada awalnya, sebagian besar infeksi tinea disebabkan oleh *T. rubrum*, namun saat ini sudah mulai digantikan oleh *T. interdigitale* dan *T. mentagrophytes*^{7-9,11}.

Secara patogenesisnya, dermatofit memasuki tubuh manusia melalui kulit yang cedera, *scars*, dan luka bakar. Dermatofit akan menginvasi stratum korneum, yang kaya akan keratin, dan menghasilkan enzim keartinase. Enzim ini akan menyebabkan reaksi inflamasi pada daerah kulit seperti kemerahan dan indurasi. Adanya reaksi inflamasi akan menyebabkan patogen bergerak menjauhi lesi awal, sehingga terbentuk lesi cincin klasik. Adanya lesi berbentuk cincin tersebut merupakan asal nama lain dari tinea yakni *ringworm*¹².

Diagnosis tinea pada kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesis, pasien mengeluhkan gatal-gatal yang dirasakan pada wajah, badan, dan paha sejak 1 tahun yang lalu. Keluhan gatal dikatakan awalnya dirasakan pada area wajah, kemudian ke badan, hingga ke paha. Hal tersebut sesuai dengan kepustakaan dimana keluhan utama pasien tinea adalah rasa gatal yang memicu untuk menggaruk dan dapat terjadi perluasan rasa gatal tersebut ke area tubuh lain. Pasien juga mengeluhkan awalnya terdapat bintik-bintik kemerahan pada area yang dirasakngatal yang kemudian berubah warna menjadi putih dan akhirnya mengelupas. Hal ini sesuai dengan teori dimana pada tinea pada awalnya dapat

muncul tanda-tanda radang yang disebabkan oleh invasi dermatofit. Reaksi inflamasi kemudian menyebabkan pergerakan patogen menjauhi lesi awal, sehingga terbentuk lesi cincin klasik yakni *ringworm*^{4,12}.

Dari hasil anamnesis, pasien memiliki riwayat konsumsi kortikosteroid, metilprednisolon, sejak tahun 2021, pasien mengaku mengonsumsi kortikosteroid ketika asma mengalami kekambuhan. Keluhan asma tersebut membaik dengan konsumsi obat kortikosteroid dan yang lainnya, namun pasien mengeluhkan gatal-gatal, dan sesak kembali muncul jika obat tersebut dihentikan. Pasien dan keluarga selalu membeli sendiri obat tersebut di apotek jika sudah habis tanpa resep dokter. Keluarga mengatakan pasien paling lama mengonsumsi obat-obatan tersebut selama 10 hari berturut-turut dan berhenti jika sesak sudah menghilang.

Adanya riwayat gatal yang dimiliki oleh pasien dapat mengacaukan diagnosis tinea menjadi erupsi akibat obat-obatan. Kedua diagnosis banding ini dapat dibedakan berdasarkan lesi yang ditimbulkan dan dibahas pada pemeriksaan fisik. Berdasarkan kepustakaan yang ada, konsumsi obat steroid dalam jangka panjang merupakan salah satu faktor risiko timbulnya tinea. Hal ini dikarenakan konsumsi steroid sistemik dapat menurunkan sistem imun¹³. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada regio wajah, terdapat makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada wajah, dan disertai

skuama. Hal ini sesuai dengan kepustakaan dimana pada lesi di area wajah memiliki karakteristik lesi dapat muncul sebagai lesi eritematosa, bersisik, dan gatal pada wajah. Lesi juga dapat memiliki pola anular klasik, dengan tepi yang meninggi, bersisik, atau dapat juga memiliki tepi yang datar⁷. Pada regio toraks didapatkan makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio toraks, dan disertai skuama. Pemeriksaan di regio toraks juga sesuai dengan teori dimana lesi pada daerah tersebut berbentuk lingkaran, batas eritematosa yang tegas, disertai dengan tepi yang meninggi. Semakin lama, lesi akan berkembang dimana bagian tengah lesi akan mengalami perbaikan sehingga lesi akan berbentuk anular⁷.

Pada regio kruris dekstra dan sinistra, ditemukan makula hipopigmentasi, berbatas tegas sirkumskrip, tepi berwarna kemerahan, multipel, berbentuk tidak beraturan, berukuran plak, tersusun konfluen, tersebar regional pada regio kruris dekstra dan sinistra, dan disertai skuama. Hal ini sesuai dengan kepustakaan dimana manifestasi klinis dapat ditemukan secara unilateral, kemudian menginfeksi kedua lipat paha. Lesi yang ditemukan dapat berupa *patch* eritema dengan bagian sentral yang sudah mengalami perbaikan. Lesi kemudian dapat meluas ke bagian medial lipat paha, perut bagian bawah, pubis, perineum, dan bokong⁷.

Berdasarkan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan KOH menunjukkan hasil positif jamur (+). Hal

ini sesuai dengan kepustakaan, pemeriksaan KOH merupakan pemeriksaan yang sederhana, murah, cepat, dan efisien untuk melakukan skrining. Pada pemeriksaan KOH yang dilakukan oleh pasien sudah sesuai dengan kepustakaan dimana sediaan yang diambil berada pada tepi lesi yang masih aktif, disimpan dalam tempat yang tertutup, dan ditetesi KOH 10%. Pemberian KOH 10-20% ini bertujuan untuk melarutkan keratin sehingga hifa dan spora lebih mudah untuk dilihat. Hasil pemeriksaan KOH positif berarti ditemukan hifa pada spesimen tersebut⁹.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien terdiagnosis tinea korporis et kruris et fasialis, menyingkirkan diagnosis banding lainnya yakni psoriasis, pitriasis rosea, dan dermatitis seboroik. Diagnosis banding psoriasis disingkirkan karena pada psoriasis dapat ditemukan lesi plak eritema, berbatas tegas, disertai dengan skuama yang berwarna keperakan, kemudian dapat juga ditemukan auspitz sign positif, fenomena koebner, dan terdapat radang sendi, uveitis, serta riwayat keluarga psoriasis. Dermatitis seboroik memiliki manifestasi klinis berupa makula eritema dengan batas tegas yang disertai skuama berwarna kuning atau putih yang berminyak. Pitriasis rosea memiliki lesi *herald patch* yang tidak gatal, dengan persebaran simetris bilateral, erupsi dapat terjadi 4-14 hari kemudian, selain itu dapat ditemukan *christmas tree* pada punggung dan pola berbentuk V di area dada. Adanya hasil pemeriksaan jamur (+) juga semakin mendukung diagnosis tinea pada pasien ini^{4,5}.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini meliputi tatalaksana topikal dan sistemik. Tatalaksana topikal diberikan dengan ketokonazol krim 2%, sedangkan pada tatalaksana sistemik diberikan itrakonazol tablet 1 x 200 mg dan setirizin tablet 1 x 10 mg, masing-masing per oral. Pertimbangan pemberian terapi kombinasi (topikal dan sistemik) ini sesuai dengan kepastakaan dimana hal ini direkomendasikan pada lesi yang lebih luas dengan harapan memberikan luaran yang lebih baik. Pemberian terapi kombinasi ini juga sudah sesuai dengan kepastakaan dimana dianjurkan menggunakan kelas antifungi yang berbeda yakni ketokonazol termasuk grup imidazol dan itrakonazol termasuk grup triazol⁹. Tatalaksana tinea menggunakan terapi kombinasi (topikal dan sistemik) dilaporkan efektif dan dapat mempercepat penyembuhan klinis serta mikrobiologis dari infeksi superfisial. Beberapa penelitian juga melaporkan adanya luaran klinis yang baik pada pasien yang diberikan tatalaksana itrakonazol sistemik ditambah dengan ketokonazol topikal^{6,9}.

Pemberian ketokonazol krim 2% sebanyak 2 kali sehari sudah sesuai dengan kepastakaan, dimana pada tinea korporis dan tinea kruris dapat diberikan krim ketokonazol 2% sebagai terapi topikal. Ketokonazol merupakan golongan imidazol yang memiliki beberapa sediaan lain seperti gel 2%, shampoo 1 % dan 2%, serta *foam* 2%.

KESIMPULAN

Tinea atau dermatofitosis merupakan infeksi superfisial pada kulit, rambut, dan kukuyang disebabkan oleh infeksi dermatofita. Tinea disebabkan

Ketokonazol dan golongan azole lainnya bekerja dengan cara menghambat enzim lanosterol 14- α demetilase, memblokir sintesis ergosterol, yang merupakan komponen struktural penting dari membran sel jamur, sehingga terjadi kematian sel¹⁴.

Tatalaksana lain yang diberikan pada pasien ini adalah itrakonazol 1x200 mg. Itrakonazol merupakan antifungi golongan triazol yang bersifat basa lemah dan terionisasi pada pH yang rendah. Sehingga diperlukan asam lambung untuk melarutkan obat dan memberikan absorpsi yang adekuat. Oleh karena itu, konsumsi makanan atau minuman yang bersifat asam dapat meningkatkan *uptake* dari itrakonazol, sedangkan *proton- pump inhibitor*, antagonis H₂, dan antasid dapat menghambat penyerapan itrakonazol¹⁵.

Pemberian itrakonazol 200 mg selama 7 hari akan memberikan nilai plasma itrakonazol yang stabil dalam 4 hari, yakni 498-646 ng/ml. Kadar itrakonazol pada sebum dapat diukur pada 4 hari setelah terapi dan memiliki nilai yang lebih tinggi dibandingkan plasma sebanyak 5-10 kali lipat. Terapi antifungi itrakonazol memiliki efektivitas yang paling tinggi dibandingkan dengan griseofulvin, flukonazol, dan terbinafin bagi pengobatan tinea korporis dan tinea kruris, menurut empat literatur. Dosis yang diberikan pada terapi ini bervariasi mulai dari 5 mg/kgBB/hari atau 200 mg/hari^{16,17}.

oleh kelompok jamur dermatofita yakni *Trichophyton* (menginfeksi kulit, rambut, dan kuku), *Epidermophyton* (menginfeksi kulit), dan *Microsporum* (menginfeksi kulit dan rambut). Pejamu,

agen, dan lingkungan memiliki perannya masing-masing dalam patogenesis tinea. Diagnosis tinea ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan KOH. Tatalaksana dari tinea mencakup tatalaksana non farmakologis dan farmakologis (topikal atau sistemik). Pada kasus ini, pasien dengan tinea korporis et kruris fasialis

diberikan terapi kombinasi dengan topikal ketokonazol krim 2%, serta sistemik dengan itrakonazol tablet 1x200 mg dan setirizin tablet 1x10 mg. Perkembangan lesi pada hari ke-6, didapatkan lesi hipopigmentasi semakin membaik, tepi yang awalnya eritema menjadi hiperpigmentasi, dan skuama berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad S, Ahmad G, Mohsin M. Superficial Dermatophytic Infection Prevention and Its Management: A Review. *Int J Res Rev* 2021; **8**: 427–439.
- Brescini L, Fioriti S, Morroni G, Barchiesi F. Antifungal combinations in dermatophytes. *J Fungi* 2021; **7**: 1–16.
- Burmana F, Putri MN, Nusadewiarti A. Penatalaksanaan dan Pencegahan Tinea Korporis pada Pasien Wanita dan Anggota Keluarga. *Agromedunila* 2017; **4**: 103–108.
- Choi FD, Juhasz MLW, Atanaskova Mesinkovska N. Topical ketoconazole: a systematic review of current dermatological applications and future developments. *J Dermatolog Treat* 2019; **30**: 760–771.
- Datt S, Datt T. Pathogenesis and Clinical Significance of Dermatophytes. *Int J Curr Microbiol Appl Sci* 2019; **8**: 1877–1886.
- De Doncker P, Pande S, Richarz U, Garodia N. Itraconazole: What clinicians should know? *Indian J Drugs Dermatology* 2017; **3**: 4.
- Frieden IJ. Diagnosis and management of tinea capitis. *Pediatr Ann* 1987; **16**: 39–48.
- Gadithya IDG, Darmada IG., R LMM. Tinea Korporis Et Kruris. *e-Jurnal Med Udayana* 2015; **3**: 449–462.
- Hosthota A, Gowda T, Manikonda R. Clinical profile and risk factors of dermatophytoses: a hospital based study. *Int J Res Dermatology* 2018; **4**: 508.
- Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S *et al.* Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *JFungi* 2022; **8**: 1–15.
- Oktaviana N, Kawilarang AP, - D. Patient Profile Of Tinea Corporis In Dr. Soetomo General Hospital, Surabaya From 2014 To 2015. *J Berk Epidemiol* 2018; **6**: 200.
- Nurindi S, Oktarlina RZ, WP RR. Terapi Farmakologis Tinea Korporis pada Anak Pharmacologic Therapy for Children with Tinea Corporis. *Medula* 2020; **10**: 760–766.
- Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea corporis: An updated review. *Drugs Context* 2020; **9**: 1–12.
- Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, Mandelcorn ED, Leigh R *et al.* A practical guide to the monitoring and

management of the complications of systemic corticosteroid therapy.

Allergy, Asthma Clin Immunol 2013; **9**: 1–25.

Mujur, Amalia.M.P; Ismail SS. Tinea Kruris. *J Med Prof - Acta Obstet Gynaecol Jpn* 2019; **45**: S-102.

Sahoo A, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatol Online J* 2016; **7**: 77.

Sanggarwati SYDR, Wahyunitisari MR, Astari L, Ervianti E. Profile of Tinea Corporis and Tinea Cruris in Dermatovenereology Clinic of Tertiary Hospital: A Retrospective Study. *Berk Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin* 2021; **33**: 34.