



BUKU AJAR
Sistim Integumen

Disusun oleh :

dr. Merry Tiyas A, M.Kes.

dr. Rochman Basuki, M.Sc.

dr. Kanti Ratnaningrum, M.Sc.

Reviewer :

dr. Retno Indrastiti, SpKK

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
2015

PENYUSUN

dr. Merry Tiyas A, M.Kes.

dr. Rochman Basuki, M.Sc.

dr. Kanti Ratnaningrum, M.Sc.

ISBN : 978-602-61093-5-4

REVIEWER

dr. Retno Indrastiti, SpKK

PENYUNTING

dr. Merry Tiyas A, M.Kes.

DESAIN SAMPUL DAN TATA LETAK

.....

PENERBIT

Unimus Press

Jl. Kedung Mundu Raya No. 18 Semarang 50273

Telp. 024 76740296

Cetakan Pertama, April 2017

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

**Dilarang memperbanyak karya ini dalam bentuk dan dengan cara apapun
tanpa ijin tertulis dari penerbit**

VISI & MISI

Visi

Menjadi program studi yang unggul dalam pendidikan kedokteran dengan pendekatan kedokteran keluarga dan kedokteran okupasi yang islami berbasis teknologi dan berwawasan internasional pada tahun 2034

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang unggul berbasis Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan Standar Kompetensi dan Karakter Dokter Muhammadiyah (SKKDM).
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang kedokteran dasar, kedokteran klinik, kedokteran komunitas, kedokteran okupasi dan kedokteran islam guna mendukung pengembangan pendidikan kedokteran dan kesehatan masyarakat.
3. Menyelenggarakan pengabdian pada masyarakat di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat.
4. Mengembangkan dan memperkuat manajemen fakultas untuk mencapai kemandirian.
5. Mengembangkan dan menjalin kerjasama dengan pemangku kepentingan baik nasional maupun internasional.

KATA PENGANTAR

Kompetensi klinis adalah kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter sebagai syarat untuk melakukan praktik kedokteran di masyarakat. Pendidikan Kedokteran di Indonesia, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), mewajibkan sejumlah kompetensi klinis yang harus dikuasai oleh lulusan setelah mengikuti pendidikan dokter. Di dalam SKDI tahun 2012, terdapat 275 ketrampilan klinik dan 736 daftar penyakit yang harus dikuasai oleh lulusan dokter. Dari 736 daftar penyakit tersebut, terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh lulusan dokter karena diharapkan dokter dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas (level kompetensi 4) dan 261 penyakit yang harus dikuasai lulusan untuk dapat mendiagnosisnya sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan gawat darurat (level kompetensi 3). Penyusunan buku ajar ini bertujuan untuk membantu mahasiswa mempelajari penyakit-penyakit yang menjadi kompetensinya, sehingga mahasiswa memiliki kompetensi yang memadai untuk membuat diagnosis yang tepat, memberi penanganan awal atau tuntas, dan melakukan rujukan secara tepat dalam rangka penatalaksanaan pasien. Buku ajar ini ditujukan kepada mahasiswa Fakultas Kedokteran pada Tahap Pendidikan Profesi, mengingat buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis. Akhirnya penulis tak lupa mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun buku ajar ini. Mengingat ketidaksempurnaan buku ajar ini, penulis juga akan berterima kasih atas berbagai masukan dan kritikan demi kesempurnaan buku ajar ini dimasa datang.

Semarang,

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Kata Pengantar	
Daftar Isi	
Tinjauan Mata Kuliah	
Bab I INFEKSI BAKTERI	
1.1 Impetigo	
1.2 Impetigo ulseratif (Ektima).....	
1.3 Folikulitis Superfisialis.....	
1.4 Furunkel, Karbunkel.....	
1.5 Eritrasma.....	
1.6 Erisipelas.....	
1.7 Skrofuloderma.....	
1.8 Reaksi Lepa.....	
1.9 Sifilis Stadium 1 dan 2	
Bab II INFEKSI JAMUR.....	
2.1 Tinea Kapitis	
2.2 Tinea Barbae.....	
2.3 Tinea Fasialis.....	
2.4 Tinea Korporis.....	
2.5 Tinea Manus.....	
2.6 Tinea Unguim	
2.7 Tinea Kruris	
2.8 Tinea Pedis	
Bab III KELAINAN KELENJAR SEBASEA DAN EKRIN.....	
3.1 Akne Vulgaris	
3.2 Hidranitis Supurativa	
3.3 Dermatitis Perioral	
Bab IV LESI ERITRO SQUAMOSA.....	
4.1 Psoriasis Vulgaris	

Bab V PENYAKIT VESIKOBULOSA.....	
5.1 Steven Johnson Sindrom	
5.2 Nekrolisis Epidermal Toksik	
Bab VI KELAINAN PIGMENTASI	
6.1 Vitiligo	
6.2 Melasma	
6.3 Hipopigmentasi dan hiperpigmentasi post inflamasi.....	
Bab VII GANGGUAN KERATINISASI.....	
7.1 Iktiosis Vulgaris	
Daftar Pustaka	



TINJAUAN MATA KULIAH

I. Deskripsi Singkat

Buku ajar ini berisi ringkasan gejala, tanda, pemeriksaan fisik dan penunjang untuk menegakkan diagnosis penyakit Sistem Integumen, disertai panduan tata laksana dan edukasi. Buku ajar ini disusun dalam bab-bab berdasarkan anatomi Sistem Integumen.

II. Relevansi

Buku ajar ini merupakan salah satu buku ajar yang disusun untuk membantu mahasiswa kedokteran mencapai kompetensi klinisnya. Buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis.

III. Kompetensi

Level 3 A : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Level 3 B : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti sesudah kembali dari rujukan.

Level 4 : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

IV. Petunjuk Belajar

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman tentang patofisiologi penyakit sistim integumen.

Mahasiswa memahami prinsip upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman tentang prinsip farmakoterapi.



BAB I

INFEKSI BAKTERI

1.1. IMPETIGO

No. ICPC : S84 Impetigo

No. ICD : L01 Impetigo

a. Tingkat kemampuan : 4

b. Masalah kesehatan

Impetigo adalah infeksi permukaan kulit, di mana penyakit ini merupakan salah satu bentuk *pioderma* (infeksi kulit akibat bakteri *Staphylococcus*, *Streptococcus*, atau keduanya) yang sangat menular. Impetigo dibagi menjadi 2 jenis, yaitu impetigo yang ditandai dengan keropeng (*impetigo krustosa*), dan impetigo yang ditandai dengan benjolan berisi cairan (*impetigo bulosa*). Sebanyak 70% impetigo adalah bentuk keropeng.

Impetigo krustosa

Impetigo jenis ini ditandai dengan keropeng, sebagian besar terdapat pada anak usia 2-5 tahun, karena sistem imun anak yang belum berkembang sempurna. Impetigo krustosa merupakan infeksi kulit bakteri yang paling sering dijumpai pada anak, terutama anak yang tinggal di iklim panas dan lembab.

Penyebab impetigo krustosa adalah bakteri *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus beta hemolytic* grup A, atau kombinasi keduanya. Sebagian besar infeksi diawali oleh infeksi *Streptococcus*, namun seiring waktu akan digantikan oleh *Staphylococcus*.

Impetigo bulosa

Impetigo jenis ini ditandai dengan benjolan berisi cairan, sering ditemui pada bayi baru lahir, namun juga bisa ditemui pada anak dan dewasa. Kelainan kulit berupa benjolan kecil yang dengan cepat membesar menjadi benjolan besar berisi cairan (*bula*). Impetigo bulosa disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* tipe 71

yang dapat menghasilkan racun. Racun ini dapat menyebabkan benjolan besar berisi cairan di kulit. Sebanyak 20% dari impetigo bulosa disebabkan oleh bakteri resisten terhadap antibiotik (*methicilin-resistant S. aureus*) yang lebih sulit diobati.

Faktor risiko :

- usia (anak 2-6 tahun),
- tempat tinggal yang padat,
- cuaca yang hangat dan lembab,
- kegiatan olahraga tertentu yang melibatkan kontak kulit dengan kulit (seperti sepak bola atau gulat),
- adanya kerusakan kulit
- kebersihan dan hiegene yang buruk
- anemia dan malnutrisi
- imunodefisiensi

c. Hasil Anamnesis (Subyektif)

Impetigo krustosa

Penderita datang ke dokter dengan keluhan rasa gatal. Gejala timbul 1-3 hari setelah infeksi. Kelainan kulit diawali oleh kemerahan mendatar pada kulit yang dengan cepat berubah menjadi benjolan seperti jerawat yang berisi cairan atau nanah berukuran kurang lebih 2 cm. Benjolan kecil ini dapat pecah, mengeluarkan isi nanah atau cairan, kemudian mengering dan meninggalkan keropeng tebal berwarna kuning seperti madu. Jika keropeng ini dikelupas, terdapat luka dangkal yang merah dan basah di bawahnya. Terdapat beberapa benjolan seperti ini yang berkumpul di suatu tempat atau bergabung satu sama lain menjadi besar. Benjolan ini umumnya tidak nyeri, namun dapat terasa gatal ringan sesekali. Jika kelainan kulit ini disentuh atau digaruk oleh penderita, maka kuku-kuku penderita dapat menjadi pembawa bakteri dan menyebabkan benjolan-benjolan baru di kulit daerah lain yang disentuh penderita. Kemerahan atau bengkak di sekitar

kelainan kulit jarang ditemui. Gejala demam dan pembesaran kelenjar getah bening lebih sering ditemui pada tipe krustosa. Jika tidak diobati, dapat sembuh spontan dalam beberapa minggu tanpa bekas luka.

Impetigo bulosa

Penderita datang ke dokter dengan keluhan timbul lepuh mendadak pada kulit. Kelainan kulit berupa benjolan kecil yang dengan cepat membesar menjadi benjolan besar berisi cairan (*bula*). Pada awalnya cairan berwarna jernih, kemudian menjadi keabu-abuan dan akhirnya menjadi kuning gelap seperti nanah (*bula hipopion*). Permukaan benjolan ini datar dan di sekitarnya tidak terdapat kemerahan, umumnya berukuran kurang dari 3 cm. Benjolan besar ini sangat rapuh sehingga mudah pecah, mengeluarkan nanah kekuningan dan meninggalkan luka dangkal dengan sisik di tepinya (*collarette*). Pada bayi, dapat disertai gejala umum seperti demam, lemas, dan diare.

d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

1. Impetigo krustosa

- Lokalisasi : daerah yang terpajan, terutama wajah (lubang hidung dan mulut karena dianggap sebagai sumber infeksi dari daerah tersebut), leher, dapat juga ditemui di lengan atau tungkai, namun jarang mengenai telapak tangan dan telapak kaki.
- Efloresensi : macula eritematosa miliar sampai lentikular, difus, anular, sirsinar; vesikel dan bula lentikular difus; pustule miliar sampai lentikular; krusta kuning kecoklatan, berlapis-lapis, mudah diangkat.



○ Pemeriksaan penunjang :

- Gambaran histopatologi : berupa peradangan superficial folikel pilosebacea bagian atas. Terbentuklah vesikopustula subkornea yang berisis kokus serta debris berupa leukosit dan sel epidermis. Pada lapisan dermis didapatkan reaksi peradangan ringan berupa dilatasi pembuluh darah, edema, dan infiltrasi PMN.
- Biakan bakteriologis eksudat lesi ; biakan secret dalam media agar darah, dilanjutkan dengan tes resistensi.

2. Impetigo bulosa

- Lokalisasi : di daerah lipatan kulit, seperti di leher, ketiak, dan lipat paha. Kelainan kulit dapat menyebar ke daerah kulit lain akibat garukan penderita.
- Efloresensi : tampak bula dengan dinding tebal dan tipis, miliar hingga lentikular, kulit sekitarnya tak menunjukkan peradangan kadang-kadang tampak hipopion.



○ Pemeriksaan penunjang :

- Gambaran histopatologi : pada epidermis tampak vesikel subkornea berisi sel-sel radang yaitu leukosit. Pada dermis tampak sekukan sel-sel radang ringan dan pelebaran ujung-ujung pembuluh darah.
- Preparat mikroskopik langsung dari cairan bula untuk mencari stafilocokus.
- Biakan cairan bula dan uji resistensi.

e. Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, gejala klinis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis banding Impetigo krustosa :

1. Varisela : lesi lebih kecil, berbatas tegas, umbilikasi vesikel.
2. Ektima : lesi lebih besar, lebih dalam dan peradangan lebih berat. Ditutupi krusta yang keras, jika diangkat akan berdarah secara luas.
3. Impetigenisasi : pioderma sekunder, prosesnya menahun sering masih tampak penyakit dasarnya.

Komplikasi Impetigo krustosa :

Komplikasi dari impetigo krustosa adalah radang pada ginjal yang disebut *glomerulonefritis pasca-streptococcus* yang terjadi pada 1-5% penderita. Pengobatan impetigo dengan antibiotik tidak berpengaruh terhadap risiko terjadinya glomerulonefritis.

Komplikasi lain yang jarang namun mungkin terjadi adalah infeksi luas, radang pada tulang atau sendi, radang otot jantung, radang paru-paru, radang jaringan kelenjar getah bening, dan radang jaringan lunak kulit.

Diagnosis banding Impetigo Bulosa :

1. Pemfigus : biasanya dinding bula tebal, dikelilingi oleh daerah eritematosa dan keadaan umum buruk.
2. Impetigenisasi : menunjukkan pula gejala-gejala penyakit primer dengan gejala konstitusi berupa demam dan malaise.
3. Tinea sirsinata : jika lepuh pecah, bagian tepi masih menunjukkan adanya lepuh, tetapi bagian tengah menyembuh.

Komplikasi

- a. Erisipelas adalah peradangan epidermis dan dermis yang ditandai dengan infiltrat eritema, edema, berbatas tegas, dan disertai dengan rasa panas dan nyeri. Onset penyakit ini sering didahului dengan gejala prodromal berupa menggigil, panas tinggi, sakit kepala, mual muntah, dan nyeri sendi. Pada pemeriksaan darah rutin dapat dijumpai lekositosis 20.000/mm³ atau lebih.
- b. Selulitis adalah peradangan supuratif yang menyerang subkutis, ditandai dengan peradangan lokal, infiltrate eritema berbatas tidak tegas, disertai dengan rasa nyeri tekan dan gejala prodromal tersebut di atas.
- c. Ulkus
- d. Limfangitis
- e. Limfadenitis supuratif
- f. Bakteremia (sepsis)
- f. Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Impetigo krustosa :

- Jika krusta banyak, dilepas dengan mencuci dengan H₂O₂ dalam air, lalu diberi salep antibiotic seperti kloramfenikol 2% dan teramisin 3%. Jika lesi banyak dan disertai gejala

konstitusi (demam, dll), berikan antibiotic sistemik, misalnya penisilin, kloksasilin, atau sefalosporin.

- Konseling dan edukasi :
 - o menjaga kebersihan kulit dengan mandi memakai sabun 2 kali sehari
 - o menjaga kebersihan lingkungan
 - o mencegah kontak langsung maupun tidak langsung dengan penderita
 - o perbaiki keadaan umum
 - o menghilangkan faktor-faktor predisposisi
- Kriteria rujukan : jika terdapat tanda-tanda komplikasi *Glomerulonefritis* yang ditandai dengan tekanan darah tinggi, bengkak pada wajah atau tubuh, dan air seni berwarna merah. Gejala timbul 10 hari setelah impetigo pertama kali muncul; namun dapat juga timbul 1-5 minggu kemudian.

Impetigo Bulosa :

- Jika bula besar dan banyak, sebaiknya dipecahkan, selanjutnya dibersihkan dengan antiseptic (betadin) dan diberi salep antibiotik (kloramfenikol 2% atau eritromisin 3%). Jika ada gejala konstitusi berupa demam, sebaiknya diberi antibiotik sistemik, misalnya penisilin 30-50mg/kgBB atau antibiotic lain yang lebih sensitif.
- Konseling dan edukasi :
 - o menjaga kebersihan kulit dengan mandi memakai sabun 2 kali sehari
 - o menjaga kebersihan lingkungan
 - o mencegah kontak langsung maupun tidak langsung dengan penderita
 - o perbaiki keadaan umum
 - o menghilangkan faktor-faktor predisposisi

- Kriteria rujukan :

Pasien dirujuk apabila terjadi:

- Komplikasi mulai dari selulitis.
- Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
- Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

g. Prognosis : Apabila penyakit tanpa disertai komplikasi, prognosis umumnya bonam, bila dengan komplikasi, prognosis umumnya dubia ad bonam.

h. Sarana Prasarana

1. Laboratorium : mikroskop, pemeriksaan Gram, media agar darah
2. Obat-obatan.

1.2. IMPETIGO ULSERATIF (EKTIMA)

No. ICPC : S84 Impetigo

No. ICD : L01 Impetigo

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Ektima adalah pioderma ulseratif kulit yang umumnya disebabkan oleh *Streptococcus -hemolyticus*. Penyebab lainnya bisa *Staphylococcus aureus* atau kombinasi dari keduanya. Menyerang epidermis dan dermis membentuk ulkus dangkal yang ditutupi oleh krusta berlapis, biasanya terdapat pada tungkai bawah. Pioderma ialah penyakit kulit yang disebabkan oleh *Staphylococcus*, *Streptococcus*, atau oleh kedua-duanya. Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan timbulnya penyakit ini adalah hygiene yang kurang, menurunnya daya tahan tubuh, atau jika telah ada penyakit lain di kulit. Gambaran ektima mirip dengan impetigo, namun kerusakan dan daya invasifnya pada kulit lebih dalam daripada impetigo.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter dengan keluhan adanya luka dan gatal. Terjadi dalam waktu yang lama akibat trauma berulang, seperti gigitan serangga. Riwayat penyakit sebelumnya. Misalnya, Diabetes melitus dapat menyebabkan penyembuhan luka yang lama.

Faktor risiko :

- tingkat kebersihan dari pasien dan kondisi kehidupan sehari-harinya merupakan penyebab yang paling terpenting untuk perbedaan angka serangan, beratnya lesi, dan dampak sistemik yang didapatkan pada pasien ektima.
- Frekuensi pada anak-anak lebih tinggi daripada dewasa
- Daerah yang panas dan lembap
- Malnutrisi
- Penyakit DM

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : ekstremitas bawah, wajah dan ketiak
 - o Efloresensi : awalnya berupa pustul kemudian pecah membentuk ulkus yang tertutupi krusta. Pada Lesi ektima yang diangkat krustanya akan terlihat ulkus yang dangkal.



- Pemeriksaan penunjang:
 - o biopsi kulit dengan jaringan dalam untuk pewarnaan Gram dan kultur
 - o pemeriksaan histopatologi : didapatkan peradangan dalam yang diinfeksi kokus, dengan infiltrasi PMN dan pembentukan abses mulai dari folikel pilosebacea. Pada dermis, ujung pembuluh darah melebar dan terdapat sekukan sel PMN. Infiltrasi granulomatous perivaskuler yang dalam dan superficial terjadi dengan edema endotel. Krusta yang berat menutupi permukaan dari ulkus pada ektima.
- Komplikasi ektima, antara lain selulitis, erisipelas, gangren, limfangitis, limfadenitis supuratif, dan bakteremia.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding :

- Folikulitis, didiagnosis banding dengan ektima sebab predileksi biasanya di tungkai bawah dengan kelainan berupa papul atau pustul yang eritematosa. Perbedaannya, pada folikulitis, di tengah papul atau pustul terdapat rambut dan biasanya multipel.
- Impetigo krustosa, didiagnosa banding dengan ektima karena memberikan gambaran Effloresensi yang hampir sama berupa lesi yang ditutupi krusta. Bedanya, pada impetigo krustosa lesi biasanya lebih dangkal, krustanya lebih mudah diangkat, dan tempat predileksinya biasanya pada wajah dan punggung serta terdapat pada anak-anak sedangkan pada ektima lesi biasanya lebih dalam berupa ulkus, krustanya lebih sulit diangkat dan tempat predileksinya biasanya pada tungkai bawah serta bisa terdapat pada usia dewasa muda.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik : Pengobatan sistemik digunakan jika infeksi luas. Pengobatan sistemik dibagi menjadi pengobatan lini pertama dan pengobatan lini kedua.
 - o Pengobatan lini pertama (golongan Penisilin)
 - Dewasa: Dikloksasilin 4 x 250 - 500 mg selama 5 - 7 hari.
 - Anak : 5 - 15 mg/kgBB/dosis, 3 - 4 kali/hari.
 - Amoksisilin + Asam klavulanat 3 x 25 mg/kgBB
 - Sefaleksin 40 - 50 mg/kgBB/hari selama 10 hari
 - o Pengobatan lini kedua (golongan Makrolid)
 - Azitromisin 1 x 500 mg, kemudian 1 x 250 mg selama 4 hari
 - Klindamisin 15 mg/kgBB/hari dibagi 3 dosis selama 10 hari
 - Dewasa: Eritromisin 4 x 250 - 500 mg selama 5 - 7 hari.
 - Anak : 12,5 - 50 mg/kgBB/dosis, 4 kali/hari.
- Topikal
 - o Pengobatan topikal digunakan jika infeksi terlokalisir, tetapi jika luas maka digunakan pengobatan sistemik. Neomisin, Asam fusidat 2%, Mupirosin, dan Basitrasin merupakan antibiotik yang dapat digunakan secara topikal. Neomisin merupakan obat topikal yang stabil dan efektif yang tidak digunakan secara sistemik, yang menyebabkan reaksi kulit minimal, dan memiliki angka resistensi bakteri yang rendah sehingga menjadi terapi antibiotik lokal yang valid. Neomisin dapat larut dalam air dan memiliki kestabilan terhadap perubahan suhu. Neomisin memiliki efek bakterisidal secara in vitro yang bekerja spektrum luas gram negatif dan gram positif. Efek samping neomisin berupa kerusakan ginjal dan ketulian timbul pada

pemberian secara parenteral sehingga saat ini penggunaannya secara topical dan oral.

- Konseling dan edukasi :
 - o Menjaga kebersihan diri dan lingkungan
 - o Menghindari bergantian memakai handuk secara bersama
 - o mencegah kontak langsung maupun tidak langsung dengan penderita
 - o perbaiki keadaan umum
 - o menghilangkan faktor-faktor predisposisi
 - o Pada daerah tropis, perhatikan kebersihan dan gunakan lotion antiserangga untuk mencegah gigitan serangga.

Kriteria rujukan :

Pasien dirujuk apabila terjadi:

- Komplikasi mulai dari selulitis.
- Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
- Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : Dubia. Ektima sembuh secara perlahan, tetapi biasanya meninggalkan jaringan parut (skar).

Sarana Prasarana

- Laboratorium : mikroskop, biopsi lesi, kultur
- Obat-obatan

1.3. FOLIKULITIS SUPERFISIALIS

No. ICPC : S76 Skin infection other

No. ICD : L02 cutaneous abcess, furuncle dan carbuncle

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Folikulitis adalah peradangan bagian distal folikel rambut yang biasanya hanya mengenai ostium, tapi dapat meluas sedikit ke bawah. Sebenarnya folikulitis merupakan keadaan yang sering

ditemui dan umumnya diabaikan oleh penderita. Folikulitis bisa mengenai anak-anak, remaja, dan orang dewasa, terutama penderita jerawat atau yang cenderung seboroik. Folikulitis terdiri dari dua tipe yaitu superfisialis dan profunda. Sering kedua tipe ini terjadi secara bersamaan. Penyakit ini dapat menyerang semua umur, tapi lebih sering dijumpai pada anak-anak. Folikulitis disebabkan oleh stafilokokus koagulase positif.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter dengan keluhan rasa gatal dan terbakar pada daerah kulit yang berambut. Pertumbuhan rambut tidak terganggu.

Faktor risiko :

- Banyak berkeringat karena tinggal di daerah tropis yang panas
- Hygiene jelek
- Penyakit DM, kelelahan dan kurang gizi dapat memperberat penyakit
- Kebersihan lingkungan jelek

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objektif)

- Pemeriksaan fisik :
 - o Lokalisasi : daerah kulit berambut, paling sering pada kulit kepala dan ekstremitas.
 - o Efloresensi : makula eritematosa, papula, pustula, dan miliar sampai lentikular, regional sesuai dengan pertumbuhan rambut. Terlihat pustula folikuler kecil dan berbentuk kubah, sering ditembus oleh rambut halus. Krusta tipis dapat menutupi muara folikel yang menyembul. Biasanya lesi banyak, meskipun lesi tunggal dapat terjadi. Masing-masing lesi saling terpisah, yang diantari kulit normal, tanpa ada kecenderungan untuk bergabung.



- Pemeriksaan penunjang :
 - o Gambaran histopatologi : Khas, terdapat pustula subkorneal di muara folikel rambut. Folikel rambut tampak edematosa dengan sekukan sel-sel radang akut. Infiltrate peradangan terdiri dari netrofil yang mengelilingi bagian atas folikel. Pada bentuk kronik, terdapat abses folikuler yang segera berubah menjadi nekrosis.
 - o Pemeriksaan bakteriologis dari sekret lesi dengan pewarnaan Gram.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding:

1. Akne vulgaris : terutama di wajah dan punggung
2. Impetigo Bockhart : daerah yang terkena adalah ekstremitas, dengan dasar eritematosa dan tampak pustula miliar.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik : diberikan jika luas
 - o Eritromisin 3 x 250 mg selama 7-14 hari, atau
 - o Penisilin 600.000-1,5 juta IU im selama 7-14 hari
- Topikal
 - o Kemicetin 2%
 - o Jika terjadi eksudasi kompres dengan PK 1/5.000

- Konseling dan edukasi
 - o Menjaga kebersihan diri dan lingkungan
 - o Makan tinggi protein dan tinggi kalori
- Kriteria rujukan :

Pasien dirujuk apabila terjadi:

 - o Komplikasi mulai dari selulitis.
 - o Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
 - o Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : baik

Sarana Prasarana :

1. Laboratorium : mikroskop, cat Gram
2. Obat-obatan

1.4. **FURUNKEL, KARBUNKEL**

No. ICPC : S76 Skin infection other

No. ICD : L02 cutaneous abcess, furuncle dan carbuncle

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Furunkel adalah peradangan folikel rambut dan jaringan subkutan sekitarnya. Furunkel dapat terjadi sekunder terhadap dermatosis lain. Sering mengenai anak-anak sebagai komplikasi penyakit parasit, seperti pedikulosis atau skabies. Furunkel sering terjadi pada kulit yang sering mendapat gesekan, tekanan, dan iritasi lokal, seperti garukan. Sedangkan karbunkel adalah gabungan beberapa furunkel yang dibatasi oleh trabekula fibrosa yang berasal dari jaringan subkutan yang padat. Perkembangan dari furunkel menjadi karbunkel bergantung pada status imunologis penderita. Penyebab keduanya adalah *Staphylococcus aureus*.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Penderita datang ke dokter karena rasa gatal dan nyeri pada daerah lesi yang timbul mendadak. Keluhan disertai demam dan malaise.

Faktor risiko :

- Lebih sering pada musim panas, karena banyak berkeringat.
- Kebersihan dan hygiene yang kurang
- Lingkungan yang kurang bersih
- Penyakit DM, obesitas, hiperhidrosis, anemia, stress, kurang gizi, penderita imunodefisiensi.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : sering pada tubuh yang berambut dan mudah terkena iritasi, gesekan, atau tekanan; atau pada daerah yang lembap seperti ketiak, bokong, punggung, leher, dan wajah.
 - o Efloresensi : mula-mula berupa macula eritematosa lentikular-numular setempat, kemudian menjadi nodula lentikular-numular berbentuk kerucut. Dalam satu minggu terjadi supurasi dan pus keluar melalui beberapa muara folikel. Kemudian muara-muara ini bersatu dan terbentuklah nekrosis sebagai jaringan mati berwarna kuning, yang jika dibuang akan terbentuk cekungan seperti kawah. Lesi yang sembuh akan membentuk parut.

Furunkel



Karbunkel



- Pemeriksaan penunjang

- o Gambaran histopatologis : berupa abses yang dibentuk oleh limfosit dan leukosit PMN, mula-mula pada folikel rambut. Pada bagian bawah folikel rambut (dalam jaringan subkutis), abses dapat pula mengandung stafilokokus. Pembuluh darah mengalami dilatasi. Terjadi nekrosis kelenjar dan jaringan sekitar kemudian membentuk inti yang dikelilingi oleh daerah dilatasi vaskuler, leukosit, dan limfosit.
- o Pemeriksaan bakteriologis dari sekret

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding :

1. Sporotrikosis : kelainan jamur sistemik, menimbulkan benjolan-benjolan yang berjejer sepanjang aliran limfe, pada perabaan kenyal dan nyeri.
2. Blastomikosis : benjolan multiple dengan beberapa pustula, daerah sekitarnya melunak.
3. Skrofuloderma : biasanya berbentuk lonjong, livid dan ditemukan jembatan-jembatan kulit (skin bridges).
4. Akne konglobata : selain di punggung, nodula-nodula merah hitam tampak di daerah wajah dan lengan, menyebar di satu regio.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Furunkel :
 - o Jika masih berupa infiltrat, topikal diberikan kompres salep iktiol 5% atau salep antibiotic.
 - o Antibiotik sistemik : Eritromisin 4 x 250 mg atau penisilin
 - o Jika lesi matang, lakukan insisi dan aspirasi, selanjutnya dikompres atau diberi salep kloramfenikol 2%.
- Karbunkel
 - o Jika masih berupa infiltrat, topikal diberikan kompres salep iktiol 10%, jika lesi matang, lakukan insisi dan aspirasi, pasang drainase, selanjutnya dikompres.
 - o Antibiotik sistemik : Eritromisin 4 x 250 mg selama 7-14 hari; penisilin 600.000 IU selama 5-10 hari.
- Konseling dan edukasi
 - o Mengatasi faktor predisposisi seperti obesitas, DM, dan hiperhidrosis.
 - o Menjaga kebersihan dan mencegah luka-luka kulit
 - o Menjaga kebersihan lingkungan

Pasien dirujuk apabila terjadi:

- Komplikasi mulai dari selulitis.

- Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
- Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : baik, jika faktor predisposisi dapat teratasi. Prognosis menjadi kurang baik jika terjadi rekurensi.

Sarana Prasarana

1. laboratorium : mikroskop, pemeriksaan secret
2. Lup
3. obat-obatan

1.5. ERITRASMA

No. ICPC :

No. ICD : L.08.1 Erythrasma

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Eritrasma adalah suatu infeksi dangkal kronik yang biasanya menyerang daerah yang banyak keringat. Biasanya timbul pada usia dewasa muda, frekuensi pria dan wanita sama. Penyebabnya adalah *Corynebacterium minutissimum*.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter kulit terasa panas seperti terkena cabai. Dimulai dengan daerah eritema miliar, selanjutnya meluas ke seluruh region, menjadi merah, terasa panas seperti terkena cabai.

Faktor risiko :

- Orang yang banyak keringat
- Kegemukan
- Peminum alcohol
- Penderita debilitas
- Hygiene buruk
- Lingkungan yang panas dan lembap

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : lipat paha dalam sampai skrotum, aksila, dan intergluteal.
 - o Efloresensi : eritema luas berbatas tegas, dengan skuama halus dan terkadang erosif.



- Pemeriksaan penunjang
 - o Gambaran histopatologi : hyperkeratosis, parakeratosis, akantosis, serta pelebaran ujung-ujung pembuluh darah dan sebaran sel-sel polinuklear.
 - o Sediaan langsung kerokan kulit dengan pewarnaan Gram: tampak batang Gram positif.
 - o Sinar wood : fluoresensi merah bata

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding :

1. Tinea kruris : biasanya gatal dengan papula-papula eritematosa
2. Kandidiasis : eritema dengan lesi satelit, erosive dan gatal

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Eritromisin 15 mg/kgBB, 4 kali sehari selama 5-10 hari.
- Tetrasiklin 15 mg/kgBB, 4 kali sehari selama 5-10 hari.

- Konseling dan edukasi :
 - o Mencegah agar jangan banyak berkeringat
 - o Menghilangkan faktor-faktor pencetus
 - o Menjaga kebersihan diri dan lingkungan
- Kriteria rujukan :

Pasien dirujuk apabila terjadi:

 - Komplikasi mulai dari selulitis.
 - Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
 - Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : baik

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : mikroskop, cat Gram
2. Lup
3. Lampu wood
4. Obat-obatan

1.6. **ERISIPELAS**

No. ICPC : S76 Skin infection other

No. ICD : L.08.0 Pyoderma

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Erisipelas adalah peradangan akut pada kulit yang merupakan bentuk khas selulitis superfisialis. Penyakit ini banyak terjadi pada bayi, anak, dan golongan umur tua, frekuensinya sama pada pria maupun wanita. Penyebabnya adalah *Streptokokus -hemolyticus*. Erisipelas sering terjadi akibat komplikasi dari luka bedah dan luka kecelakaan.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena kemerahan pada kulit, terasa panas, sakit dan bengkak. Diawali gejala prodromal berupa malaise dan

mialgia. Keluhan mereda di tengah malam dan seketika itu lesi menjalar ke perifer. Penderita sering menggigil dan demam tinggi, sakit kepala, artralgia, mialgia, nausea, muntah dan lemah. Tempat lesi tergantung pada pintu masuk kuman streptokokus, yang dapat berupa luka bedah, umbilicus pada neonatus, atau semua kerusakan kulit lainnya. Wajah dan ekstremitas inferior merupakan tempat umum erisipelas non bedah.

Faktor risiko :

- Lebih sering pada daerah tropis dan subtropis
- Kebersihan dan higiene yang kurang
- Penyakit DM, infeksi saluran nafas atas, gizi kurang

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : kaki, tangan, dan wajah
 - o Efloresensi: macula eritematosa nummular hingga plak, berbatas tegas, edema dan nyeri tekan. Terasa panas pada perabaan, di bagian tengah kadang-kadang ditemukan vesikel atau bula, pada tempat masuk kuman.



- Pemeriksaan penunjang
 - o Gambaran histopatologi : epidermis tampak edematosa, sel-sel membengkak dan sebaran streptokokus serta

polimorfonuklear. Pada dermis pelebaran pembuluh darah dan sebaran sel-sel radang.

- o Pemeriksaan darah : didapatkan leukositosis
- o Biakan darah, usapan tenggorok dan hidung dapat diisolasi *Streptokokus -hemolyticus*.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

- Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.
- Diagnosis banding:
 1. Urtikaria : warna merah akan menghilang dengan tekanan
 2. Furunkulosis : biasanya nteri, berbentuk seperti kerucut dan berbatas tegas
- Komplikasi :

Kekambuhan dapat terjadi, dimana tiap kekambuhan tersebut akan merusak saluran limfatik dan menimbulkan pembengkakan. Selanjutnya akan mempermudah episode erysipelas selanjutnya. Komplikasi yang penting adalah glomerulonefritis akut pasca streptokokus. Penyebaran jauh streptokokus akan menyebabkan bursitis, endokarditis bacterial subakut, mediastinitis, dan abses retrofaring.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik
 - o Antipiretik dan analgetik
 - o Penisilin 0,6-1,5 mega unit selama 5-10 hari
 - o Sefalosporin 4x400 mg selama 5 hari
- Topical : kompres dengan larutan asam borat 3%
- Konseling dan edukasi
 - o Jaga kebersihan dan higienitas
 - o Jaga kebersihan luka

- o Atasi faktor-faktor risiko

Kriteria rujukan :

Pasien dirujuk apabila terjadi:

- Komplikasi mulai dari selulitis.
- Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
- Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : baik, jika faktor predisposisi dapat teratasi. Prognosis menjadi kurang baik jika terjadi rekurensi.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : mikroskop, pemeriksaan darah, biakan kuman
2. Obat-obatan

1.7. SKROFULODERMA

No. ICPC

No. ICD

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Skrofuloderma adalah tuberculosis kutis murni sekunder yang terjadi secara per kontinuitatum dari jaringan di bawahnya, misalnya kelenjar getah bening, otot dan tulang. Penyebabnya *Mycobacterium tuberculosis* (jenis human), basil tahan asam. Dapat terjadi pada semua umur, tetapi biasanya terjadi pada anak-anak dan dewasa muda. Frekuensi terbanyak pada Negara-negara yang belum berkembang. Penyebaran lebih mudah pada musim penghujan.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena terdapat peradangan di leher, aksila, lumbal atau inguinal. Dimulai dengan infeksi sebuah kelenjar yang selanjutnya berkembang menjadi banyak.

Faktor risiko:

- Biasanya pasien menderita gizi kurang
- tinggal di daerah yang sanitasinya buruk.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : leher, aksila, lumbal dan inguinal.
 - o Efloresensi : ulkus berbentuk oval, pinggir meninggi, tepi tidak rata, dinding menggaung, dasar kotor, secret mukopurulen, tidak berbau. Daerah sekitar ulkus tampak livide dan ditemukan jembatan-jembatan kulit.



- Pemeriksaan penunjang
 - o Gambaran histopatologi : tanmpak radang kronik dan jaringan nekrotik mulai dari lapisan dermis sampai subkutis tempat ulkus terbentuk. Jaringan mengalami nekrosis kaseosa dikelilingi oleh sel-sel epitel dan sel-sel Langhans.
 - o Tes mantoux dan radiogram paru untuk melihat apakah masih ada fokus-fokus infeksi yang masih aktif.
 - o Biakan sekret ulkus dan tes resistensi
 - o Pemeriksaan darah, hitung jenis, laju endap darah dan kimia darah

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan atas gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding : tergantung lokalisasi

- Leher : *Aktinomikosis*, biasanya menimbulkan benjolan/deformitas dengan beberapa muara fistel, produktif.
- Ketiak : *Hidradenitis suppurativa*, biasanya menimbulkan sikatriks sehingga terjadi tarikan-tarikan yang mengakibatkan kontraksi ketiak.
- Inguinal : *Limfoma venereum*, biasanya akut, dengan gambaran limfadenitis akut, merah dengan gejala umum panas dan malaise.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik :
 - o Streptomisin 40mg/kgBB
 - o INH 20mg/kgBB/hari
 - o Etambutol 25mg/kgBB/hari
 - o Vitamin B6 10 mg/kgBB/hari
 - o Alternatif lain :
 - Rifampisin 15mg/kgBB/hari untuk mengganti streptomisin
 - Kanamisin injeksi 25mg/kgBB/hari
 - Pirazinamid 30-40mg/kgBB/hari
- Topikal :
 - o jika basah kompres dengan PK 1/5000.
 - o Jika kering diberikan krim, salep antibiotic dan salep minyak ikan digunakan untuk merangsang pinggir ulkus agar cepat menutup.
- Konseling dan edukasi
 - o Jaga kebersihan diri dan lingkungan
 - o Makan makanan yang bergizi

- Minum obat secara teratur
- Istirahat cukup
- Pasien lebih baik diisolasi
- Kriteria rujukan :
Pasien dirujuk apabila terjadi:
 - Komplikasi mulai dari selulitis.
 - Tidak sembuh dengan pengobatan selama 5-7 hari.
 - Terdapat penyakit sistemik (gangguan metabolik endokrin dan imunodefisiensi).

Prognosis : baik

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : mikroskop, tes mantoux, foto Rongten, pemeriksaan darah, biakan sekret ulkus
2. Obat-obatan

1.8. **REAKSI LEPRO**

No. ICPC II : A78 *Infectious disease other/NOS*

No. ICD X : A30 *Leprosy [Hansen disease]*

Tingkat kemampuan : 3A

Masalah kesehatan

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, system retikuloendotelial, mata, otot, tulang dan testis. Reaksi kusta adalah episode akut dari penyakit kusta dengan gejala konstitusi, aktivasi dan atau timbul efloresensi baru di kulit. Klasifikasi reaksi kusta ada dua jenis yaitu:

1. Eritema nodosum leprosum (ENL)

Umumnya terjadi pada lepra tipe BL atau LL. Yang berperan penting adalah sistem imunologis humoral.

2. Reaksi pembelikan (reaksi reversal)

Umumnya terjadi pada lepra tipe BT, BB, dan BL. Yang memegang peranan penting adalah sistem imunologis seluler.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

- Pasien Eritema nodosum leprosum datang ke dokter karena timbul nodus-nodus yang disertai demam, menggigil, mual, nyeri sendi, sakit pada saraf dan otot.
- Pasien Reaksi reversal datang ke dokter karena lesi-lesi lepra menjadi lebih banyak dan lebih aktif secara mendadak dengan gejala konstitusi yang lebih ringan dari ENL.

Faktor risiko:

- Sosial ekonomi rendah.
- Kontak lama dengan pasien, seperti anggota keluarga yang didiagnosis dengan lepra
- Imunokompromais
- Tinggal di daerah endemik lepra

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o ENL
 - pada kulit timbul eritema, nodus, dan jika nodus pecah menimbulkan ulkus
 - predileksi : lengan, tungkai, dan dinding perut



- reaksi reversal
 - lesi-lesi lepra menjadi lebih banyak dan lebih aktif secara mendadak. Tidak timbul nodus dan terkadang ada jejak neuritis.



- Pemeriksaan penunjang : pemeriksaan BTA

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding :

- Bercak eritema
 - a. Psoriasis
 - b. Tinea circinata
 - c. Dermatitis seboroik
- Bercak putih
 - a. Vitiligo
 - b. Pitiriasis versikolor
 - c. Pitiriasis alba
- Nodul
 - a. Neurofibromatosis
 - b. Sarkoma Kaposi
 - c. Verruca vulgaris

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- ENL
 - o Antipiretik dan analgetik : paracetamol atau metampiron 4x500mg
 - o Kortikosteroid seperti prednison dengan dosis permulaan 20-40mg/hari dibagi dalam 4 dosis
 - o Klorfazimin 300mg/hari
 - o Obat antikusta yang lain diteruskan
- Reaksi reversal
 - o Jika timbul neuritis berikan kortikosteroid : prednison 30-60mg/hari
 - o Obat antikusta yang lain diteruskan
 - o Analgetik dan antipiretik jika perlu
 - o Penderita tidak perlu dirawat di rumah sakit
- Konseling dan edukasi
 - o Individu dan keluarga diberikan penjelasan tentang lepra, terutama cara penularan dan pengobatannya.
 - o Dari keluarga diminta untuk membantu memonitor pengobatan pasien sehingga dapat tuntas sesuai waktu pengobatan.
 - o Apabila terdapat tanda dan gejala serupa pada anggota keluarga lainnya, perlu dibawa dan diperiksa ke pelayanan kesehatan.
- Kriteria rujukan
 - o Terdapat efek samping obat yang serius.
 - o Reaksi kusta dengan kondisi:
 1. ENL melepuh, pecah (ulserasi), suhu tubuh tinggi, neuritis.
 2. Reaksi tipe 1 disertai dengan bercak ulserasi atau neuritis.

- o Reaksi yang disertai komplikasi penyakit lain yang berat, misalnya hepatitis, DM, hipertensi, dan tukak lambung berat.

Prognosis : Prognosis untuk vitam umumnya bonam, namun dubia ad malam pada fungsi ekstremitas, karena dapat terjadi mutilasi, demikian pula untuk kejadian berulangnya.

Sarana Prasarana : Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan BTA

1.9. SIFILIS STADIUM 1 DAN 2

No. ICPC

No. ICD

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan :

Sifilis adalah salah satu penyakit menular seksual yang menahun dengan remisi dan eksaserbasi, dapat mengenai semua alat tubuh, mempunyai masa laten dan dapat ditularkan dari ibu ke janin. Penyebabnya adalah *Treponema pallidum*. Dapat menyerang orang dewasa dan bayi baru lahir. Frekuensi yang sama antara pria dan wanita.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena adanya luka di kemaluan.

Faktor risiko :

- Pengetahuan yang kurang tentang bahaya penyakit, mendorong orang-orang melakukan hubungan seksual di luar nikah.
- Ekonomi kurang membuat segolongan masyarakat melacurkan diri untuk mendapatkan uang dengan mudah.
- Urbanisasi, mengarahkan sikap masyarakat menjadi lebih bebas, longgar akan batas-batas adat dan agama sehingga mudah melakukan hubungan seksual di luar nikah.
- Berhubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik :

o Terdiri dari 3 stadium:

Sifilis primer

- Bentuk kelainan berupa erosi yang selanjutnya menjadi ulkus durum
- Lokalisasi : glans penis, korpus penis, labia mayora, labia minora, klitoris, perineum
- Efloresensi Ulkus durum : kecil, tidak nyeri, dasar bersih, tepi tidak menggaung, dan ada indurasi.



Sifilis sekunder

- Dapat berbentuk roseola, kondiloma lata, sifilis bentuk varisela, atau bentuk plak mukosa dan alopesia.
- Lokalisasi : genitalia eksterna, sekitar anus, ketiak, sudut mulut, bawah mammae.
- Efloresensi kondiloma lata : papula atau plak yang ditutupi krusta berwarna coklat, basah.



Sifilis tertier

- Bersifat destruktif, berupa guma di kulit atau alat-alat dalam dan kardiovaskuler, serta neurosifilis.
- Lokalisasi : dapat timbul di seluruh kulit
- Efloresensi guma : nodula atau ulkus yang dalam, bentuk serpigiosa, mengeluarkan secret seropurulen dan jaringan nekrosis.



- Pemeriksaan penunjang :
 - Tes serologik untuk sifilis seperti VDRL, WR, dan TPHA
 - Pemeriksaan dengan mikroskop lapangan gelap mencari *T. pallidum*
 - Pemeriksaan cairan serebrospinal, mencari neurosifilis
 - Pemeriksaan dengan sinar tembus , mencari sifilis kardiovaskuler

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis banding :

1. Ulkus durum harus didiagnosis banding dengan ulkus pada herpes simpleks, scabies, dan ulkus piogenik.
2. Sifilis stadium II, harus didiagnosis banding dengan psoriasis, morbili, dan pitiriasis rosea.
3. Kondiloma lata harus didiagnosis banding dengan kondiloma akuminata, yang bentuknya runcing-runcing menyerupai jengger ayam, sedangkan kondiloma lata, permukaannya rata dan ditutupi krusta.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Stadium I
 - o Penisilin prokain 600.000 IU/hari sebanyak 10 kali suntik
 - o Penisilin kerja lama seperti penisilin G benzatin 2,4 juta unit satu kali seminggu, selama 2 minggu; total 4,8 juta unit.
- Stadium II
 - o Penisilin prokain 900.000 IU/hari sebanyak 15 kali suntik
 - o Penisilin kerja lama seperti penisilin G benzatin 2,4 juta unit satu kali seminggu, selama 3 minggu; total 7,2 juta unit.

Prognosis : jika pengobatan sempurna maka prognosisnya baik

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : mikroskop medan gelap, tes serologi
2. Obat-obatan

BAB II

INFEKSI JAMUR

2.1. TINEA KAPITIS

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.0 Tinea barbae and tinea capitis

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Infeksi jamur kulit cukup banyak ditemukan di Indonesia, yang merupakan negara tropis beriklim panas dan lembab, apalagi bila hygiene juga kurang sempurna. Tinea kapitis adalah kelainan kulit pada daerah kepala berambut yang disebabkan oleh jamur golongan dermatofita dari genera *Tricophyton* dan *Microsporum*, terutama *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* dan *M. gypseum*. Penyakit ini sering terjadi pada anak-anak, yang dapat ditularkan dari binatang peliharaan misalnya kucing dan anjing.

a. Hasil Anamnesis (Subyektif)

Keluhan :

Pasien datang ke dokter karena adanya bercak di kepala, gatal dan sering disertai rontoknya rambut di tempat lesi tersebut.

Faktor Risiko:

- Hygiene pribadi dan sanitasi lingkungan yang buruk
- Kontak langsung dengan penderita
- Bergantian handuk dengan penderita
- Kontak dengan binatang peliharaan seperti anjing dan kucing.
- Lingkungan yang kotor dan panas, serta udara yang lembab

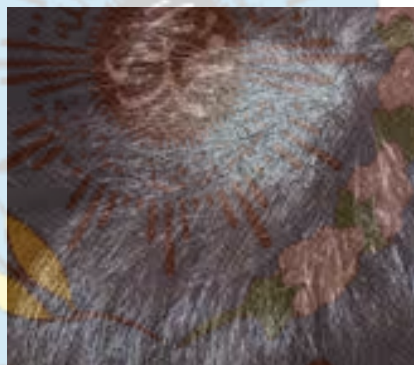
b. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Lokalisasi : daerah kulit kepala dan rambut
- Efloresensi : bergantung dari jenisnya

- Gray patch ring worm : papula-papula miliar sekitar muara rambut, rambut mudah putus, meninggalkan alopesia yang berwarna coklat.



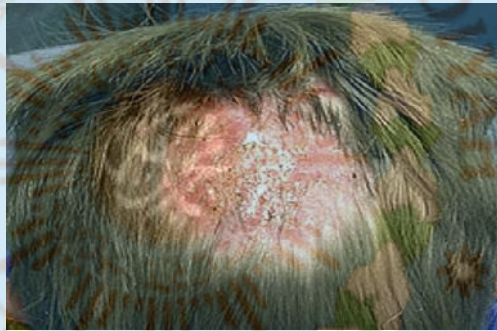
- Black dot ring worm : infeksi jamur dalam rambut (endotriks) atau di luar rambut (ektotriks), rambut putus tepat pada permukaan kulit, meninggalkan macula coklat berbintik hitam, dan warna rambut sekitarnya menjadi suram.



- Kerion : pada kulit kepala tampak bisul-bisul kecil dengan skuamasi akibat radang local, rambut putus dan mudah dicabut.



- Tinea favosa : bintik-bintik berwarna merah kuning ditutupi oleh krusta yang berbentuk cawan (skutula). Berbau busuk (mousy odor), rambut di atasnya putus-putus dan mudah dicabut.



- Pemeriksaan Laboratorium :
 - Sinar Wood : fluoresensi kehijauan
 - Pemiakan skuama dalam media agar Sabouraud.
 - Pemeriksaan KOH 10% : terlihat hifa atau spora dan miselium.

c. Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, pemeriksaan dengan lampu Wood, dan dengan pemeriksaan mikroskopis rambut langsung dengan KOH 10%.

Diagnosis Banding:

1. Alopesia areata (dengan bentuk black dot), biasanya kulit tampak licin dan berwarna coklat.

2. Dermatitis seboroika (dengan bentuk tinea favosa), rambut tampak berminyak, kulit ditutupi skuama yang berminyak.
 3. Psoriasis vulgaris (dengan bentuk tinea favosa), skuama tebal, (dengan bentuk tinea favosa), berwarna putih mengkilat dan bersifat kronik residif.
- d. Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)
- Sistemik : Griseofulvin 10-25 mg/kgBB; dewasa 500 mg/hari selama 6 minggu. Ketokonazol 5-10mg/kgBB; dewasa 200mg/hari selama 7-14 hari.
 - Topical : mencuci kepala dan rambut dengan shampoo desinfektan antimikotik seperti larutan asam salisilat, asam benzoate, dan sulfur precipitatum. Obat-obat derivate Imidazol 1-2% dalam krim atau larutan dapat menyembuhkan, demikian pula Ketokonazol krim atau larutan 2%.
 - Konseling dan Edukasi
 - o Menjaga kebersihan diri dan lingkungan
 - o Hindari kontak dengan binatang peliharaan
 - o Rutin mencuci rambut terutama bila cuaca panas
 - o Hindari bergantian memakai handuk
 - Kriteria rujukan :
Pasien dirujuk apabila:
 - o Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - o Terdapat imunodefisiensi.
 - o Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

e. Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.

f. Sarana Prasarana

1. Laboratorium untuk pemeriksaan KOH, media agar Sabouraud
2. Lup
3. Lampu Wood
4. Obat-obatan

2.2. TINEA BARBAE

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.0 Tinea barbae and tinea capitis

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan:

Tinea Barbae adalah bentuk infeksi jamur dermatofita pada daerah dagu/jenggot yang menyerang kulit dan folikel rambut. Penyakit ini disebabkan oleh dermatofita golongan *Tricophyton* dan *Microsporum*. Selalu pada orang pria dewasa, tidak pernah pada anak-anak. Dapat mengenai semua bangsa, tapi lebih sering pada kulit putih.

a. Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena gatal dan pedih pada daerah dagu, disertai bintik-bintik kemerahan yang kadang bernanah.

Faktor risiko:

- Biasanya pada pria dewasa
- Pada daerah tropis dengan kelembaban tinggi
- Hygiene kurang baik
- Lingkungan yang kotor

b. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Lokalisasi : biasanya pada daerah dagu/jenggot, tapi dapat menyebar ke wajah dan leher.
- Efloresensi : rambut daerah yang terkena menjadi rapuh dan tidak mengkilat, tampak reaksi radang pada folikel berupa kemerahan, edema, kadang-kadang ada pustula.



- Pemeriksaan penunjang:

- Kerokan kulit atau rambut jenggot tang terkena(terputus-putus, tidak mengkilap) dengan larutan KOH 10-20%, dilihat langsung di bawah mikroskop untuk mencari hifa atau infeksi endotriks/eksotriks.
- Biakan pada media agar Sabouraud.
- Sinar Wood : fluoresensi kehijauan.

c. Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, pemeriksaan dengan lampu Wood, dan dengan pemeriksaan mikroskopis kulit dan rambut langsung dengan KOH 10-20%.

Diagnosis Banding:

1. Dermatitis kontak alergika
2. Akne kistika
3. Dermatitis Seboroika

d. Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik :

Griseovulfin 500 mg- 1 gram / hari selama 2-4 minggu, Itrakonazol 100 mg/hari selama 2 minggu atau ketokonazol 200 mg/hari selama 3 minggu.

- Topical :

- kompres sol. Kalium permanganas 1:4000 atau sol. Asam asetat 0,025% 2-3 kali sehari.

- Antifungi : ketokonazol krim/ointment 2% selama 5-7 hari atau itrakonazol 1% 5-7 hari.
- Epilasi rambut yang terinfeksi
- Antibiotic jika ada infeksi sekunder
- Konseling dan edukasi:
 - Menjaga kebersihan diri dan lingkungan
 - rambut daerah jenggot dicukur bersih
- Pasien dirujuk apabila:
 - Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - Terdapat imunodefisiensi.
 - Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.
- e. Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.
- f. Sarana Prasarana
 1. Laboratorium untuk pemeriksaan KOH , media agar Sabouraud
 2. Lampu Wood
 3. Obat-obatan

2.3. TINEA FASIALIS

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.8 Other dermatophytoses

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan :

Tinea fasialis adalah suatu dermatofitosis superfisial yang terbatas pada kulit yang tidak berambut, yang terjadi pada wajah, memiliki

karakteristik sebagai plak eritema yang melingkar dengan batas yang jelas. Pada pasien anak-anak dan perempuan, infeksi dapat muncul pada permukaan wajah, termasuk bibir atas dan dagu. Pada pria, kondisi ini dikenal sebagai tinea barbae ketika infeksi dermatofit terdapat di daerah berjenggot. Tinea fasialis merupakan penyakit yang biasa terjadi. Ini terjadi di seluruh dunia. Namun, seperti dengan infeksi jamur kulit lainnya, lebih umum terjadi di daerah tropis dengan suhu tinggi dan kelembaban. Tinea fasialis dapat muncul pada segala usia dimana puncaknya terjadi pada anak-anak dan mereka yang berusia 20-40 tahun. Beberapa peneliti menyimpulkan bahwa wanita mungkin lebih sering terinfeksi daripada pria. Di Asia, *Trichophyton mentagrophytes* dan *Trichophyton rubrum* merupakan penyebab tersering.

a. Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena gatal dan seperti rasa terbakar di wajah terutama jika berkeringat dan terkena sinar matahari (fotosensitifitas). Namun, kadang-kadang, penderita tinea fasialis dapat memberikan gejala yang asimtomatis.

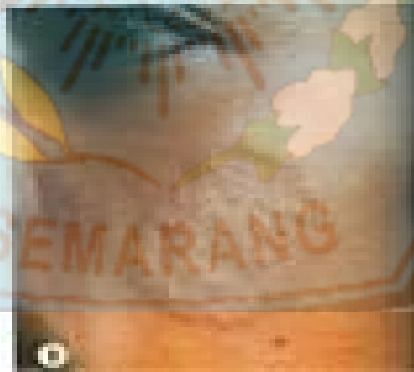
Faktor risiko :

- Banyak terjadi di daerah tropis dengan iklim panas dan kelembapan udara yang tinggi dapat mempermudah perkembangan penyakit ini.
- Kebersihan diri dan lingkungan yang kurang.
- Kontak dengan pakaian, handuk, atau apapun yang sudah berkontak dengan penderita
- Kontak kulit ke kulit dengan penderita atau hewan peliharaan
- Umur 12 tahun ke bawah
- Lebih sering menghabiskan waktu di tempat yang tertutup
- Penggunaan obat-obatan glukokortikoid topikal dalam jangka waktu yang lama

b. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik :

- o Lokalisasi : wajah
- o Efloresensi: Kelainan yang dilihat dari Tinea fasialis dalam klinik merupakan lesi bulat atau lonjong , berbatas tegas terdiri atas eritema, skuama, kadang-kadang dengan vesikel dan papul di tepi. Daerah tengahnya biasanya lebih tenang, sementara yang di tepi lebih aktif (tanda peradangan lebih jelas) yang sering disebut dengan central healing. Kadang-kadang terlihat erosi dan krusta akibat garukan. Lesi-lesi pada umumnya merupakan bercak –bercak terpisah satu dengan yang lain. Kelainan kulit dapat pula terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir yang polisiklik, karena beberapa lesi kulit yang menjadi satu. Bentuk dengan tanda radang yang lebih nyata, lebih sering dilihat pada anak-anak daripada orang dewasa karena umumnya mereka mendapat infeksi baru pertama kali.



- Pemeriksaan penunjang :

- o Kerokan kulit dengan KOH 10% : ditemukan hifa, miselium dan spora.
- o Biakan skuama pada media agar Sabouraud : menghasilkan koloni ragi.
- o Sinar Wood : lesi menjadi warna hijau

c. Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis dibuat berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, hasil pemeriksaan sediaan langsung yang positif dan biakan.

Diagnosis banding :

1. Dermatitis seboroik

2. Ptiriasis rosea

Komplikasi : Jarang ditemukan, dapat berupa infeksi bakterial sekunder.

d. Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Pengobatan sistemik :

- o Griseofulvin 500 mg sehari untuk dewasa, sedangkan anak-anak 10-25 mg/kgBB sehari. Lama pemberian griseofulvin pada tinea fasialis adalah 3-4 minggu, diberikan bila lesi luas atau bila dengan pengobatan topikal tidak ada perbaikan.
- o Ketokonazol 200 mg per hari selama 10 hari –2 minggu pada pagi hari setelah makan.
- o Antibiotika diberikan bila terdapat infeksi sekunder.
- o Pada kasus yang resisten terhadap griseofulvin dapat diberikan derivat azol seperti itrakonazol, flukonazol dll. Itrakonazol: untuk dewasa 400 mg/hari selama 1 minggu dan untuk anak-anak 5 mg/kg/hari selama 1 minggu. Sediaannya 100 mg dalam kapsul; solusio oral (10 mg/ml) dalam intravena.

- Pengobatan topical :

- o Kombinasi asam salisilat (3-6%) dan asam benzoat (6-12%) dalam bentuk salep (Salep Whitfield).
- o Kombinasi asam salisilat dan sulfur presipitatum dalam bentuk salep (salep 2-4, salep 3-10)
- o Derivat azol : mikonazol 2%, klotrimazol 1%, ketokonazol 1% dll.

- Konseling dan edukasi

- Mengurangi kelembaban dari tubuh penderita dengan menghindari berkeringat yang berlebihan.
- Menghindari sumber penularan yaitu binatang, kuda, sapi, kucing, anjing, atau kontak penderita lain.
- Menghilangkan fokal infeksi ditempat lain misalnya di kuku atau di kaki.
- Meningkatkan hygiene dan memperbaiki makanan.
- Faktor-faktor predisposisi lain seperti diabetes mellitus, kelaian endokrin yang lain, leukemia, harus dikontrol.
- Pasien dirujuk apabila:
 - Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - Terdapat imunodefisiensi.
 - Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.
- Komplikasi :
 - Penyebaran infeksi ke area yang lain
 - Infeksi bakteri pada lesi
 - Dermatitis kontak atau kelainan kulit yang lain
 - Efek samping dari pengobatan
- e. Prognosis
Prognosis dari dermatofita bergantung pada bentuk klinis, penyebab spesies dermatofita dan hospesnya sendiri, termasuk sosial budaya dan status imunologisnya. Tapi pada umumnya prognosis penyakit ini adalah baik.
- f. Sarana Prasarana
 1. Laboratorium : mikroskop, KOH, media agar Sabouraud.
 2. Lampu Wood
 3. Obat-obatan

2.4. TINEA KORPORIS

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.4 Tinea corporis

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Tinea korporis merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh jamur superficial golongan dermatofita, yang menyerang daerah kulit tak berambut pada wajah, badan, lengan, dan tungkai. Penyebab tersering adalah *Epidermophyton floccosum*, *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*. Penyakit ini menyerang semua umur tetapi lebih sering menyerang orang dewasa.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena gatal, terutama jika berkeringat. Karena sering digaruk, lesi semakin meluas terutama daerah kulit yang lembab.

Faktor risiko:

- Tinggal di daerah tropis
- Daerah dengan kelembaban udara yang tinggi
- Sanitasi yang buruk

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Lokalisasi : wajah, anggota gerak atas dan bawah, dada, punggung
- Efloresensi : lesi berbentuk macula/plak yang merah/hiperpigmentasi dengan tepi aktif dan penyembuhan sentral (central healing). Pada tepi lesi dijumpai papula-papula eritematosa atau vesikel. Pada perjalanan penyakit yang kronik dapat dijumpai likenifikasi. Gambaran lesi dapat polisiklis, anular atau geografis.
- Pemeriksaan penunjang : kerokan kulit dengan KOH 10% dijumpai hifa.



Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, pemeriksaan kerokan kulit dengan KOH 10%.

Diagnosis Banding:

1. Morbus Hansen
2. Pitiriasis Rosea
3. Neurodermatitis sirkumskripta

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik :
 - o Antihistamin
 - o Griseovulfin : anak-anak 15-20 mg/kgBB/hari, dewasa 500-1000 mg per hari.
 - o Itrakonazol 100 mg/hari selama 2 minggu
 - o Ketokonazol 200 mg/hari selama 3 minggu
- Topical :
 - o Salep Whitfield
 - o Campuran asam salisilat 5%, asam benzoate 10% dan resorsinol 5% dalam spiritus.
 - o Tolnaftat
 - o Siklopiroksalamin.
- Konseling dan edukasi:
 - o meningkatkan kebersihan tubuh,
 - o menghindari memakai pakaian yang tidak menyerap keringat.
- Kriteria rujukan : -

Prognosis : baik

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : KOH 10%
2. Obat-obatan

2.5. TINEA MANUS

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.2 Tinea manuum

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Tinea manus adalah infeksi jamur superficial pada tangan. Penyebab tersering adalah *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*. Penyakit ini dapat menyerang semua umur.

a. Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena gatal di daerah tangan, mulai pergelangan tangan sampai ke ujung jari.

Factor risiko:

- Tinggal di daerah tropis dan lembab
- Lingkungan rawa-rawa yang selalu basah
- Kebersihan diri dan lingkungan yang buruk.

b. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- pemeriksaan fisik
 - o lokalisasi : daerah tangan, mulai pergelangan tangan sampai ke ujung jari.
 - o Efloresensi : macula eritematosa dengan tepi aktif, berbatas tegas, terdapat vesikel atau skuama di atasnya.



- pemeriksaan penunjang
 - o Kerokan kulit + KOH 10% : ditemukan hifa
 - o Biakan skuama pada agar Sabouraud : tumbuh koloni-koloni jamur dalam 1-2 minggu
 - o Sinar Wood : fluoresensi positif

c. Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinik dan pemeriksaan kerokan kulit dengan larutan KOH 10% yang menunjukkan adanya hifa.

Diagnosis banding :

1. Dermatitis kontak alergika : ada riwayat kontak dengan sentizer tertentu.
2. Dyshidrotic dermatitis : pada pemeriksaan dengan KOH, tidak ditemukan elemen-elemen jamur.
3. Dermatitis numularis

d. Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

Dapat diberikan preparat haloprogin, tolnaftat, asam salisilat, dan triazol baik dalam bentuk tablet, krim, maupun larutan.

Konseling dan edukasi:

- Jaga kebersihan diri dan lingkungan
- Jaga agar tangan tidak dalam keadaan lembab dan basah dalam waktu yang lama
- Pasien dirujuk apabila:
 - o Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.

- o Terdapat imunodefisiensi.
- o Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.
- e. Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.
- f. Sarana Prasarana
 1. Laboratorium : KOH 10%, media agar Sabouraud
 2. Lampu wood
 3. Obat-obatan

2.6. **TINEA UNGUIUM (Onikomikosis)**

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.1 Tinea unguium

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Tinea unguium adalah kelainan kuku yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita. Penyebab tersering adalah *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*. Penyakit ini dapat ditularkan secara langsung maupun tidak langsung. Pada umumnya tinea unguium berlangsung kronik dan sukar penyembuhannya.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena kerusakan kuku. Kuku menjadi suram, lapuk dan rapuh, dapat Bergantung penyebabnya, destruksi kuku dapat mulai dari distal, lateral, ataupun keseluruhan. Bagian yang bebas tampak menebal. Bila disertai paronikia, sekitar kuku

akan terasa nyeri dan gatal. Penyakit ini biasanya menyertai tinea pedis atau tinea manus.

Faktor risiko:

- Tinggal di daerah tropis
- Sering kontak dengan air yang kotor

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : semua kuku jari tangan dan kaki
 - o Efloresensi : kuku menjadi rusak dan rapuh serta suram warnanya, permukaan kuku menebal, di bawah kuku tampak detritus yang mengandung elemen-elemen jamur. Pada infeksi yang ringan hanya dijumpai bercak-bercak putih dan kasar di permukaan kuku (leukonikia).



- Pemeriksaan penunjang
 - o Kerokan kuku + KOH 10-20 %
 - o Biakan kerokan skuama di bawah/di atas kuku dengan media agar Sabouraud menghasilkan koloni jamur.

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinik dan pemeriksaan kerokan kulit dengan larutan KOH 10-20%.

Diagnosis banding:

1. Onikodistrofi *Candida albicans* (kandidosis pada kuku) : biasanya dimulai dari proksimal

2. Onikodistrofi akibat trauma : jelas dimulai dengan trauma, disusul kerusakan kuku.
3. Psoriasis pada kuku : tampak tebal dan pada permukaan dapat terlihat pits.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik :
 - o griseovulfin 500-1000 mg/hari selama 3-6 bulan untuk kuku jari tangan dan 9-12 bulan untuk kuku jari kaki.
 - o Pemberian itrakonazol atau terbinafin 2x100 mg/hari selama 3-6 bulan juga memberikan hasil yang baik.
- Topikal :
 - o Salep Whitefield I,II
 - o Kompres asam salisilat 5%, asam benzoate 10%, dan resorsinol 5% dalam spiritus.
 - o Castellani's paint
 - o Asam undesilenat dalam bentuk cairan
 - o Tolnaftat dalam bentuk cairan
 - o Imidazol dalam bentuk cairan
 - o Siklopiroksolamin dalam bentuk cairan
- Konseling dan edukasi
 - o Pengobatan penyakit ini memerlukan ketekunan, pengertian, kerjasama, dan kepercayaan antara penderita dan dokter karena pengobatannya sulit dan lama.
 - o Jaga kebersihan diri dan lingkungan
 - o Minum obat yang teratur
- Pasien dirujuk apabila:
 - o Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - o Terdapat imunodefisiensi.
 - o Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.

Sarana Prasarana:

1. Laboratorium : KOH 10-20%, media agar Sabouraud
2. Obat-obatan

2.7. **TINEA KRURIS**

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.6 Tinea cruris

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Tinea kruris adalah penyakit infeksi jamur dermatofita di daerah lipat paha, genitalia, dan sekitar anus, yang dapat meluas ke bokong dan perut bagian bawah. Penyebabnya biasanya adalah *E. floccosum*, kadang-kadang disebabkan oleh *T. rubrum* dan *T. mentagrophytes*, yang ditularkan secara langsung maupun tidak langsung.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter dengan keluhan rasa gatal di daerah lipat paha sekitar anogenital. Gatal dirasakan semakin hebat jika banyak berkeringat.

Faktor risiko:

- Tinggal di daerah tropis
- Musim panas, banyak berkeringat
- Kebersihan diri yang kurang
- Lingkungan yang kotor dan lembab

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Obyektif)

- Pemeriksaan fisik
 - o Lokalisasi : regio inguinalis bilateral dan simetris. Meluas ke perineum, sekitar anus, intergluteal sampai ke gluteus. Dapat pula meluas ke suprapubis dan abdomen bagian bawah.
 - o Efloresensi : macula eritematosa nummular sampai geografis, berbatas tegas dengan tepi lebih aktif terdiri dari papula atau pustula. Jika kronik macula menjadi hiperpigmentasi dengan skuama di atasnya.
- Pemeriksaan penunjang
Kerokan kulit di daerah lesi dengan KOH 10% : tampak elemen jamur seperti hifa, spora dan miselium.



Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas dan ditemukannya elemen jamur pada pemeriksaan kerokan kulit di daerah lesi dengan KOH 10%.

Diagnosis banding:

1. Eritrasma : batas lesi tegas, jarang disertai infeksi, fluoresensi merah bata yang khas dengan lampu wood.
2. Kandidosis kutis : lesi relative lebih basah, berbatas tegas disertai lesi-lesi satelit.
3. Psoriasis intertriginosa : skuama lebih tebal dan berlapis-lapis

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Sistemik: diberikan jika lesi luas dan kronik

- Griseovulfin 500-1000mg/hari selama 3-4 minggu
- Ketokonazol 100 mg/hari selama 1 bulan.
- Topical : Salep atau krim antimikotik.
 - Misalnya : Salep Whitefield, tolnaftat, tolsiklat, haloprogin, asam salisilat, asam benzoate, sulfur dan lain sebagainya.
- Konseling dan edukasi
 - Jaga kebersihan diri dan lingkungan
 - Jangan memakai pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat agar tidak lembab saat berkeringat
 - Minum obat secara teratur
- Pasien dirujuk apabila:
 - Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - Terdapat imunodefisiensi.
 - Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : KOH 10 %
2. Lup
3. Obat-obatan

2.8. TINEA PEDIS (Athlete's foot)

No. ICPC : S74 Dermatophytosis

No. ICD : B35.3 Tinea pedis

Tingkat kemampuan : 4

Masalah kesehatan

Tinea pedis adalah infeksi jamur superficial pada pergelangan kaki, telapak kaki, punggung kaki dan sela-sela jari kaki. Penyebab tersering adalah *Epidermophyton floccosum*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* dan *C. albicans* yang ditularkan secara kontak langsung atau tidak langsung.

Hasil Anamnesis (Subyektif)

Pasien datang ke dokter karena gatal di daerah-daerah yang sudah di sebutkan di atas. Keluhan penderita bervariasi mulai dari tanpa keluhan sampai mengeluh sangat gatal dan nyeri karena terjadinya infeksi sekunder dan peradangan. Penyakit ini sering terjadi pada orang dewasa yang setiap hari harus memakai sepatu tertutup dan pada orang yang sering bekerja di tempat yang basah.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objektif)

- Pemeriksaan fisik:

Dikenal ada 3 bentuk klinik:

1. Bentuk intertriginosa.

Manifestasi kliniknya berupa maserasi, deskuamasi, dan erosi pada sela jari. Tampak warna keputihan basah dan dapat terjadi fisura yang terasa nyeri bila tersentuh. Lebih sering terjadi pada sela jari III, IV, dan V. Infeksi sekunder dapat menyertai fisura tersebut dan lesi dapat meluas sampai ke kuku dan kulit jari.



2. Bentuk vesicular akut

Penyakit ini ditandai terbentuknya vesikula-vesikula dan bula yang terletak agak dalam di bawah kulit dan sangat gatal. Lokasi yang sering adalah telapak kaki bagian tengah dan kemudian melebar serta vesikulernya memecah. Infeksi sekunder dapat memperburuk keadaan ini.



3. Bentuk moccasin foot

Pada bentuk ini seluruh kaki dari telapak, tepi sampai punggung kaki, terlihat kulit menebal dan berskuama. Eritem biasanya ringan, terutama terlihat pada bagian tepi lesi.



- Pemeriksaan penunjang
 - o Kerokan kulit + KOH 10% : ditemukan hifa
 - o Biakan agar Sabouraud : tumbuh koloni-koloni jamur
 - o Sinar Wood : fluoresensi positif

Penegakan Diagnosis (Assessment)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinik dan pemeriksaan kerokan kulit dengan larutan KOH 10% yang menunjukkan adanya hifa.

Diagnosis banding:

1. Kandidiasis : biasanya terdapat skuama yang berwarna putih pada sela jari ke-4,5, dan ada lesi-lesi satelit.
2. Akrodermatitis perstan : terlihat radang, vesikel-vesikel yang dalam, steril, dan dapat dibedakan dengan pemeriksaan histopatologi.
3. Pustular bacterid : secara klinis susah dibedakan, tapi dengan biakan dapat ditemukan agen penyebab.

Penatalaksanaan Komprehensif (Plan)

- Pengobatan pada umumnya cukup topical saja dengan obat-obat antijamur untuk bentuk interdigital dan vesicular. Lama pengobatan 4-6 minggu.
- Bentuk Moccasin foot yang kronik memerlukan pengobatan yang lebih lama, apalagi disertai dengan tinea unguium, pengobatan diberikan paling sedikit 6 minggu dan kadang –

kadang memerlukan antijamur per oral, misalnya griseovulfin, itrakonazol, atau terbenafin. Apabila ada infeksi sekunder memerlukan antibiotic.

- Konseling dan edukasi :
 - o Meringkan kaki dengan baik setiap habis terkena air
 - o Kaus kaki yang selalu bersih
 - o Bentuk sepatu yang baik
 - o Jaga kebersihan diri dan lingkungan
- Pasien dirujuk apabila:
 - o Penyakit tidak sembuh dalam 10-14 hari setelah terapi.
 - o Terdapat imunodefisiensi.
 - o Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka.

Prognosis

Jika penyembuhan telah dicapai dan faktor-faktor infeksi dapat dihindari, prognosis umumnya baik. Pasien dengan imunokompeten, prognosis umumnya bonam, sedangkan pasien dengan imunokompromais, quo ad sanationamnya menjadi dubia ad bonam.

Sarana Prasarana

1. Laboratorium : KOH 10%, media agar Sabouraud
2. Lup
3. Lampu Wood
4. Obat-obatan

BAB III

KELAINAN KELENJAR SEBASEA DAN EKRIN

3.1. AKNE VULGARIS

No. ICPC II : S96

No. ICD X: L70.0

Tingkat kemampuan: 3A

Masalah kesehatan

Akne vulgaris adalah penyakit peradangan menahun folikel pilosebacea yang umumnya terjadi usia remaja dan dapat sembuh tanpa pengobatan. Akne vulgaris menetap samapai umur 30 tahunan.

Hasil anamnesis (Subjective)

Seorang perempuan usia 22 tahun datang ke dokter dengan keluhan tampak jerawat di muka . Pasien khawatir jerawatnya bertambah banyak. Dari pemeriksaan UKK di dapat hasil tampak pustule mutipel > 10 di sekitar muka. Tampak jaringan parut hipotrofik.

Gambaran UKK meliputi komedo, papul, pustule, nodul, dan jaringan parut berupa jaringan parut hipotrofik atau hipertrofik. Pembagian akne vulgaris adalah

1. Ringan, terdapat beberapa lesi tak beradang pada 1 tempat predileksi, sedikit lesi tak beradang pada beberapa tempat predileksi, sedikit lesi beradang pada satu tempat predileksi.



2. Sedang, banyak lesi tak beradang pada satu tempat predileksi, beberapa lesi tak beradang pada lebih dari satu predileksi, beberapa lesi beradang

pada satu tempat predileksi, sedikit lesi beradang pada lebih dari satu predileksi



3. Berat, bila banyak lesi tak beradang pada lebih dari satu predileksi, banyak lesi beradang pada satu atau lebih tempat predileksi.



Catatan:

- sedikit: <5 lesi, beberapa: 5-10 lesi, banyak: > 10 lesi
- Tak beradang: komedo putih, komedo hitam, papul
- Beradang: pustule, nodus, kista

Tempat predileksi akne vulgaris: muka, bahu, dada bagian atas, punggung bagian atas. Lokasi lain meliputi leher, lengan atas, glutea.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Pemeriksaan fisik meliputi identifikasi UKK. Pemeriksaan ekskoleksi sebum dengan komedo ekstraktor (sendok unna) juga dapat dilakukan untuk melihat massa padat seperti lilin atau massa lunak bagai nasi yang ujungnya kadang berwarna hitam. Pemeriksaan histopatologis menunjukkan sebum sel radang kronis di sekitar folikel pilosebacea dengan massa sebum di dalam folikel. Pemeriksaan mikrobiologi terhadap jasad renik yang bertujuan menentukan

penyebab, namun sering hasil tidak memuaskan. Pemeriksaan kadar asam lemak bebas biasanya meningkat.

Penegakan diagnosis (Assessment)

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis, bentuk UKK, dan pemeriksaan ekskohleasi. Diagnosis banding meliputi erupsi akneiformis, anke venenata, rosasea, dermatitis perioral

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Pencegahan dilakukan untuk : (1) menghindari peningkatan jumlah lipid sebum dan perubahan isi sebum, (2) menghindari faktor pemicu, (3) memberi informasi mengenai penyebab

1. menghindari peningkatan jumlah lipid sebum dan perubahan isi sebum
 - a. diet rendah lemak dan karbohidrat
 - b. rajinmembersihkan muka
2. menghindari faktor pemicu
 - a. hidup teratur, istirahat cukup, olah raga,
 - b. hindari pedas, rokok
 - c. hindari polusi debu
3. member informasi mengenai penyebab

Pengobatan topical meliputi:

bahan yang dapat mngelupas kulit seperti sulfur 2-10%; bahan keratotik: asam salisilat 3-5%; vitamin A 0.05-0.1%; eritromisin 1% dalam larutan; salep atau krim klindamisin 1%

Pengobatan sistemik

tetrasiklin 3-4x/hr, sehari 250mg; vitamin A 3x10.000 U/hr; doksisisiklin 50mg/hr selama 7 hari; spiramisin 150-300mg/hr selama 7 hari

Rujukan dilakukan bila dokter pengobatan yang diberikan tidak memperbaiki kondisi pasien. Perlu dilakukan tindakan bedah kulit untuk memperbaiki jaringan parut, baik hipertrofik maupun hipotrofik

Prognosis

Prognosisnya dubia ad bonam, akne vulgaris biasanya sembuh pada usia 30-40 tahun

3.2. HIDRADENITIS SUPURATIVA

No. ICPC II: S92

No. ICD X: L73.2

Tingkat kemampuan: 4

Masalah kesehatan

Hidradenitis supurativa disebut juga apokrinitis merupakan infeksi kelenjar apokrin yang bersifat supuratif kronik dan dapat menimbulkan sikatrik.

Hasil anamnesis (Subjective)

Seorang perempuan usia 35 tahun datang ke dokter dengan keluhan terdapat benjolan kecil pada ketiak. Benjolan berwarna merah dan gatal.

Keluhan berupa gatal dan nyeri. Mula-mula gatal, lalu timbul nodus merah dan nyeri, dapat lebih dari satu kelenjar sehingga tampak berbenjol-benjol tidak teratur. Kemudian terjadi perlunakan tidak serentak, disebut abses multipel. Jika abses pecah keluar secret tanpa mata. Secret keluar sedikit-sedikit, menimbulkan fistel dan sinus.

Tempat predileksi meliputi ketiak/ aksila, areola mammae, dan anogenital. Pada wanita cenderung di aksila sedangkan pria di anogenital.

Faktor yang mempengaruhi timbulkan hidradenitis adalah kebersihan diri yang kurang, obesitas, dan akne. Penyakit ini lebih sering timbul di daerah tropis dan menyerang semua ras. Wanita lebih sering dari pria.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Pemeriksaan fisik dilakukan penilaian UKK dengan hasil makula eritematosa dan nodus lentikular numular, difus, regional. Juga terdapat sinus dan fistel. Pemeriksaan histopatologis didapatkan obstruksi saluran kelenjar apokrin oleh keratin, dilatasi duktus dan tubulus kelenjar, infiltrasi PMN

intraglandular, terdapat hiperplasi pseudoepitelioma pada fase akhir. Pemeriksaan darah dan uji resistensi serta biopsy bias dilakukan jika sarana memadai.



Penegakan diagnosis (Assessment)

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Identifikasi UKK sangat penting untuk menentukan diagnosis. Diagnosis banding yang mungkin meliputi skrofuloderma, mikosis profunda, limfadenitis.

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Edukasi pasien hidradenitis suppurativa meliputi

1. Hindari trauma mencabut bulu ketiak
2. Hindari penggunaan obat perontok rambut
3. Hindari penggunaan deodoran
4. Jangan menggunakan baju ketat
5. Hindari hiperhidrosis

Pengobatan dapat dilakukan dengan topikal atau sistemik. Jika masih infiltrate dapat diberikan kompres panas dengan KMnO_4 1/5000-1/10.000. jika sudah pecah, sedikit basah dengan ulkus kompres KMnO_4 , insisi, dan drainase.

Pengobatan sistemik berupa antibiotik:

1. Eritromisin 1-2 g/hari selama 7 hari
2. Sefalosporin 1-1,5 g/hari selama 7-10 hari
3. Penisilin 1,2-1,8 juta unit selama 7-14 hari

Pemberian steroid sistemik kasus resisten antibiotik dengan prednisone 40-60 mg/hari dan amoksisilin 4x 500 mg/hari atau antibiotik spectrum luas. Pemberian steroid intralesi dapat dilakukan pada kasus baru.

Prognosis

Prognosisnya dubia ad bonan dengan pengobatan.

3.3. DERMATITIS PERIORAL

No. ICPC II : S99

No. ICD X : L71.0

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Dermatitis perioral adalah peradangan pada kulit yang mengenai daerah perioral dan lipatan nasolabialis (sekitar hidung). Paling banyak terjadi pada wanita, meskipun papular varian yang berbeda bisa terjadi pada anak-anak. Hingga saat ini penyebab dari perioral dermatitis masih belum diketahui. Namun timbulnya perioral dermatitis dapat dipicu oleh beberapa faktor antara lain alergi mengeluh perih apabila terkena panas, sinar matahari, parfum, angin, kosmetik dan sabun. Penyakit ini dapat berkembang menjadi kronis, namun umumnya dapat sembuh sendiri.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan pada kulit sekitar hidung dan bibir bintik – bintik merah , sebagian ada pusnya.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dermatitis perioral berupa timbulnya erupsi berbatas tegas yang persisten dan eritematosa yang ukurannya 1-2 mm berbentuk papul dan pustula didaerah perioral, lipatan nasolabial, dan daerah periorbital² umumnya terdistribusi dan diawali pada daerah dagu atau pada bibir atas dan menyebar disekitar mulut, membentuk daerah kecil berbatas kemerahan dan diantara batas bibir dengan ruam kulit biasanya dipisahkan oleh daerah kulit

yang masih normal, akhirnya dapat menyebar di alis, glabella atau keduanya sekaligus, penderita mengeluh gatal dan rasa seolah terbakar.



Pemeriksaan penunjang : -

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosa dapat ditegakkan dari anamnesis, gambaran klinis dan distribusi lesi, Diagnosis kunci adalah lokasi pada bibir dan daerah lipatan nasolabial dan ada pemicu seperti alergi terhadap sinar matahari, acne, rosasea, infeksi dermodex, kandidiasis, jamur, pityrosporum, penggunaan pasta gigi yang mengandung flouride tinggi, penggunaan kortikosteroid (elocon, lotrisene, lidex, termovate sering pula dipicu oleh kortikosteroid untuk tetes hidung dan pemakaian cream moisturizer. Penegakan diagnosa didasarkan pada anamnesa dan pemeriksaan fisik saja, tidak ada pemeriksaan penunjang yang spesifik.

Diagnosis banding

Tabel 1. Diagnosis banding dermatitis perioral

	Perioral dermatitis	Acne vulgaris	Dermatitis seboroik	Rosasea
Kelompok usia	dewasa muda	Remaja, dewasa muda	Tua dan remaja	Anak-anak, usia pertengahan
Lokasi	Perioral	Wajah, leher, punggung, dada, bahu	Wajah bagian tengah, kepala	Wajah bagian tengah
Gambaran klinis				
Eritema	(+)	Biasanya (-)	Sedang	(+)
Pustula	(-)	(-)	(-)	(+)
Comedo	(-)	(+)	(-)	(-)
Telangiectasis	(-)	(+)	(-)	(+)

Skar	(-)	(-)	(-)	Biasanya (-)
Perubahan sekitar mata	(-)	(-)	Kelopak mata	Mungkin berkembang

(sumber: *Differential Diagnosis of Dermatology*)

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ada 2 macam secara medikamentosa dan non medikamentosa yaitu :

a) Medikamentosa

- untuk terapi sistemik dapat diberikan antibiotik seperti tetrasiklin 250-500 mg 2x1 hari selama 2-3 bulan jika penderita alergi terhadap tetrasiklin bisa diberikan minocyclin 50-100 mg 2X1. Untuk anak-anak kurang dari 10 tahun berikan erithromycin, zithromax atau biacin.

• Tabel 2. Terapi pada dermatitis perioral

	topikal	Dosis	Sistemik	Dosis dewasa
First line	metronidazole	2x1	Tetracycline doxycycline minocycline	250-500 mg 2x1 /hr 50-100 mg 2x1 /hari 50-100 mg 2x1 /hari
Second line	erithromycin atau clindamycin sulfur azelaic acid	2x1 2x1 2x1 2x1	Erithromycine	400 mg 3x1/hari atau 30-50 mg/kg/hari

(*Sumber: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*)

- Pada anak-anak dan ibu hamil sebaiknya berikan obat topikal saja untuk menghindari kotraindikasi.
- #### b) Non Medikamentosa
- Nol-terapi yaitu menghentikan penggunaan semua obat-obatan topikal dan kosmetik yang menjadi faktor penyebab dermatitis perioral. Hal ini efektif untuk kasus-kasus yang berhubungan dengan penyalahgunaan steroid atau terhadap kosmetik yang dicurigai. Dalam setiap kasus, keadaan yang semakin buruk dapat terjadi pada awal pengobatan, terutama jika steroid topikal dihentikan, pasien harus diberi penjelasan tentang komplikasi ini. Pada kondisi penyalahgunaan topikal steroid dalam jangka yang panjang maka, steroid disapih dengan dosis rendah 0,1-0,5% berupa krim hidrokortison.

- Berikan informasi pada penderita bahwa sewaktu-waktu penyakit ini dapat kambuh lagi. Disarankan untuk menggunakan sabun yang lembut dan luka tidak boleh digosok dengan kasar. Selama menjalani terapi pasien dilarang menggunakan moisturizer dan cream.

Komplikasi

Dapat berupa problem emosional psikologis karena sifat lesi hilangnya lama dan lesi di wajah mempengaruhi kepercayaan diri penderita. Dan timbulnya rebound effect karena penggunaan kortikosteroid dan dapat timbul jaringan parut atau skar.

Prognosis

Tergantung pada kecepatan saat pemberian terapi.

Sarana prasarana : -



BAB IV

LESI ERITRO SQUAMOSA

4.1. PSORIASIS VULGARIS

No. ICPC II: S91

No. ICD X: L40.0

Tingkat kemampuan: 3A

Masalah kesehatan

Psoriasis yang penyakit yang disebabkan autoimun, bersifat kronik, dan residif, ditandai bercak eritema berbatas tegas dengan skuama kasar, berlapis-lapis, dan transparan, disertai fenomena tetesan lilin, auspitz, dan kobner. Psoriasis disebut juga psoriasis vulgaris. Faktor genetik berperan dalam kejadian psoriasis. Puncak insidensi pada saat pubertas atau menopause

Hasil anamnesis (Subjective)

Seorang laki-laki usia 50 tahun datang ke dokter dengan keluhan terdapat bercak-bercak merah bersisik di siku dan lutut. Ayahnya juga menderita sakit serupa. Pemeriksaan fisik didapatkan plak eritem dengan skuama

Kelainan kulit berupa bercak eritema yang meninggi (plak) dengan skuama diatasnya. Eritema berbatas tegas dan merata. Pada proses penyembuhan, eritema di tengah menghilang dan hanya terdapat di pinggir. Skuama berlapis-lapis, kasar, dan berwarna putih seperti mika, serta transparan. Besar kelainan bervariasi: lentikuler, nummular atau plakat, dapat berkonfluensi. Jika sebagian besar atau seluruhnya lentikuler disebut psoriasis gutata. Psoriasis gutata biasa terjadi pada anak-anak dan dewasa muda dan terjadi setelah infeksi akut oleh Streptokokus.

Fenomena tetesan lilin adalah skuama yang berubah warnanya menjadi putih pada goresan, seperti lilin yang digores. Pada fenomena Auspitz tampak serum atau darah berbintik-bintik yang disebabkan karena papilomatosis. Trauma pada kulit seperti garukan menyebabkan kelainan yang sama dengan kelainan psoriasis dan disebut fenomena Kobner.

Tempat predileksi meliputi kulit kepala, perbatasan daerah tersebut dengan muka, ekstremitas bagian ekstensor terutama lutut dan siku, dan daerah lumbosakral.

Faktor pencetus psoriasis meliputi stress psikis, infeksi fokal, trauma, endokrin, gangguan metabolik, obat-obatan, alkohol, dan rokok. Stress psikis merupakan faktor pencetus utama. Sinar ultraviolet dan kehamilan merupakan factor provokatif penyebab perburukan kondisi psoriasis. Faktor genetik berperan dalam kejadian psoriasis.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang sederhana (Objective)

Pemeriksaan fisik dilakukan goresan pada skuama menggunakan pinggir gelas alas sehingga memastikan fenomena tetesan lilin. Pemeriksaan fenomena Auspitz dilakukan dengan cara mengerok skuama sampai habis secara perlahan sehingga tampak serum atau darah berbintik-bintik.

Pemeriksaan histopatologik terdapat gambaran yang khas yaitu parakeratosis, dan akantosis, pada stratum spinosum terdapat abses Munro, papilomatosis, dan vasodilatasi subepidermis.



Penegakan diagnosis (Assessment)

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis tipe psoriasis dibagi sebagai berikut:

1. Psoriasis vulgaris, disebut juga tipe plak karena lesi berbentuk plak.
2. Psoriasis gutata, lesi < 1 cm, timbul mendadak dan seminata, umumnya setelah infeksi Streptokokus di saluran nafas atas setelah influenza/ morbili, pada anak dan dewasa muda.
3. Psoriasis inversa (fleksural), memiliki tepat predileksi daerah fleksor

4. Psoriasis eksudatif, bentuk kelainannya basah seperti dermatitis akut
5. Psoriasis seboroik, merupakan gabungan antara psoriasis dan dermatitis seboroik, skuama agak berminyak dan agak lunak. Biasanya berlokasi di tempat seboroik
6. Psoriasis pustulosa, terdapat 2 bentuk yaitu
 - a. Psoriasis lokalisata bersifat kronik, mengenai telapak taga, kaki. UKK pustul kecil steril, dan dalam, eritema, disertai gatal.
 - b. Psoriasis generalisata, nyeri, hiperalgesia disertai demam, malese, nausea, anoreksia
7. Eritroderma psoriatik, lesi eritematosa dan kulit lebih meninggi.

Penatalaksanaan komprehensif (Plan)

Edukasi pasien psoriasis meliputi

1. Hindari trauma mekanik karena memperberat bentuk UKK psoriasis
2. Hindari bahan iritan
3. Hindari kondisi stress psikologis yang menetap
4. Informasikan bahwa penyakit ini tidak menular

Pengobatan diutamakan pengobatan topikal, karena lebih efektif. Pengobatan topikal dapat menahan dan memperlambat proses mitosis sel epidermis. Pertimbangkan pengobatan sistemik jika dengan topikal tidak membaik.

Pengobatan topikal meliputi

1. Preparat ter (ter kayu, fosil, dan batu bara) konsentrasi 2-5% . Ter dapat dikombinasi dengan asam salisilat 2-10 % dan sulfur presipitatum 3-5%
2. Antralin 0,2-0,8% dalam paste atau salep. Perbaiki kondisi tampak setelah 3 minggu dan bertahan beberapa bulan.
3. Kortikosteroid kombinasi asam salisilat 3%. Kortikosteroid fluorinasi seperti triamsinolon asetonida 1%, betametazon valerat 0,1%, fluosinolon 0,025%, atau betametazon benzoate 0,025% memiliki daya kerja lebih baik.
4. PUVA yaitu kombinasi psoralen ultraviolet 0,6 mg/kgBB diberikan oral 2 jam sebelum disinari dengan sinar ultraviolet. Pengobatan dilakukan 2x

seminggu. Kesembuhan terjadi 2-4x pengobatan dan dilanjutkan terapi rumatan tiap 2 bulan

Prognosis

Prognosisnya dubia ad malam, karena bersifat kronis dan residif.



BAB V

PENYAKIT VESIKOBULOSA

5.1. SINDROM STEVENS JOHNSON

No. ICPC II : S99

No. ICD X : L51.1

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Sindrom Stevens Johnson (S.S.T) adalah penyakit akut dan berat, terdiri dari erupsi kulit, kelainan mukosa dan lesi pada mata. Penyebab belum jelas. Biasanya pada usia dewasa. Lebih sering pada cuaca dingin.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien didahului dengan panas tinggi dan nyeri kontinu. Erupsi timbul mendadak. Gejala bermula di mukosa mulut berupa lesi bulosa atau erosi, eritema, disusul mukosa mata, genitalia sehingga terbentuk trias : stomatitis, konjungtivitis dan uretritis. Dapat meluas ke faring sehingga pada kasus yang berat penderita tidak dapat makan dan minum. Pada bibir sering dijumpai krusta hemoragik.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

1. Lokalisasi : biasanya generalisata, kecuali pada kepala yang berambut
2. Efloresensi/sifat-sifatnya : eritema berbentuk cincin (pinggir eritema, tengah relatif hiperpigmentasi), yang berkembang menjadi urtikaria atau lesi papular berbentuk target dengan pusat ungu, atau lesi sejenis dengan vesikel kecil, purpura, vesikel dan bula, numular sampai dengan plak. Erosi, eksoriasi, perdarahan dan krusta berwarna merah hitam.



Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan darah untuk mengetahui penyebabnya infeksi atau alergi.
2. Imunofluoresensi banyak membantu membedakan S.S.J dengan penyakit kulit dengan lepuh subepidermal lainnya.

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis banding

1. N.E.T,
2. Pemfigus,
3. Variola hemoragika

Komplikasi : -

Penatalaksanaan

1. Umum :
 - Mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan pemberian secara i.v
 - Jika penderita koma, lakukan tindakan darurat terhadap keseimbangan O₂ dan CO₂.
2. Khusus
 - Sistemik
 - kortikosteroid dosis tinggi, predniso 80-200 mg (live saving) secara parenteral/per oral, kemudian diturunkan perlahan-lahan.

- Pada kasus berat diberi deksametason i.v dosis 4x5 mg selama 3-10 hari. jika keadaan umum membaik, penderita dapat menelan, maka obat diganti dengan prednison (dosis ekuivalen). Pada kasus ringan diberikan prednison 4-5 mg-4x20 mg/hari, dosis diturunkan secara bertahap jika terjadi penyembuhan.
- Pengobatan lain : ACTH (sintetik) 1 mg, obat anabolik, KCL 3x500 mg, antibiotik, obat hemostatik (adona), dan antihistamin.

➤ Khusus

- Vesikel dan bula yang belum pecah diberi bedak salisil 2%
- Kelainan yang basah dikompres dengan asam salisil.
- Kelainan mulut yang berat diberikan kompres asam borat 3%
- Konjungtivitis diberi salep mata yang mengandung antibiotik dan kortikosteroid.

Prognosis

Umumnya baik, dapat sembuh sempurna tergantung pada perawatan dan cepatnya mendapat terapi yang tepat. Jika terdapat purpura, prognosis lebih buruk. Angka kematian 5-15%.

Sarana prasarana : -

5.2. NEKROLISIS EPIDERMAL TOKSIK

No. ICPC II : S99

No. ICD X : L51.1

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Nekrolisis epidermal toksik (N.E.T) merupakan penyakit yang berat, lebih berat dari sindrom Steven (S.S.J), sehingga apabila pengobatannya tidak cepat dan tepat dapat menyebabkan kematian. Penyebab utamanya adalah alergi obat.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien laki-laki usia 18 tahun dengan keluhan kelainan kulit mulai dengan eritema generalisata kemudian banyak timbul vesikel dan bula, dapat pula disertai purpura. Lesi pada kulit dapat disertai lesi pada bibir dan selaput lendir mulut berupa erosi, ekskoriasi, dan perdarahan sehingga terbentuk krusta berwarna merah hitam pada bibir. Kelainan ini bisa pada orifisium genitalia eksterna juga pada mata.

Faktor resiko tersering alergi obat.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik selain pada keluhan di atas, yang penting adalah terjadinya epidermolisis, yaitu epidermis yang terlepas dari dasarnya yang kemudian menyeluruh. Gambaran klinisnya menyerupai kombusio. Adanya epidermolisis menyebabkan tanda **Nikolskiy** positif pada kulit yang eritematosa, yaitu jika kulit ditekan dan digeser, maka kulit akan terkelupas. Epidermolisis sering terjadi pada tempat yang mendapat tekanan seperti punggung dan bokong.



Pemeriksaan penunjang : -

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik (eritema generalisata kemudian banyak timbul vesikel dan bula, dapat pula disertai purpura dan adanya epidermolisis yang disertai tanda **Nikolskiy** positif).

Diagnosis banding

1. S.S.J,
2. Dermatitis kontak iritan,
3. Staphylococcus Scalced Skin Syndrome (S.S.S.S)

Komplikasi

Komplikasi pada ginjal berupa nekrosis tubular akut akibat terjadinya ketidakseimbangan cairan bersama-sama dengan glomerulonefritis.

Penatalaksanaan komprehensif

- Obat penyebab alergi segera dihentikan.
- Perawatan sebagaimana luka bakar dengan obat topikal sulfadiazin perak (krim dermazin, silvadene)
- Bila pemakaian kortikosteroid, umumnya deksametason 40 mg sehari iv dosis terbagi.
- Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit.

Prognosis

Prognosis tergantung pada penyebabnya, apabila penyebabnya infeksi prognosisnya lebih baik daripada alergi obat. Jika kelainan kulit luas, 50-70% permukaan kulit, prognosisnya buruk.

Sarana prasarana

1. Resusitasi cairan dan elektrolit
2. kortikosteroid

BAB VI

KELAINAN PIGMENTASI

6.1. VITILIGO

No. ICPC II : S99

No. ICD X : I80

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Vitiligo adalah hipomelanososis idiopatik didapat ditandai dengan adanya makula putih yang dapat meluas. Dapat mengenai tubuh yang mengandung sel melanosit, misalnya rambut dan mata. Ada pengaruh faktor genetik, penderita vitiligo 5% akan memiliki anak vitiligo. Awitan terbanyak sebelum umur 20 tahun.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien wanita usia 18 tahun dengan keluhan kelainan kulit berupa makula berwarna putih dengan batas tegas, tanpa ada perubahan epidermis yang lain. Faktor resiko tersering sinar ultra violet.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

Ditemukan adanya makula berwarna putih, kadang-kadang ditemukan tepi lesi yang meninggi, eritema dan gatal disebut inflamatoar. Daerah yang sering terkena adalah bagian ekstensor tulang terutama di atas jari, periorifisial sekitar mata, mulut dan hidung, tibialis anterior dan pergelangan tangan bagian fleksor. Lesi bilateral dapat simetris ataupun asimetris. Mukosa jarang terkena, kadang-kadang mengenai genital eksterna, puting susu, bibir dan gingiva.



Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan histopatologik

Dengan pewarnaan hematoksilin eosin (HE) tampaknya normal kecuali tidak ditemukan melanosit kadang-kadang ditemukan limfosit pada tepi makula.

2. Pemeriksaan biokimia

Pemeriksaan histokimia pada kulit yang diinkubasi dengan dopa menunjukkan tidak adanya tirosinase. Kadar tirosin plasma dan kulit normal.

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis klinis ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan klinis.

Ditanyakan pada penderita :

1. Awitan penyakit
2. Riwayat keluarga
3. Riwayat penyakit kelainan tiroid, alopesi areata, DM, dan anemia pernisiiosa.
4. Kemungkinan faktor pencetus, misalnya stres, emosi, terbakar surya dan paparan bahan kimia.

Diagnosis banding

Piebaldisme, sindrom Wanderburg dan sindrom Woolf. Vitiligo segmentalis harus dibedakan dengan nevus depigmentosus. Lesi tunggal harus dibedakan

dengan tinea versikolor, pitiriasis alba, hipopigmentosis gutata dan paska inflamasi.

Komplikasi : -

Penatalaksanaan

Pengobatan vitiliigo kurang memuaskan. Dianjurkan penderita menggunakan kamuflase agar kelainan tersebut tertutup cover mask. Pengobatan sistemik adalah trimetilpsoralen atau metoksi-psoralen dengan gabungan sinar matahari atau sumber sinar lain ultraviolet yang mengandung gelombang panjang (ultraviolet A). Pada beberapa penderita potensi tinggi dengan kortikosteroid seperti betametason valerat 0,1 % atau klobetasol propionat 0.05% efektif menimbulkan pigmen.

Prognosis : -

Sarana prasarana : -

6.2. MELASMA

No. ICPC II : S08

No. ICD X : I81.1

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Melasma adalah hipermelanosis didapat yang pada umumnya simetris berupa makula yang tidak merata berwarna coklat muda sampai coklat tua, mengenai area yang terpajan sinar ultra violet dengan tempat predileksi pada pipi, dahi, daerah atas bibir, hidung dan dagu. Di indonesia perbandingan kasus wanita dan pria adalah 24:1, terutama pada wanita usia subur. Insiden terbanyak pada usia 30-44 tahun.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien wanita usia 18 tahun dengan keluhan kelainan kulit berupa makula berwarna coklat muda atau coklat tua berbatas tegas dengan tepi tidak teratur, sering pada pipi dan hidung yang disebut dengan malar. Pola mandubular

terdapat pada dagu, sedangkan pola sentrofasial di pelipis, dahi, alis dan bibir atas. Warna keabu-abuan terutama pada tipe dermal.

Faktor resiko tersering sinar ultra violet.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik melasma dapat dibedakan berdasarkan gambaran klinis.

1. Bentuk sentrofasial meliputi daerah dahi, hidung, pipi bagian medial, bawah hidung, serta dagu (63%).
2. Bentuk malar meliputi hidung dan pipi bagian lateral (21%).
3. Bentuk mandibular meliputi daerah mandibula (16%)



Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan histopatologik

Terdapat tipe hipermelanosis

- 1) Tipe epidermal : melanin terutama terdapat di lapisan basal dan supra basal
- 2) Tipe dermal: makrofag bermelanin di sekitar pembuluh darah dalam dermis bagian atas dan bawah.

2. Pemeriksaan mikroskop elektron

Gambaran ultrastruktur melanosit dalam lapisan basal memberi kesan aktivitas melanosit meningkat.

3. Pemeriksaan dengan sinar wood

- 1) Tipe epidermal : warna lesi tampak lebih kontras
- 2) Tipe dermal : warna lesi tidak berwarna kontras
- 3) Tipe campuran : lesi ada yang bertambah kontras ada yang tidak

- 4) Tipe tidak jelas : dengan sinar woods lesi tidak jelas, dengan sinar biasa jelas terlihat.

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis melasma ditegakkan hanya dengan pemeriksaan klinis.

Diagnosis banding : -

Komplikasi : -

Penatalaksanaan

1. Pengobatan topikal

a. Hidrokinon

Hidrokinon dipakai dengan konsentrasi 2-5%, dipakai pada malam hari disertai tabir surya pada siang hari.

b. Asam retinoat

asam retinoat 0,1 % terutama digunakan sebagai terapi tambahan atau kombinasi.

c. asam azeleat

asam azeleat 20% selama 6 bulan memberikan hasil yang baik.

2. Pengobatan sistemik

Vitamin C dan glutathione.

3. Tindakan khusus

a. Pengelupasan kimiawi

Dengan mengoleskan asam glikolat 50-70% selama 4-6 menit setiap 3 minggu selama 6 kali. Sebelum pemberian dioleskan asam glikolat 10% selama 14 hari.

b. Bedah laser

Bedah laser dengan menggunakan Q-Switched Ruby dan Argon.

Prognosis : -

Sarana prasarana : -

6.3. Hipopigmentasi Dan Hiperpigmentasi Post Inflamasi

No. ICPC : S08

No. ICD X : I81.0

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Warna kulit yang tidak normal disebabkan oleh ketidakseimbangan pigmen atau oleh adanya pigmen yang abnormal. Gangguan kehilangan atau pengurangan pigmentasi mungkin terkait dengan hilangnya melanosit atau ketidakmampuan melanosit untuk memproduksi melanin atau transportasi melanosom. Dalam prakteknya, sebagian besar masalah pigmentasi disebabkan oleh terlalu banyak (hiperpigmentasi), atau terlalu sedikit melanin (hipopigmentasi). Hal ini bisa disebabkan akibat dari proses peradangan

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien wanita usia 18 tahun dengan keluhan kelainan kulit berupa keputihan atau kegelapan pada kulit setelah mengalami peradangan kulit yang terkena.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

1. Hipopigmentasi

Ukuran dan bentuk lesi hipopigmentasi biasanya berkorelasi dengan distribusi dan konfigurasi dermatosis inflamasi asli, dan warna berkisar dari hipopigmentasi ke depigmentasi



2. Hiperpigmentasi

Pemeriksaan klinis dimulai dengan menilai batas, bentuk, dan kedalaman pigmentasi, ditunjang oleh penggunaan *dermatoscope* atau lampu Wood. Jika melanin terdeposit di epidermis, lesi cenderung cokelat, tapi melanin di dermis menyebabkan lesi berwarna abu-abu atau abu-abu - biru gelap. Di bawah lampu Wood, lesi epidermal berbatas tegas bila ditekan.



Pemeriksaan penunjang : -

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis klinis ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan klinis.

Diagnosis banding

Hipopigmentasi dan hiperpigmentasi non inflamasi.

Komplikasi : -

Penatalaksanaan

1. Hipopigmentasi Post Inflamasi

Pengobatan melibatkan identifikasi dan mengobati penyebab yang mendasarinya. Selama peradangan masih berlanjut, *repigmentation* tidak mungkin terjadi. Setelah penyebab yang mendasari secara efektif diobati, hipopigmentasi yang biasanya membaik seiring waktu.

Aplikasi dua kali sehari dari steroid topikal potensi sedang dalam kombinasi dengan preparat berbasis tar. Steroid dapat mempengaruhi sel inflamasi yang bertanggung jawab untuk peradangan, sementara tar dapat menyebabkan melanogenesis. Aplikasi dua kali sehari 1 % pimecrolimus

krim selama 16 minggu. Tingkat perbaikan selama 2 minggu pertama setelah penggunaan pertama. Aplikasi topikal dari 0,1 % 8-methoxypsoralen, 0,5-1 % tar batubara atau anthralin diikuti oleh paparan sinar matahari dapat membantu dalam memulihkan pigmen.

Berbagai regimen photochemotherapy topikal (topikal psoralen UVA, PUVA) seperti aplikasi topikal dari 0,001- 0,5% 8-methoxypsoralen di aquaphor atau salep hidrofilik ke daerah yang sakit selama 20-30 menit, diikuti oleh UVA 1-3 kali per minggu pada dosis awal 0,2 - 0,5 J / cm², ditingkatkan 0,2-0,5 J / cm² per minggu. Excimer laser 308 nm dapat digunakan untuk merangsang pigmentasi lesi hipopigmentasi, dan memiliki tingkat respon 60-70 % setelah sembilan perawatan dua kali seminggu. Namun, pengobatan selanjutnya teratur diperlukan setiap 1-4 bulan untuk menjaga hasil. Untuk lesi yang luas, *narrow-band* UVB fototerapi atau oral PUVA dapat digunakan 2-3 kali seminggu.

2. Prinsip dasar pengobatan hiperpigmentasi post inflamasi yaitu.
 - a) Mengelola atau mengendalikan kondisi kulit yang mendasari peradangan
 - b) Hentikan semua iritasi potensial seperti parfum, kosmetik, astringen, *witch hazel*, dan alkohol
 - c) *Sunscreen* dan *sun protection* untuk semua pasien, diutamakan yang mengandung zink atau *sunblock* berbasis titanium untuk menghindari iritasi.
 - d) Kesabaran

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan hiperpigmentasi post inflamasi, termasuk lokasi pigmen (epidermal atau dermis), perawatan yang memadai dari setiap penyakit radang mendasari, kepatuhan pasien, dan respon terhadap pengobatan.

Tabel 3. Terapi Topical untuk Hiperpigmentasi Post Inflamasi

	Penyebab	Dosis	Waktu untuk menimbulkan efek
Single agent			
Tretinoin	Akne, shaving, ekzema, ringworm hair, folliculitis	Sekali sehari	4 minggu
Tazarotene	Akne	0.1% krimsekal sehari	10 minggu
Hydroquinone	Semua jenis	4%-8% krimsekal sehari	1-3 bulan
Azelaic acid	Semua jenis	krimkulit kering gel untuk kulit berminyak	1-3 bulan
Methimazole	Luka bakar asam	5% sekali sehari	6 minggu
Combination			
4% HQ + 0.15% retinol	Melasma and PIH	2 kali sehari	12 minggu
2% mequinol + 0.01% tretinoin(phase IV trial Solagé) vs. 4% of hydroquinone	PIH	Sekali hingga 2 kali sehari	12 minggu
Azelaic and glycolic Acid	Melasma, PIH, idiopathicmelanosis, drug-inducedhyperpigmentation	Azelaic acid20% cream andglycolic acidlotion vs hydroquinone 4%	minggu

Tabel 4. Terapi *Chemical Peels* untuk Hiperpigmentasi Post Inflamasi

<i>Peels</i>	Metode	Frekuensi	Jumlah Pengobatan
<i>Spot peel</i>	TAC 25%, Jessner's solutionsalicylic acid	Q-bulan	Banyak
<i>Salicylic acid</i>	30% SA in absoluteethanol	3 bulan	24
<i>Glycolic</i>	Glycolic peel with68% maximumconcentration	Q bulan	6

Prognosis

Hipopigmentasi minimal biasanya sembuh dalam beberapa minggu, tapi hipopigmentasi parah dan depigmentasi terkait dengan lupus eritematosus, scleroderma atau luka bakar mungkin memerlukan beberapa tahun untuk menjadi *repigmented*, dan tidak menutup kemungkinan untuk permanen.

Pada hiperpigmentasi epidermal membutuhkan waktu 6-12 bulan untuk memudar, sedangkan hiperpigmentasi epidermal mungkin butuh waktu

bertahun-tahun. Kondisi peradangan yang mendasari, jika tidak diobati, dapat mengakibatkan lesi yang baru.

Sarana prasarana : -



BAB VII

GANGGUAN KERATINISASI

7.1. IKTIOSIS VULGARIS

No. ICPC II : S99

No. ICD X : I85.0

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Iktiosis adalah suatu gangguan pembentukan keratin, pada gangguan ini sekresi kelenjar minyak dan keringat berkurang. Iktiosis vulgaris bersifat autosomal dominan. Timbul pada permulaan masa kanak-kanak.

Hasil Anamnesis

Keluhan

Pasien memiliki keluhan kulit bersisik putih dan kering.

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

Pemeriksaan fisik

1. Lokalisasi : dahi, belakang tubuh dan tungkai bawah depan.
2. Efloresensi/sifat-sifatnya : sisik-sisik kulit putih mengkilat.



Pemeriksaan penunjang

Gambaran histopatologik : reduksi lapisan granular

Penegakan diagnosis

Diagnosis klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang.

Diagnosis banding

Iktiosis terkait X, iktiosis lamelar, iktiosis histrik

Komplikasi : -

Penatalaksanaan

- Emolien sederhana dapat menolong
- Preparat urea
- Menghindari faktor-faktor presipitasi

Prognosis : Kurang baik

Sarana prasarana : -



DAFTAR PUSTAKA

1. Harahap, M, Ilmu penyakit Kulit, Hypocrates, Jakarta, 2000.
2. Permenkes RI no 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
3. Djuanda A. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 4. Jakarta. EGC.2005.
4. Soepardiman L. ILMU PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN. 5TH Ed. Jakarta: FKUI. 2007: p. 296-298.
5. Siregar,R.S, Atlas Berwarna Sari Pati Kulit , De. 2, EGC, Jakarta. 2004.

