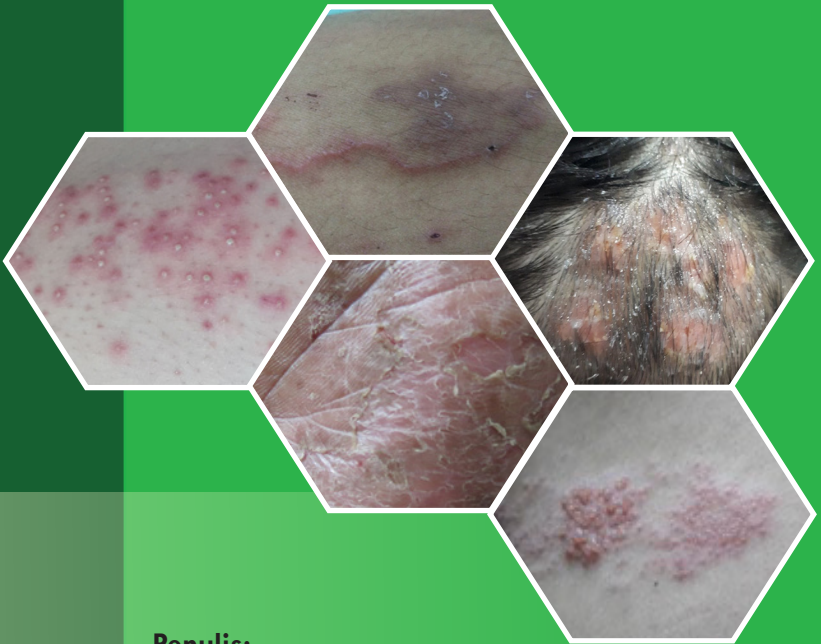


BUKU EDUKASI ILMU PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN



Penulis:

DR. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV

dr. Yuri ke Indah Pratiwi

dr. Cindy Christella Chandra

dr. Jessica Elizabeth

Editor:

dr. Ernawati, MS, SE, FISC M, FISPH, Sp.DLP

BUKU EDUKASI

ILMU PENYAKIT KULIT

DAN KELAMIN

Penulis:

DR. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV

dr. Yurike Indah Pratiwi

dr. Cindy Christella Chandra

dr. Jessica Elizabeth

Editor:

dr. Ernawati, MS, SE, FISC M, FISPH, Sp.DLP

BUKU EDUKASI ILMU PENYAKIT KULIT DAN KELAMIN

Penulis

DR. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINSDV, FAADV

dr. Yurike Indah Pratiwi

dr. Cindy Christella Chandra

dr. Jessica Elizabeth

Editor

dr. Ernawati, MS, SE, FISCN, FISPH, Sp.DLP

Desain cover

Neneng Siti Mariyan

ISBN :

Diterbitkan oleh:

Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara

Anggota IKAPI

Hak cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit

Edisi 1, Cetakan 1 : 2021

Sanksi Pelanggaran Pasal 72

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta.

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Penerbit tidak bertanggung jawab atas segala kerugian atau cedera pada individu dan/ atau kerusakan properti yang terjadi berkaitan dengan penggunaan materi dalam buku ini. Isi buku ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab pengarang.

KATA PENGANTAR

Pertama-tama, kami mengucapkan syukur dan terima kasih kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi kami kesempatan untuk menyelesaikan penulisan buku ini dari awal hingga akhir. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada keluarga dan kerabat yang mendukung kami dalam proses penyusunan dan penulisan buku ini, dan juga kepada Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara yang telah mendukung kami untuk menyelesaikan buku ini hingga proses penerbitan.

Penulisan buku ini bertujuan untuk memudahkan para dokter umum yang berpraktek di fasilitas kesehatan primer atau tenaga kesehatan lainnya untuk menjelaskan ke pasien tentang keadaan penyakit yang dialaminya dan cara mengobati serta cara mencegahnya.

Isi buku ini kami susun secara ringkas, jelas, serta dilengkapi dengan panduan-panduan edukasi yang mudah dimengerti oleh pasien, sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialami agar

dapat mencapai penyembuhan yang optimal dan mencegah kekambuhannya.

Tiada gading yang tidak retak, demikian juga dalam menyusun buku panduan ini tentu saja masih banyak kekurangannya. Namun demikian kami mengharapkan kehadiran buku ini dapat memberikan manfaat besar bagi masyarakat, karena sampai saat ini belum banyak buku yang membahas masalah edukasi terkait penyakit kulit dan kelamin.

Penulis

DR. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV

dr. Yurike Indah Pratiwi

dr. Cindy Christella Chandra

dr. Jessica Elizabeth

KATA SAMBUTAN DEKAN FK UNTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas diterbitkannya buku berjudul “**Buku Edukasi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin**”. Buku ini disusun oleh staf dosen bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (FK Untar) bersama dengan dokter-dokter Alumni FK Untar. Buku saku ini membahas mengenai berbagai penyakit yang sering ditemukan dalam praktek sehari-hari dengan penulisan yang sangat sistematis dan mudah dimengerti.

Penjelasan dimulai dengan diagram alur sejumlah kelainan yang dapat terjadi pada rambut, kuku, kulit dan kelamin dengan berbagai faktor penyebab dan gejala-gejala yang ditimbulkan.

Buku yang telah disusun dengan baik ini bertujuan untuk memudahkan para dokter umum sehingga dapat menjelaskan kepada pasien mengenai penyakit yang dialaminya, tatalaksana dan pencegahannya. Oleh karena itu, buku ini sangat baik untuk dimiliki oleh

para dokter yang bertugas di berbagai lapisan fasilitas kesehatan mulai dari fasilitas kesehatan primer dan fasilitas kesehatan lainnya untuk memberikan edukasi dalam upaya meningkatkan kesehatan kulit dan kelamin masyarakat.

Saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada penulis atas kerja keras yang telah dilakukan sehingga Buku Edukasi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin ini dapat diterbitkan. Semoga buku saku ini bermanfaat dan dapat digunakan dengan sebaik-baiknya. Diharapkan melalui buku saku ini angka kejadian penyakit kulit dan kelamin dapat diatasi dan dicegah.

Dr.dr. Meilani Kumala MS., Sp.GK-K

Dekan FK Untar

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APD	Alat Pelindung Diri
ARV	<i>Antiretroviral</i>
BTA	Bakteri Tahan Asam
DDS	<i>Diaminodiphenyl Sulfone</i> (Dapson)
HFMD	<i>Hand, Foot, and Mouth Disease</i>
HHV	<i>Human Herpes Virus</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
HS	<i>Herpes Simplex</i>
HSV	<i>Herpes Simplex Virus</i>
IGNS	Infeksi Genital Non-Spesifik
IM	Intramuskular
IMS	Infeksi Menular Seksual
INH	<i>Isonicotinic Acid Hydrazide</i> (Isoniazid)
IVIg	<i>Intravenous Immunoglobulin</i>
KA	Kondiloma Akuminata
KGB	Kelenjar Getah Bening
KOH	Kalium Hidroksida
KSB	Karsinoma Sel Basal

KSS	Karsinoma Sel Skuamosa
LCD	<i>Liquor Carbonis Detergent</i>
LGV	Limfogranuloma Venereum
MB	Multibasiler
MH	Morbus Hansen
MK	Moluskum Kontangiosum
MM	Melanoma Maligna
MR	<i>Measles and Rubella</i>
MMR	<i>Measles, Mumps, and Rubella</i>
NB-UVB	<i>Narrowband-Ultraviolet B</i>
NSAID	<i>Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs</i>
OUE	Orifisium Uretra Eksternum
PB	Pausibasiler
PO	Peroral
PTU	<i>Propylthiouracil</i>
PUVA	<i>Psoralen and Ultraviolet A</i>
PV	Pitiriasis Versikolor
RPR	<i>Rapid Plasma Reagen</i>
SJS	<i>Stevens-Johnson Syndrome</i>
SPF	<i>Sun Protector Factor</i>
TB	Tuberkulosis
TCA	<i>Trichloroacetic acid</i>
TEN	<i>Toxic Epidermal Necrolysis</i>
TPHA	<i>Treponemal Pallidum Hemagglutination Assay</i>
UVA	<i>Ultraviolet A</i>
UVB	<i>Ultraviolet B</i>
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

Daftar Isi

KATA PENGANTAR	iii
KATA SAMBUTAN DEKAN FK UNTAR.....	v
DAFTAR SINGKATAN.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
PENDAHULUAN	1
PENYAKIT VIRUS	9
Morbili.....	9
Varicella.....	12
Herpes Zoster	15
Herpes Simpleks.....	19
Veruka Vulgaris.....	22
Moluskum Kontangiosum	25
Kondiloma Akuminata	27
HIV dan AIDS.....	28
PENYAKIT BAKTERI	31
Impetigo Bulosa.....	31
Impetigo Krustosa	34
Ektima.....	37
Paronikia.....	40

Folikulitis.....	43
Furunkel dan Karbunkel.....	46
Erisipelas.....	49
Selulitis	52
Eritrasma.....	55
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	58
Skrofuloderma.....	61
Morbus Hansen.....	64
Reaksi Reversal.....	67
Reaksi Eritema Nodosum Lepromatosum	69
Sifilis	71
PENYAKIT JAMUR	73
Tinea Kapitis	73
Tinea Unguium.....	76
Tinea Barbe	79
Tinea Fasialis	81
Tinea Manus.....	84
Tinea Korporis	86
Tinea Kruris	89
Tinea Pedis	92
Dermatitis Seboroik	95
Kandidosis	98
Pitiriasis Versikolor.....	101
PENYAKIT PARASIT DAN GIGITAN SERANGGA	105
Insect Bite.....	105
Skabies	107

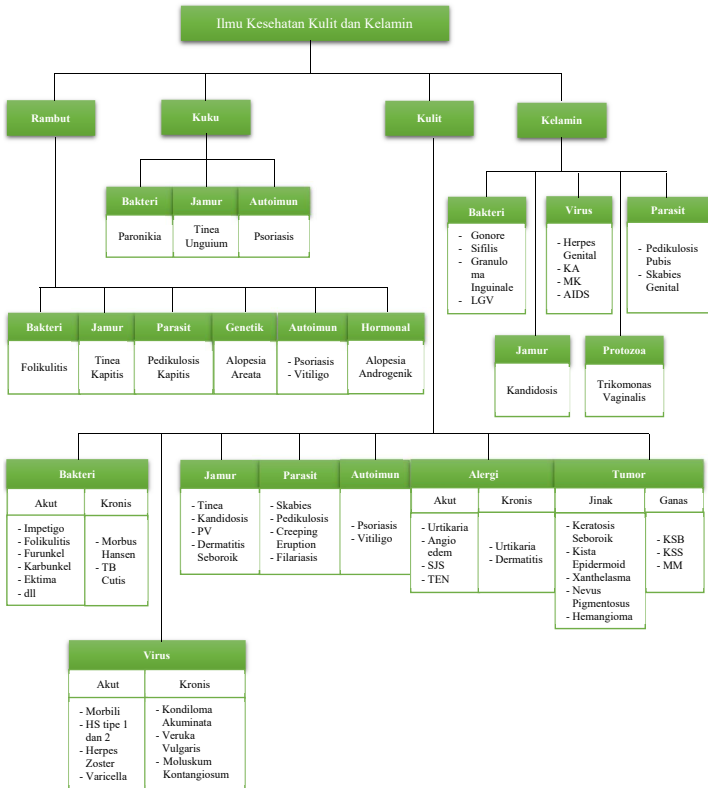
Creeping Eruption.....	110
Pedikulosis Kapitis.....	112
Pedikulosis Pubis.....	114
Filariasis.....	116
PENYAKIT ALERGI	119
Angioedema	119
Sindrom Stevens-Johnson.....	122
Toxic Epidermal Necrolysis.....	126
Urtikaria Akut	129
Fixed Drug Eruption.....	132
Napkin Eczema.....	134
Dermatitis Kontak Iritan	137
Dermatitis Kontak Alergi	140
Dermatitis Numularis	144
Liken Simpleks Kronik/Neurodermatitis	
Sirkumskripta	148
Dermatitis Atopik	152
PENYAKIT TUMOR.....	157
Keratosis Seboroik.....	157
Kista Epidermoid.....	159
Hemangioma.....	161
Xanthoma/Xanthelasma	163
Nevus Pigmentosus.....	165
Karsinoma Sel Basal.....	167
Karsinoma Sel Skuamosa	170
Melanoma Maligna	173

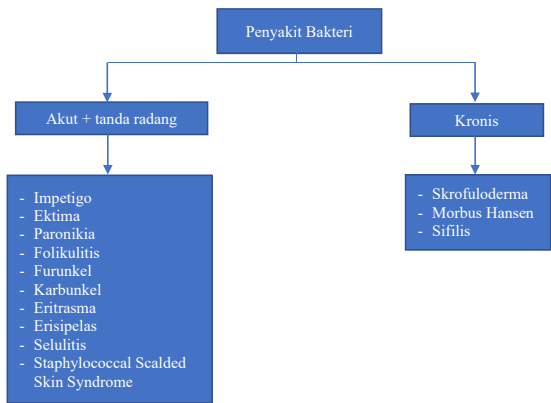
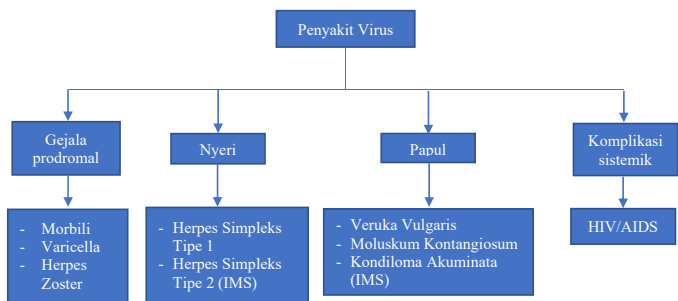
PENYAKIT AUTOIMUN	177
Psoriasis Vulgaris	177
Vitiligo	180
Alopesia Areata	180
 PENYAKIT KELAINAN KLENJAR DAN AKNEIFORM..	 181
Akne Vulgaris.....	181
Rosacea	185
Dermatitis Perioral.....	188
Hidradenitis Suppurativa	190
Miliaria	194
 KELAINAN PIGMENTASI.....	 197
Melasma	197
Lentigo/Lentiginosis	200
Hiperpigmentasi Paska Inflamasi.....	202
Hipopigmentasi Paska Inflamasi	204
Vitiligo.....	206
Albinism.....	209
 KELAINAN RAMBUT.....	 211
Telogen Efluvium	211
Alopesia Androgenika/ <i>Male Pattern Alopecia</i>	214
Alopesia Areata.....	217
Psoriasis	220
Tinea Kapitis.....	222

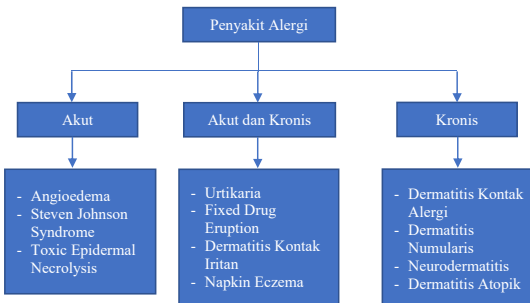
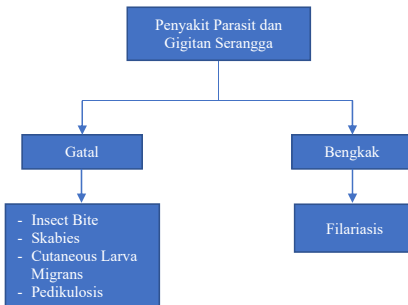
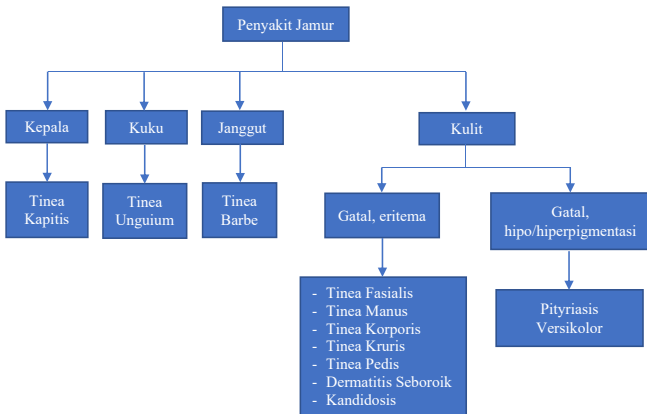
PENYAKIT LAIN YANG SERING DITEMUKAN.....	223
Pitiriasis Rosea	223
Iktiosis Vulgaris	226
PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL	229
Infeksi Gonore	229
Infeksi Genital Nonspesifik (IGNS)	232
Trikomoniasis	235
Vaginosis Bakterial	238
Kandidiasis Vulvovaginalis.....	240
Herpes Simpleks Genital	242
Kondiloma Akuminata	245
Sifilis	248
Ulkus Mole	251
Limfogranuloma Venereum.....	253
Granuloma Inguinale.....	255
HIV/AIDS	256
DAFTAR PUSTAKA.....	257
TENTANG PENULIS	259

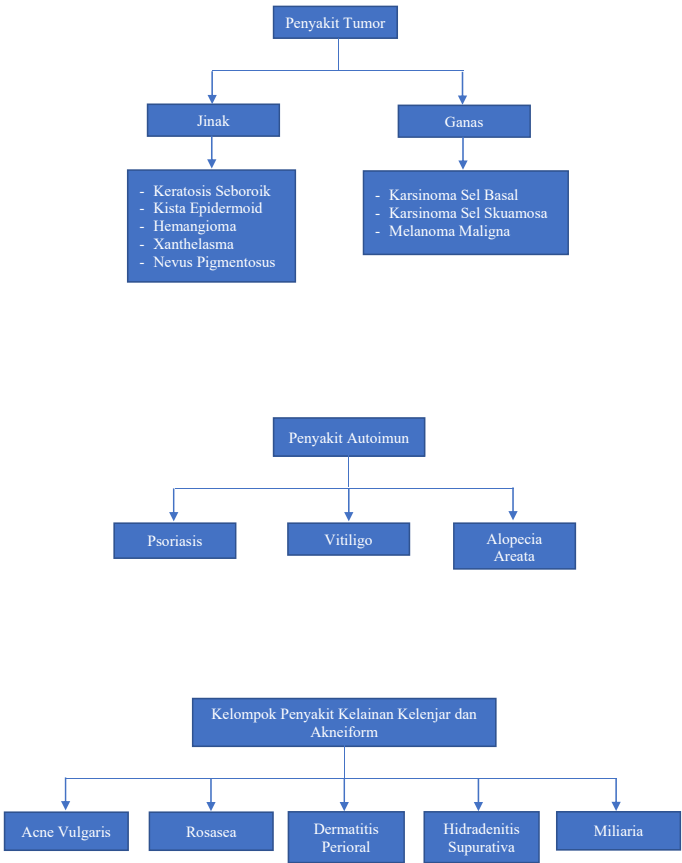
PENDAHULUAN

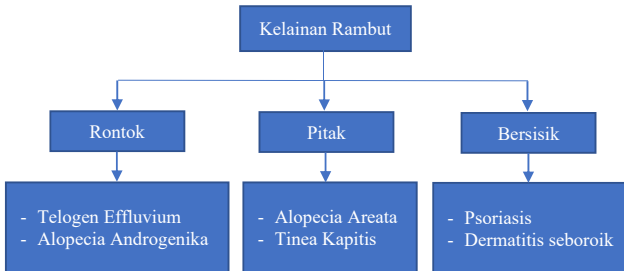
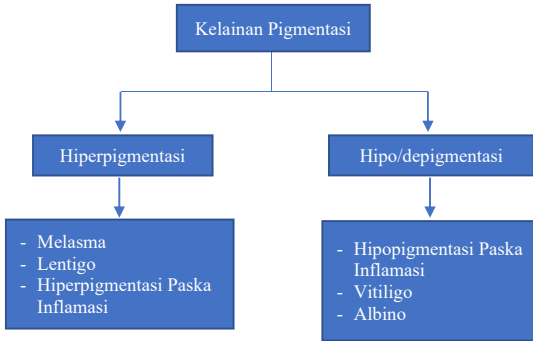
Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin merupakan ilmu yang mempelajari penyakit-penyakit yang terdapat pada rambut, kuku, kulit, dan kelamin. Secara umum, penyebab penyakit pada lokasi di atas adalah virus, bakteri, jamur, parasit, alergi, autoimun, tumor dan penyakit sistemik yang menimbulkan kelainan pada lokasi tersebut. Buku ini membahas mengenai penyakit-penyakit yang sering ditemukan pada praktek sehari-hari. Berikut skema singkat mengenai penyakit kulit dan kelamin yang sering ditemui, agar lebih mudah dipahami.

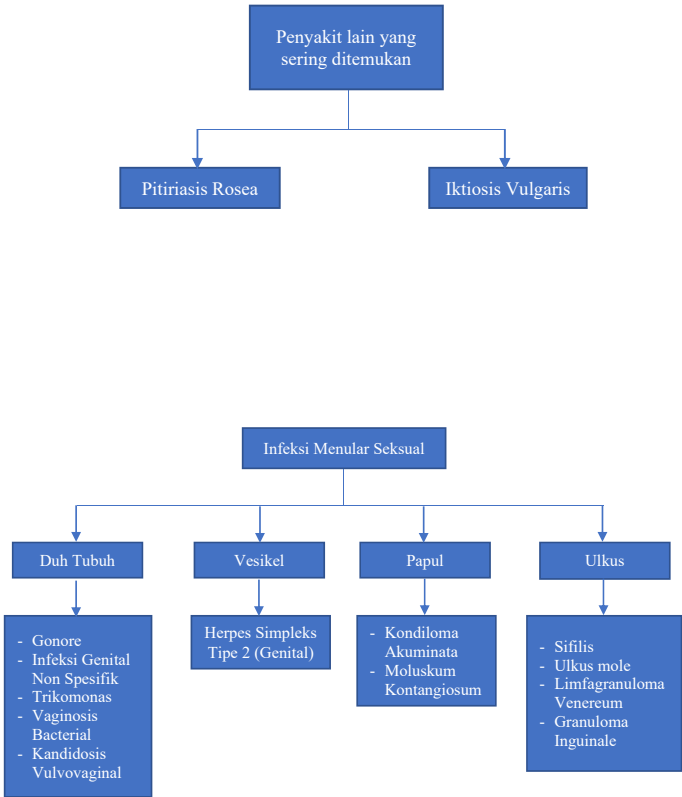












PENYAKIT VIRUS

MORBILI



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Virus campak (golongan *Paramyxovirus*)

Gambaran Klinis: Makulopapular eritem yang muncul mulai dari belakang telinga lalu menyebar ke wajah, leher, badan dan ekstremitas. Disertai gejala prodromal (demam, malaise, batuk, *coryza*, konjungtivitis, fotofobia). Patognomonik: koplik spot

Predileksi: Seluruh tubuh

Diagnosis Banding: Reaksi hipersensitivitas terhadap obat, Rubella, Roseola infantum, Parvovirus

Medikasi: Suportif: antipiretik, asupan nutrisi dan cairan adekuat, vitamin A

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini sangat menular, penderita harus segera diisolasi agar tidak menularkan ke orang lain
- ❖ Diperlukan istirahat serta asupan nutrisi dan cairan yang adekuat agar tidak dehidrasi
- ❖ Hindari paparan sinar matahari untuk mengurangi sensitivitas mata terhadap cahaya (fotofobia)
- ❖ Bersihkan mata dengan kain yang direndam air bersih bila terdapat konjungtivitis yang disertai pus dan konsultasi ke dokter untuk pemberian salep mata
- ❖ Jaga kebersihan mulut, kumur dengan obat kumur antiseptik
- ❖ Menutup hidung dan mulut dengan tisu atau lengan atas saat batuk atau bersin
- ❖ Pencegahan dengan vaksinasi campak/MR ataupun vaksinasi MMR. Vaksin tidak dianjurkan untuk orang yang sedang sakit berat, hamil, riwayat anafilaktik saat vaksin campak sebelumnya, dan orang imunokompromise (HIV, terapi imunosupresan)

- ❖ Bagi orang sehat hindari berada di sekitar atau kontak dengan penderita campak dan hindari menyentuh benda yang terkontaminasi virus campak
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Pada kasus yang lebih berat dapat menimbulkan komplikasi ke paru-paru

VARICELLA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Virus *Varicella Zoster*

Gambaran Klinis: Didahului dengan gejala prodromal (demam, malaise, nyeri kepala) kemudian timbul papul eritematosa yang berubah menjadi vesikel jernih, bentuk khas seperti tetesan embun dengan dasar eritem dan tampak gambaran polimorf. Vesikel akan berubah menjadi keruh dan akan mengering menjadi krusta lalu terkelupas.

Predileksi: Seluruh tubuh

Diagnosis Banding: Variola, *Insect bite*, HFMD

Medikasi:

❖ Antivirus: Asiklovir 5x800 mg, Valasiklovir 3x1000 mg,

Famsiklovir 3x250 mg (selama 7 hari)

- ❖ Simtomatis: Antipiretik, analgetik, antihistamin

Edukasi:

- ❖ Tidak menggaruk lesi agar tidak terjadi infeksi sekunder dan tidak menyebarkan virus ke orang lain
- ❖ Pada anak-anak, kuku sebaiknya dipotong pendek untuk menghindari garukan
- ❖ Oleskan *Calamin lotion* atau bedak mentol agar vesikel/lesi tidak pecah terlalu dini serta meringankan gatal. Bila lesinya pecah dapat terjadi infeksi bakteri dan cenderung menimbulkan skar yang akan lebih sulit untuk diatasi
- ❖ Mandi dengan air sejuk dapat meringankan gatal
- ❖ Istirahat yang cukup, tidak beraktivitas di luar rumah (sekolah, bekerja, dll) dan batasi kontak dengan orang lain hingga semua vesikel mengering dan terkelupas
- ❖ Bila batuk atau bersin terapkan etika batuk yaitu menutup mulut dan hidung mengenakan tisu atau lengan atas
- ❖ Rajin mencuci tangan terutama setelah memegang lesi atau setelah batuk maupun bersin
- ❖ Wanita hamil yang menderita *Varicella* dapat menularkan ke janin dalam kandungan maupun saat proses persalinan
- ❖ Vaksin *Varicella zoster* dapat diberikan kepada anak (mulai usia 12 bulan) dan dewasa. Vaksin tidak dianjurkan

untuk orang yang memiliki riwayat alergi terhadap vaksin/komponen vaksin, sedang hamil/berencana hamil, dan sedang sakit berat. Orang imunokompromis (HIV, kanker, pengguna steroid dosis tinggi) sebaiknya konsultasi ke dokter sebelum vaksin

- ❖ Pada saat konsumsi obat Asiklovir harus disertai dengan minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas per hari agar membantu ginjal bekerja dengan baik. Hal ini disebabkan dosis obat yang diberikan cukup besar dan yang diabsorpsi oleh saluran cerna hanya sebagian, sisanya diekskresikan melalui urin
- ❖ Tidak ada pantangan makanan, pasien dianjurkan makan makanan yang bergizi dan bervitamin agar membantu proses penyembuhan, karena infeksi virus sangat berhubungan dengan imunitas tubuh
- ❖ Tidak berhubungan dengan konsumsi kecap yang dipercaya dapat membuat lesi menjadi warna coklat atau hitam (mitos). Pada dasarnya, kulit yang sedang meradang berwarna merah, setelah sembuh akan menjadi bekas yang berwarna kecoklatan, dan setelah beberapa bulan akan kembali ke warna kulit semula
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

HERPES ZOSTER



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Reaktivasi *Varicella Zoster Virus*

Gambaran Klinis: Didahului gejala prodromal berupa rasa nyeri, pegal, kesemutan, panas, gatal, nyeri tekan pada dermatom yang terkena, dapat terus menerus atau hilang timbul. Lalu timbul makula kemerahan unilateral, yang berkembang menjadi papul-papul kemudian menjadi vesikel jernih, berkelompok yang akan menjadi keruh dan dalam beberapa hari akan mengering dan menjadi krusta. Dapat dijumpai adanya demam, nyeri kepala, malaise.

Predileksi: Sesuai dermatom

Diagnosis Banding: Herpes simpleks, Dermatitis venenata, Dermatitis kontak iritan

Medikasi:

- ❖ Antivirus: Famsiklovir 3x500 mg, Asiklovir 5x800 mg, Valasiklovir 3x1000 mg (diberikan sebelum 72 jam *onset* lesi, selama 7 hari)
- ❖ Analgetik: NSAID (Ibuprofen, Paracetamol, Asam Mefenamat, Diklofenak), Opioid (Tramadol, Kodein) bila nyeri hebat
- ❖ Mandi dengan sabun antiseptik bila perlu

Edukasi:

- ❖ Lesi kulit harus dijaga agar tetap bersih, kering, dan jangan sampai pecah agar terhindar dari infeksi bakteri
- ❖ Tidak menggaruk atau mengorek lesi karena dapat terjadi infeksi sekunder
- ❖ Tidak perlu diberi antibiotik topikal kecuali bila ada lesi yang pecah atau ada infeksi sekunder
- ❖ Bila terasa tidak nyaman, lesi dapat dikompres basah, dingin dan steril atau dengan menggunakan *calamin lotion*
- ❖ Bila lesinya masih awal dan belum berisi cairan yang banyak, dapat ditutup dengan plastik bening anti air yang khusus untuk menutup luka dan salep Asiklovir untuk menghindari lesi pecah akibat gesekan sekaligus untuk menghindari penularan
- ❖ Pada saat konsumsi obat Asiklovir harus disertai dengan

minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas per hari agar membantu ginjal bekerja dengan baik, karena dosis obat yang diberikan cukup besar dan yang diabsorpsi oleh saluran cerna hanya sebagian, sisanya dieksresikan melalui urin

- ❖ Tidak ada pantangan makanan, pasien dianjurkan makan makanan yang bergizi dan bervitamin agar membantu proses penyembuhan, karena infeksi virus sangat berhubungan dengan imunitas tubuh
- ❖ Kenakan pakaian yang tipis dan longgar agar dapat mengurangi gesekan pada lesi
- ❖ Pasien tetap dapat mandi namun dengan hati-hati, jangan sampai lesinya pecah
- ❖ Jika sedang menderita penyakit ini hindari kontak dengan orang yang belum pernah terkena *Varicella* atau vaksin *Varicella* karena dapat menularkan virus *Varicella zoster* dalam bentuk *Varicella* (bukan Herpes zoster) ke orang tersebut
- ❖ Dianjurkan vaksin Herpes zoster untuk orang berusia 50 tahun keatas
- ❖ Gejala awal Herpes zoster sangat bervariasi tergantung dermatom yang terkena. Sebagian besar pasien pergi berobat dokter yang berhubungan dengan keluhan nyeri pada daerah tersebut, seperti pada sekitar mata pasien akan ke spesialis mata, pada pipi akan ke dokter gigi, pada telinga akan ke spesialis THT, pada dada akan

ke spesialis jantung, pada pinggang akan ke spesialis ginjal, dan sebagainya. Maka sangat penting untuk memperhatikan lokasi keluhan tersebut, apakah terdapat tanda-tanda Herpes zoster seperti merah dengan bintil merah yang membesar berisi air dan khasnya berupa nyeri hanya satu sisi tubuh atau unilateral

- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

HERPES SIMPLEKS



a) HSV 1 pada mulut, b) HSV 2 pada anogenital (Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK)

Etiologi: *Herpes Simplex Virus* Tipe 1 dan 2

Gambaran Klinis: Vesikel jernih, berkelompok dengan dasar eritem yang bila pecah akan menjadi ulkus dangkal. Dapat disertai gejala sistemik (demam, malaise, anoreksia, pembengkakan kelenjar getah bening regional)

Predileksi: HSV 1 di sekitar mulut dan wajah, HSV 2 di genital dan anus, tetapi dapat terjadi *cross infection* akibat oral seks

Diagnosis Banding:

- ❖ Sekitar mulut: Impetigo vesikobulosa
- ❖ Sekitar kelamin: Ulkus durum, Ulkus mole, Ulkus mikstum

Medikasi:

- ❖ Oral: Asiklovir 5x200 mg selama 5 hari
- ❖ Topical: Asiklovir, Idoksuridin

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini bila terdapat di area genital merupakan penyakit menular seksual
- ❖ Bila sudah pernah terinfeksi virus herpes simpleks, maka virus ini akan menetap di saraf daerah kulit yang terkena seumur hidup dan tidak dapat dihilangkan dari dalam tubuh. Orang yang terkena herpes dapat mengalami rekurensi terutama apabila sedang dalam kondisi tubuh yang lemah. Pencetusnya berupa demam, infeksi, hubungan seksual, kurang tidur, menstruasi, gangguan emosional atau paparan matahari.
- ❖ Bila sedang menderita penyakit ini sebaiknya tidak berhubungan seksual terlebih dahulu. Memakai kondom dapat menurunkan risiko penularan namun tidak sepenuhnya mencegah terutama bila lesi terdapat pada bagian yang tidak tertutup oleh kondom.
- ❖ Kompres dingin pada lesi dapat mengurangi keluhan
- ❖ Beritahukan kepada pasangan apabila pernah atau sedang terkena herpes simpleks agar dapat diobati bersama.
- ❖ Segera cuci tangan setelah memegang lesi
- ❖ Wanita hamil yang menderita herpes simpleks harus

segera konsultasi ke dokter karena dapat menularkannya ke bayi (Neonatal herpes)

- ❖ Hindari bergonta-ganti pasangan saat berhubungan seksual dan tidak berhubungan seksual dengan orang yang menderita herpes simpleks karena virus ini sangat menular
- ❖ Bilas area genital dengan sabun khusus atau antiseptik segera setelah berhubungan seksual
- ❖ Tidak berciuman dengan orang yang sedang menderita Herpes simpleks
- ❖ Tidak bertukar barang pribadi dengan orang lain seperti alat makan, sikat gigi, dan produk kosmetik seperti lipstik atau *lipbalm*. Berhati-hati bila mencoba tester lipstik pada toko kosmetik yang telah dicoba oleh banyak pelanggan.
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

VERUKA VULGARIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Human Papilloma Virus* tipe 2 (paling sering), tipe 1, dan tipe 4

Gambaran Klinis: Papul padat verukosa, hiperkeratotik, berukuran beberapa mm hingga 1 cm, dapat berkonfluensi, bentuk seperti kembang kol. Khas: fenomena *Koebner*. Lesi di telapak berupa papul atau plak tebal hiperkeratotik dan titik hitam kecil pada permukaannya akibat thrombosis kapiler

Predileksi: Tangan, kaki, sekitar kuku, punggung, wajah dan leher

Diagnosis banding: Keratosis seboroik, *Actinic* keratosis, telapak kaki: *Corn*

Medikasi:

- ❖ Topikal (Asam salisilat 25-50%, TCA 25%, 5-Fluorourasil)
- ❖ Bedah (bedah eksisi, bedah listrik, bedah beku, bedah laser)

Edukasi:

- ❖ Menghindari kontak dengan penderita seperti bersalaman atau berpegangan tangan
- ❖ Tidak mengorek atau memanipulasi lesi dan sebaiknya menutup lesi untuk mencegah penularan serta rajin mencuci tangan dengan sabun terutama setelah memegang lesi
- ❖ Hindari maserasi kulit dan trauma pada kulit yang normal seperti tidak menggaruk atau tidak menggunakan batu/alat untuk mengikis kulit karena dapat terjadi autoinokulasi
- ❖ Mengenakan alas kaki pada saat berada di tempat umum, seperti kolam renang atau permandian umum
- ❖ Tidak memakai barang pribadi bersama-sama, seperti handuk, kaos kaki, dan alas kaki
- ❖ Menjaga kaki agar tetap kering, dan rutin mengganti kaos kaki setiap hari
- ❖ Tidak menggunakan gunting kuku yang digunakan oleh jari yang terinfeksi dengan jari yang lain

- ❖ Membersihkan semua peralatan yang selama ini digunakan seperti *handphone*, *keyboard* komputer, pulpen, stir mobil, sandal, atau sepatu dengan sabun, alkohol atau antiseptik lainnya untuk eradikasi virus-virus yang mungkin masih menempel pada alat-alat atau barang-barang yang digunakan setiap hari
- ❖ Mengenakan sarung tangan jika memiliki pekerjaan sebagai pemotong daging untuk menghindari terpapar veruka *Butcher's*
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

MOLUSKUM KONTANGIOSUM



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Moluskum Kontangiosum Virus (Golongan Poxvirus)

Gambaran Klinis: Papul bentuk kubah, berkilat, terdapat lekukan/delle pada permukaan berisi massa yang mengandung partikel virus (*Henderson-Paterson Bodies*/badan moluskum)

Predileksi: Wajah, leher, ketiak, badan, ekstremitas, genitalia

Diagnosis Banding: Milia, Folikulitis

Medikasi:

- ❖ Mengeluarkan massa (badan moluskum) dengan ekstraktor komedo, jarum suntik, kuret, bedah listrik, atau bedah beku.

- ❖ Topikal: Kantaridin, Imiquimod

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini mudah menular sehingga sebaiknya diobati dengan cepat. Sering ditemui kasus Moluskum walaupun sudah diobati tetapi masih dapat muncul lesi baru setelah beberapa minggu kemudian. Hal ini timbul karena pada dasarnya telah terjadi autoinokulasi namun lesi belum terlihat jelas saat diterapi sehingga timbul lesi baru lagi. Oleh karena itu, sebaiknya segera berobat kembali apabila timbul lesi yang baru.
- ❖ Tidak menggaruk/mengorek lesi karena bila pecah akan mengeluarkan massa seperti nasi yang mengandung virus dalam jumlah yang sangat banyak sehingga dapat menularkan ke sekitarnya (autoinokulasi) dalam jumlah yang banyak pula. Lesi yang pecah juga dapat menimbulkan infeksi sekunder
- ❖ Segera mencuci tangan setelah memegang lesi
- ❖ Hindari kontak fisik dengan orang lain selama menderita Moluskum kontangiosum
- ❖ Menjaga kebersihan personal, tidak bertukar barang pribadi dengan orang lain seperti handuk dan pakaian
- ❖ Lesi pada area genital berhubungan dengan penyakit menular seksual sehingga hindari berhubungan seksual selama menderita Moluskum kontangiosum

- ❖ Hindari bergonta-ganti pasangan dalam berhubungan seksual dan sebaiknya menggunakan kondom bila kerap berganti pasangan. Namun, kondom tidak 100% mencegah penularan karena bila ada lesi yang tidak tertutup oleh kondom maka tetap dapat menularkan ke orang lain
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

KONDILOMA AKUMINATA (lihat bagian IMS)

HIV DAN AIDS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Human Immunodeficiency Virus* (retrovirus)

Gambaran Klinis: Berdasarkan stadium klinis

- ❖ Tingkat 1 (asimptomatik/ Limfadenopati generalisata persisten) → pasien masih dapat beraktivitas secara normal
- ❖ Tingkat 2 (dini) → penurunan BB <10%, kelainan mulut & kulit ringan (Dermatitis seboroik, Prurigo, Onikomikosis, Kelitis angularis, Sariawan berulang), Herpes zoster yang timbul 5 tahun terakhir, infeksi saluran nafas atas berulang
- ❖ Tingkat 3 (menengah) → penurunan BB >10%, Diare dan Demam kronik tanpa sebab jelas, Kandidosis oral,

Hairy leukoplakia, Tuberkulosis paru setahun akhir, Infeksi paru berat

- ❖ Tingkat 4 → terdapat Tumor kulit (Sarkoma kaposi, KSS), Limfoma non-hodkin

Predileksi: Bergantung pada stadium klinis dan kelainan yang terdapat

Pemeriksaan penunjang: Rapid tes, *Enzyme immunoassay*, *Western blot*, Sel CD4, *Viral load*

Medikasi: Kombinasi ARV

- ❖ TDF (Tenofovir) 300 mg + 3TC (*Lamivudine*) 150 mg atau FTC (*Emtricitabine*) 200 mg + EFV (*Efavirenz*) 600 mg
- ❖ AZT (*Zidovudine*) 300 mg + 3TC (*Lamivudine*) 150 mg + EFV (*Efavirenz*) 600 mg atau NVP (*Nevirapine*) 150 mg
- ❖ TDF (Tenofovir) 300 mg + 3TC (*Lamivudine*) 150 mg atau FTC (*Emtricitabine*) 200 mg + NVP (*Nevirapine*) 150 mg

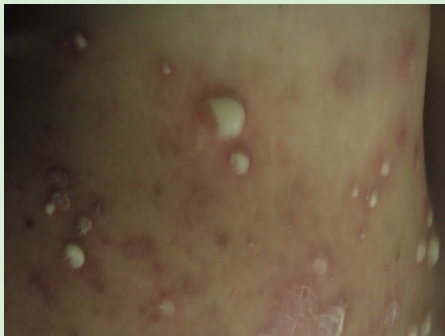
Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini yaitu virus yang ditularkan melalui cairan tubuh. Penularan penyakit bisa dengan kontak seksual, penyalahgunaan obat-obatan intravena, donor/transfusi darah, atau dari ibu ke bayi

- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Pasangan seksual harus dikonseling dan diperiksa untuk HIV
- ❖ Bila menderita penyakit ini, maka virusnya akan tetap berada di dalam tubuh seumur hidup dan tidak dapat sembuh, namun dapat dikontrol dengan rutin mengonsumsi obat ARV dan pasien dapat hidup produktif seperti biasa seperti orang lain yang sehat
- ❖ Pasien tetap dapat menikah, hamil, dan menyusui selama nilai CD4 terkontrol dan rutin mengonsumsi obat ARV setiap hari
- ❖ Pasien diberikan dukungan psikologis dan sosial
- ❖ Segera periksakan diri ke dokter apabila terdapat penurunan BB drastis, Diare dan Demam yang tak kunjung sembuh, Sariawan atau gejala yang menyerupai stadium AIDS lainnya apabila memiliki riwayat HIV atau riwayat kontak dengan penderita HIV

PENYAKIT BAKTERI

IMPETIGO BULOSA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Staphylococcus aureus*

Gambaran Klinis: Vesikel-bula kendur, bula hipopion seperti gelembung berisi cairan serosa dengan ukuran lebih dari 0,5 cm dengan dasar eritema, tanda *nikolsky* negatif. Pada daerah intertriginosa/lipatan tubuh awalnya akan tampak lepuh, yang setelah pecah seperti terdapat koleret dengan dasarnya eritema

Predileksi: Daerah intertriginosa (aksila, inguinal dan gluteal), dada dan punggung

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis Banding: Dermatofitosis, Pemphigus vulgaris, Pemfigoid bulosa, Varisela, dermatitis kontak, *Staphylococcal scalded skin syndrome*, Eritema multiforme, Dermatitis herpetiformis

Medikasi:

- ❖ Jika bula sedikit: dipecahkan lalu dibersihkan dengan cairan antiseptik, dan diberi antibiotik topikal seperti salep/krim Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Jika bula banyak: diberi tambahan obat antibiotik sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Jika terdapat pus: insisi dan drainase dengan *needle* no. 18 atau *scalpel*, lalu dibersihkan dengan cairan antiseptik dan diberi antibiotik topikal

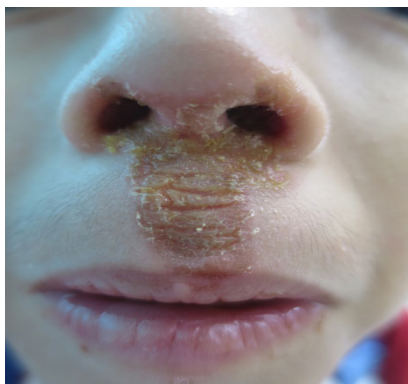
Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk atau dipecahkan sendiri karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Bila ada vesikel/bula/pustul berisi nanah yang pecah, segera cuci daerah tersebut dengan sabun. Ini untuk mencegah penularan baik pada kulitnya sendiri atau

orang yang dekat atau yang tinggal serumah, karena cairannya mengandung banyak bakteri yang bisa menularkan

- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Bila keringat yang berlebih, segera mandi, atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari menggunakan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Barang-barang yang biasa digunakan setiap hari (seperti HP, komputer, pen) harus disterilkan dengan alkohol
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal dilakukan sampai kulitnya sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

IMPETIGO KRUSTOSA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Streptococcus Beta Hemolyticus*

Gambaran Klinis: Krusta atau cairan kekuningan yang mengering tampak seperti madu (*honey colour*) yang dikelilingi eritema. Pada awalnya berupa makula/papul eritematosa yang berkembang dengan cepat menjadi vesikel/pustul yang pecah membentuk krusta, dapat melebar sampai 1-2 cm, jika dilepaskan akan tampak erosi dibawahnya/didasarnya

Predileksi: sekitar hidung dan mulut

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis banding: Ektima, Dermatitis atopik, Dermatitis seboroik, Dermatitis kontak alergi, Skabies, Tinea kapitis

Medikasi:

- ❖ Jika krusta sedikit: dipecahkan lalu dibersihkan dengan cairan antiseptik, dan diberi antibiotik topikal seperti salep/krim Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Jika krusta banyak: diberi tambahan obat antibiotik sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadrokasil 2x500 mg/hari)
- ❖ Kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari selama keadaan akut

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk atau dicongkel sendiri keropengnya karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Membersihkan area muka (mulut dan hidung) pada bayi/anak setelah minum susu atau setelah makan
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan setelah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan

sabun antiseptik

- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Barang-barang yang biasa digunakan setiap hari (seperti HP, komputer, pen) harus disterilkan dengan alkohol
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

EKTIMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Streptococcus Beta Hemolyticus*

Gambaran Klinis: Krusta kuning keabuan yang tebal dan lekat pada bagian tubuh terbuka yang jika diangkat akan tampak ulkus yang superfisial/dangkal pada dasarnya, berbentuk *punched out*, tepi meninggi, indurasi dan berwarna keunguan

Predileksi: Ekstremitas bawah (tungkai bawah) dan area tubuh yang terbuka

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis banding: Impetigo krustosa

Medikasi:

- ❖ Jika krusta sedikit: dilepaskan lalu beri obat topikal (antibiotik salep/krim seperti Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Jika krusta banyak: diberi tambahan obat sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari elama keadaan akut

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk atau dicongkel sendiri karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Menghindari trauma/cedera pada kaki karena merupakan bagian tubuh yang paling sering terkena
- ❖ Menjaga kebersihan area kaki dengan mencuci area kaki jika habis keluar rumah dan bila terkontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular

- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Barang-barang yang biasa digunakan setiap hari (seperti HP, komputer, pen) harus disterilkan dengan alkohol
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PARONIKIA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kokus piogenik (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* atau *Pseudomonas aeruginosa*) atau jamur (*Candida albicans*)

Gambaran Klinis:

1. Paronikia akut: eritema, edema, supurasi pada jaringan periungual yang terasa nyeri karena adanya inflamasi akibat trauma/maserasi (manikur atau pedikur), kuku tangan atau kaki yang biasanya lembab atau sering terkena air, sepatu yang kekecilan dan tertusuk duri

2. Paronikia kronis: eritema, edema tanpa fluktuasi, adanya distrofi kuku, kuku menebal dan berubah warna yang biasanya terjadi akibat adanya *mechanical/chemical* trauma

Predileksi: Kuku tangan dan kaki

Diagnosis Banding: Dermatitis kronis, Psoriasis pada lipatan kuku, Pemphigus pada kuku, *Herpes simplex virus infection*, *Hallopeau acrodermatitis*

Medikasi:

- ❖ Topikal: Cairan antiseptik (Povidon yodium atau Klorheksidin)
- ❖ Sistemik: Antibiotik sesuai kuman penyebab (Flukloksasilin 4 x 500 mg/hari)
- ❖ Tindakan injeksi kortikosteroid (*Triamcinolone acetonide*) pada ke dua sisi jari kuku yang terinfeksi
- ❖ Tindakan insisi pada paronikia akut yang disertai supurasi

Edukasi:

- ❖ Menjaga agar kuku tetap pendek dan rapi. Tidak memotong kuku terlalu pendek, dan juga tidak membiarkan kuku tumbuh terlalu panjang terutama bila tampak menusuk kearah jaringan sekitar kuku
- ❖ Menjaga kebersihan alat-alat yang digunakan ketika memotong kuku/ketika manikur dan pedikur) dan

tetap menjaga agar tangan dan kaki tetap kering, jangan lembab

- ❖ Menggunakan sarung tangan atau sepatu anti air bagi yang pekerjaannya selalu terpapar air
- ❖ Tidak menggunakan sepatu yang sempit, sebaiknya agak longgar
- ❖ Menjaga kebersihan area tangan dan kaki, selalu mencuci tangan dan kaki dengan sabun antiseptik juga ketika ingin menggunting kuku
- ❖ Jangan menggunakan kuku palsu dalam jangka waktu yang lama, istirahatkan kuku dan tetap selalu menjaga kebersihan kuku
- ❖ Hindari kebiasaan menghisap jari karena air ludah bersifat iritan
- ❖ Hindari kebiasaan suka mencungkil atau mengelupas kulit di sekitar kuku
- ❖ Menurunkan berat badan bagi yang memiliki berat badan berlebih
- ❖ Bagi penderita diabetes mellitus, usahakan selalu memeriksa area kaki secara rutin
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

FOLIKULITIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Staphylococcus aureus*

Gambaran Klinis: Papul /pustul eritematosa, *dome-shaped*, multipel yang mengenai daerah folikel rambut (folikulitis superfisialis/*impetigo bockhart*/impetigo folikular) dan dapat berupa nodus eritematosa yang nyeri dan hangat (Folikulitis profunda/*Sycosis barbae*) pada dagu dan atas bibir, akibat peradangan pada folikel rambut

Predileksi: *scalp* (anak-anak), dagu, aksila, ekstremitas bawah (tungkai bawah), bokong (dewasa)

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis banding: Furunkel, Karbunkel, Tinea barbae, Tinea kapitis

Medikasi:

- ❖ Topikal (antibiotik salep/krim seperti Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Jika terdapat pus/nanah: kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari selama keadaan akut

Edukasi:

- ❖ Tidak mencabuti rambut dan menggaruk lesi untuk menghindari infeksi lebih parah
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Menghindari trauma/cedera pada kaki karena merupakan salah satu bagian tubuh berambut yang paling sering

terkena dan menjaga kebersihannya dengan cuci kaki jika habis keluar rumah dan bila terkontaminasi

- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Menggunakan pakaian yang longgar dan berbahan katun atau yang menyerap keringat
- ❖ Hindari sementara aktifitas yang menyebabkan keringat berlebih dan memicu gesekan sehingga dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Bagi yang suka olahraga, sebaiknya rajin membersihkan pakaian olahraga dengan sabun antibakteri
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Barang-barang yang biasa digunakan setiap hari (seperti HP, komputer, pen) harus disterilkan dengan alkohol
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

FURUNKEL DAN KARBUNKEL



a) Furunkel, b) karbunkel (Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK)

Etiologi: *Staphylococcus aureus*

Gambaran klinis: Nodus eritematosa ditengahnya terdapat pustul berbentuk segitiga/kerucut yang keras, nyeri, dapat membesar 1-3 cm dalam beberapa hari kemudian melunak menjadi abses berisi pus dan jaringan nekrotik lalu memecah membentuk fistel. Ini merupakan infeksi pada folikel rambut dan jaringan sekitarnya. Bila mengenai beberapa folikel rambut disebut karbunkel dengan diameter 3-10 cm dengan dasar lebih dalam

Predileksi: Daerah intertriginosa, daerah berambut yang sering mengalami gesekan (leher, wajah, aksila dan bokong)

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis banding: Folikulitis, Akne kistik, Kerion, Hidradenitis suppurativa

Medikasi:

- ❖ Topikal (antibiotik salep/krim seperti Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari selama keadaan akut
- ❖ Tindakan berupa insisi dan drainase bila abses besar, nyeri dan fluktuasi

Edukasi:

- ❖ Tidak mencabuti rambut dan menggaruk lesi untuk menghindari infeksi lebih parah
- ❖ Bila ada vesikel/bula/pustul yang berisi nanah yang pecah, segera dicuci daerah tersebut dengan sabun. Hal ini untuk mencegah penularan baik pada kulitnya sendiri atau orang yang dekat atau yang tinggal serumah, karena cairannya banyak mengandung bakteri yang bisa menularkan
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi

- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Menggunakan pakaian yang longgar dan berbahan katun atau yang menyerap keringat
- ❖ Hindari sementara aktifitas yang menyebabkan keringat berlebih dan memicu gesekan sehingga dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Bagi yang suka olahraga, sebaiknya rajin membersihkan pakaian olahraga dengan sabun antibakteri
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

ERISPELAS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Streptococcus Beta Hemolyticus*

Gambaran klinis: Eritema berwarna merah cerah, batas tegas, pinggiran meninggi dengan tanda-tanda radang akut, dapat menjalar ke proksimal. Lesi diawali dengan terjadinya trauma

Predileksi: Tungkai bawah

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis Banding: Selulitis, Flegmon, Dermatitis stasis, *Deep vein thrombosis*, Limfedema

Medikasi:

- ❖ Topikal (antibiotik salep/krim seperti Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari) selama seminggu sampai 10 hari
- ❖ Antibiotik injeksi seperti Ceftriaxone 1-2 g/hari, tergantung berat ringannya penyakit dan berat badan
- ❖ Kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari selama keadaan akut

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Istirahat total/*bed rest*, atau perlu dirawat di RS
- ❖ Semua obat yang diberikan oleh dokter harus dihabiskan, bila masih belum membaik dalam 3 hari, harus segera kontrol ke dokter lagi karena diperlukan pengobatan berupa antibiotik injeksi
- ❖ Elevasi (tungkai bawah serta kaki ditinggikan sedikit lebih tinggi daripada letak jantung, dapat menggunakan penyangga bantal)

- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Pengobatan harus sampai dinyatakan sudah sembuh total

SELULITIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Streptococcus Beta Hemolyticus*

Gambaran Klinis: Infiltrat eritematosa yang difus di subkutan dengan tanda-tanda radang akut. Lesi diawali dengan terjadinya trauma

Predileksi: Tungkai bawah

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis Banding: Erisipelas, Flegmon, Dermatitis stasis, *deep vein thrombosis*, Limfedema

Medikasi:

- ❖ Topikal (antibiotik salep/krim seperti Basitrasin, Neomisin, Mupirosin, Asam fusidat 2-3 kali sehari selama 7-10 hari)
- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Antibiotik injeksi seperti Ceftriaxone 1-2 g/hari, tergantung berat ringannya penyakit dan berat badan
- ❖ Kompres terbuka 30-60 menit dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, Rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari selama keadaan akut

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Istirahat total/*bed rest*, atau perlu dirawat di RS
- ❖ Elevasi (tungkai bawah serta kaki ditinggikan sedikit lebih tinggi daripada letak jantung, dapat menggunakan penyangga bantal)
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi,

karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular

- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Pengobatan harus sampai dinyatakan sudah sembuh total

ERITRASMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Corynebacterium minutissimum*

Gambaran klinis: Makula eritematosa (merah hingga kecoklatan) dengan skuama kering halus, berbatas tegas dan jelas dengan kulit normal pada area lipatan

Predileksi: Daerah intertriginosa (ketiak, daerah inguinal, daerah intergluteal, infra-mammae, umbilicus dan sela-sela jari)

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram, lampu *wood*: warna *coral red*

Diagnosis Banding: Dermatoftosis dan Kandidiasis**Medikasi:**

- ❖ Topikal (gel Benzoin peroksida 5%, Klindamisin atau Eritromisin (solusio 2%), krim Azol)
- ❖ Sistemik (Eritromisin 4x250 mg selama 1 minggu, Klaritromisin 1g dosis tunggal)

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Jangan biarkan daerah yang gampang terkena kelainan ini dalam keadaan lembab, segera keringkan jika basah
- ❖ Ganti celana dalam minimal dua kali sehari, bila lembab

segera ganti

- ❖ Jangan menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya gunakan berbahan katun yang menyerap air dan keringat
- ❖ Hindari aktifitas yang berlebih yang menyebabkan keringat serta gesekan pada lesi karena dapat menimbulkan infeksi yang lebih parah, bila keringatan, segera mandi, atau di lap dan ganti pakaian
- ❖ Hindari tempat yang panas yang dapat menyebabkan keringat
- ❖ Menurunkan berat badan bagi yang memiliki berat berlebih
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROME



Sumber: <https://dermnetnz.org/topics/staphylococcal-scalded-skin-syndrome-images/>

Etiologi: *Staphylococcus aureus* grup II faga 52, 55 dan atau faga 71

Gambaran klinis: Epidermolysis pada seluruh tubuh berupa diawali ruam merah-oranye yang timbul mendadak pada kepala kemudian menyebar ke bagian tubuh lain hingga seluruh tubuh dalam beberapa jam. Lesi dapat menjadi bula kendur besar yang mengkerut seperti kertas tisu, tanda nikolsky positif, setelah 2-3 hari mengelupas dan erosif. Banyak terjadi pada anak-anak dimana fungsi ginjal yang belum sempurna, juga terdapat pada orang dewasa yang memiliki kelainan fungsi ginjal/gagal ginjal serta kelainan imunologik

Predileksi: Seluruh tubuh

Diagnosis banding: *Toxic epidermal necrolysis*, penyakit Kawasaki, *Scalding burn*

Medikasi:

- ❖ Topikal (*sofratulle* atau krim antibiotik serta lubrikasi berupa emolien pada daerah yang lembab/ yang mengalami erosi)
- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Kloksasilin 3x50 mg satu kali sehari pada neonatus, atau Klindamisin dan Sefalosporin generasi I), analgetik untuk mengurangi nyeri
- ❖ Antibiotik sistemik secara intravena, bila dirawat di rumah sakit

Edukasi:

- ❖ Sebaiknya dirawat di RS oleh dokter spesialis anak maupun dokter spesialis kulit, karena dapat terjadi sepsis yang dapat membahayakan nyawa
- ❖ Tidak boleh digaruk atau dipecahkan sendiri karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Bila ada vesikel/bula/pustula yang berisi nanah yang pecah, segera dicuci daerah tersebut dengan sabun. Hal ini untuk mencegah penularan baik pada kulitnya sendiri maupun orang yang dekat atau yang tinggal serumah, karena cairannya banyak mengandung bakteri yang bisa menularkan

- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Bila keringat yang berlebih, segera mandi, atau di lap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Jangan menggunakan handuk, lap, sapu tangan yang sama dengan anggota keluarga yang lain, sebaiknya terpisah
- ❖ Perlunya menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi, pengobatan antibiotik topikal sebaiknya sampai kulitnya sudah sembuh seperti kulit disekitarnya

SKROFULODERMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Mycobacterium tuberculosis*

Gambaran klinis: Kelenjar getah bening yang membesar, abses dingin yang kenyal dan lunak, fistel, ulkus (yang memanjang, tidak teratur, warna merah kebiruan, dinding bergaung), sikatriks memanjang dan tidak teratur, tidak ada tanda-tanda radang akut. Hal ini disebabkan akibat penjarangan per kontinuum dari organ di bawah kulit yang tersering kelenjar getah bening

Predileksi: Daerah kelenjar getah bening (leher, ketiak, lipat paha)

Pemeriksaan penunjang: pewarnaan *Ziehl Neelsen* untuk menemukan kuman BTA

Diagnosis banding: Hidradenitis supurativa, Limfogranuloma venereum

Medikasi:

- ❖ Rifampisin 10 mg/kgBB dosis tunggal
- ❖ INH 5-10 mg/kgBB dosis tunggal
- ❖ Pirazinamid 20-35 mg/kgBB dosis terbagi
- ❖ Etambutol 25 mg/kgBB pada bulan 1 dan 2 selanjutnya
15 mg/kgBB pada bulan selanjutnya
- ❖ Streptomisin 25 mg/kgBB injeksi

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Pengobatan harus dilakukan secara teratur tanpa terputus agar tidak terjadi resistensi. Pengobatan dihentikan apabila sudah dinyatakan sembuh oleh dokter yang merawat, biasanya membutuhkan waktu minimal 6 bulan
- ❖ Jika terdapat efek samping seperti mata dan kulit kuning disertai mual muntah, kemerahan dan gatal pada kulit, nyeri sendi, kesemutan hingga rasa terbakar pada kaki, gangguan pendengaran, urin dan keringat berwarna merah segera berobat ke dokter

- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor atau dan sesudah memegang lesi
- ❖ Harus dicari tahu apakah Skrofuloderma berasal dari TB paru-paru atau lokasi lain
- ❖

MORBUS HANSEN



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Mycobacterium leprae*

Gambaran klinis: Gambaran khas 5A (anhidrosis, anestesi, apigmentasi, alopesia dan atrofi)

- ❖ Tuberkuloid: hanya 1 atau 2 lesi, respon imunitas baik, tes lepromin positif, basil sedikit, anestesi pada lesi, keringat hilang, rambut rontok
- ❖ *Borderline*: lesi kulit menyebar, respon imunitas seluler sedang, beberapa organisme, anestesi lebih jelas
- ❖ Lepromatosa: lesi kulit meluas dan menyebar ke organ lain, respon imunitas seluler rendah, tes lepromin

negatif, organisme banyak, anestesi tidak jelas

Predileksi: Tidak spesifik

Pemeriksaan penunjang: Pewarnaan *Ziehl Neelsen* untuk menemukan kuman BTA dan menentukan indeks bakteriologik atau morfologik

Diagnosis banding: Jika lesi hipopigmentasi: Pitiriasis alba, Pitiriasis versikolor, Vitiligo dan Hipopigmentasi paska inflamasi

Medikasi:

- ❖ Pausibasiler: Rifampisin 600 mg/bulan dan DDS 100 mg/hari selama 6-9 bulan
- ❖ Multibausiler: Rifampisin 600 mg/bulan, DDS 100 mg/hari, klofazimin 300 mg/bulan diteruskan 50 mg/hari selama 24-36 bulan

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang dan penularan
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor atau sesudah memegang lesi
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik

- ❖ Segera mandi setelah keluar rumah atau setelah terkontaminasi, mandi minimal dua kali sehari dengan sabun
- ❖ Hindari aktifitas yang berhubungan dengan kebun, tanah, rumput, hewan dan sejenisnya
- ❖ Banyak konsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu
- ❖ Minum multivitamin seperti vitamin B1, B6 dan B12
- ❖ Membawa anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa untuk berobat
- ❖ Jika terdapat efek samping seperti kemerahan pada kulit, kulit kering dan nyeri sendi segera berobat ke dokter
- ❖ Bila terdapat luka, harus segera berobat. Rajin periksa daerah kaki karena merupakan daerah yang sering mendapatkan gangguan saraf sehingga mudah terjadi luka berulang dan dapat bertahan sampai bertahun-tahun
- ❖ Pengobatan harus dilakukan secara teratur tanpa putus agar tidak terjadi resistensi. Pengobatan dapat dihentikan apabila dinyatakan sudah sembuh oleh dokter yang merawat, biasanya membutuhkan waktu 1 tahun
- ❖ Setelah dinyatakan sembuh, tetap harus menjaga kondisi kesehatan kulit (kulit yang kering) dan perlu kontrol setahun sekali

REAKSI REVERSAL



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Reaksi kusta tipe I yang terjadi pada penderita kusta tipe PB dan MB terutama pada fase 6 bulan pertama pengobatan

Gambaran klinis: Gejala berupa adanya lesi kulit (hipopigmentasi menjadi eritema, makula menjadi infiltrat), tanpa nodul, berkilat, nyeri, panas, *onsetnya* mendadak. Pada saraf terjadi neuritis dan gangguan fungsi saraf

Predileksi: Lengan dan tungkai

Diagnosis banding: MH relaps, Selulitis, Urtikaria, Erisipelas dan Gigitan serangga

Medikasi: Kortikosteroid berupa prednisone 15-30 mg/hari

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Istirahat total/*bed rest* terutama yang mengalami gejala nyeri pada saraf
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor dan sesudah memegang lesi
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik, terutama setelah keluar rumah atau setelah terkontaminasi
- ❖ Hindari aktifitas yang berhubungan dengan kebun, tanah, rumput, hewan dan sejenisnya, bila sempat berkontak sebaiknya cepat membersihkannya dengan sabun
- ❖ Banyak konsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu
- ❖ Minum multivitamin seperti vitamin B1, B6 dan B12
- ❖ Minum obat secara teratur sesuai dengan nasihat dokter, kontrol teratur sampai dinyatakan sembuh oleh dokter

REAKSI ERITEMA NODOSUM LEPROMATOSUM



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Reaksi kusta tipe II terjadi pada penderita kusta tipe MB diakibatkan respon imun humoral yang tinggi pada penderita, terjadi setelah pengobatan, umumnya lebih dari 6 bulan

Gambaran klinis: Gejala dilihat pada perubahan lesi kulit berupa kemerahan multipel berupa nodul atau plak eritematosa, ukuran kecil, bilateral dan simetris, lunak dan nyeri tekan

Predileksi: Tungkai bawah, wajah, lengan, paha dan dapat muncul pada seluruh tubuh kecuali kepala yang berambut, aksila, lipatan paha dan perineum

Diagnosis banding: Eritema nodosum akibat tuberkulosis, Infeksi *Streptococcuss* dan obat, Infeksi kulit akibat *Streptococcus beta hemolyticus*, Alergi obat sistemik, Demam rematik, Penyakit kulit bulosa, *Pyoderma gangrenosum* dan Keganasan

Medikasi: Kombinasi kortikosteroid berupa Prednison 15-30 mg/hari dan Klofazimin 200-300 mg/hari, Lampren 300 mg/hari selama 2-3 bulan (untuk gejala berat dan ketergantungan pada steroid)

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Istirahat total/*bed rest* terutama yang mengalami gejala nyeri pada saraf
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor dan sesudah memegang lesi
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik, terutama setelah keluar rumah atau setelah terkontaminasi
- ❖ Hindari aktifitas yang berhubungan dengan kebun,

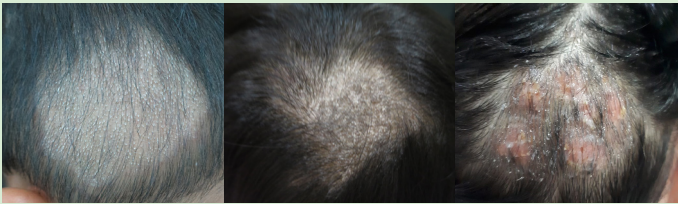
tanah, rumput, hewan dan sejenisnya

- ❖ Banyak konsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu
- ❖ Minum multivitamin seperti vitamin B1, B6 dan B12
- ❖ Minum obat secara teratur sesuai dengan nasihat dokter, kontrol teratur sampai dinyatakan sembuh oleh dokter

SIFILIS (lihat bagian IMS)

PENYAKIT JAMUR

TINEA KAPITIS



Tinea Kapitis: a) Tipe Gray Patch, b) Tipe Blackdot, c) Tipe Kerion (Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK)

Etiologi: Dermatofita (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis:

- ❖ *Gray patch*: Papul eritem yang melebar menjadi bercak bulat, pucat dan bersisik, rambut menjadi abu-abu kusam serta mudah patah/rontok, disertai gatal
- ❖ *Kerion*: Inflamasi berat berupa massa seperti sarang lebah, bengkak, purulen, nyeri, bila sembuh meninggalkan skar

- ❖ *Black dot*: Tampak ujung rambut berwarna hitam yang tertinggal dalam folikel akibat rambut yang patah

Predileksi: Kulit dan rambut kepala

Diagnosis Banding: Dermatitis seboroik, Psoriasis, Alopecia areata

Pemeriksaan Penunjang:

- ❖ KOH 10%: ditemukan hifa sejati dan spora
- ❖ Lampu *wood*: fluoresensi hijau

Medikasi:

- ❖ Griseofulvin bentuk *fine particle* 20-25 mg/kgBB/hari (dewasa) dan 10-25 mg/kgBB/hari (anak) selama 6-8 minggu
- ❖ *Adjuvant*: Shampo Selenium sulfida 1 atau 2,5%, Ketokonazol 2% selama 2-4 minggu

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat. Terapi pada Tinea kapitis memerlukan waktu sekitar 1-3 bulan tergantung berat ringannya penyakit
- ❖ Pada tipe Kerion, dapat terjadi kebotakan yang permanen, oleh karena itu diharuskan untuk menjalankan pengobatan secara teratur

- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti sisir, topi, helm atau handuk
- ❖ Rutin mencuci topi dan helm setelah dipakai. Sebaiknya dijemur dibawah sinar matahari setiap minggu di bagian dalam topi dan helm untuk menghindari pertumbuhan jamur
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita Tinea kapitis
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi 2 kali sehari, rajin mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita Tinea kapitis atau setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksakan ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA UNGUIUM



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatoftita (*Microsporum*, *Trichopython*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis:

- ❖ Tipe Subungual distalis: dari distal menjalar ke proksimal, kuku rapuh menyerupai kapur berwarna kuning kecoklatan
- ❖ Tipe Leukonikia trikofita/mikotika: bercak putih hingga kekuningan di permukaan kuku
- ❖ Tipe Subungual proksimalis: kuku bagian distal masih utuh, rusak di proksimal

Predileksi: Kuku kaki dan tangan

Diagnosis banding: Kandidosis kuku, Onikolisis, Psoriasis, *Lichen planus*, Onikogrifosis

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 6-12 minggu, Itrakonazol dosis denyut (2x200 mg/hari selama 1 minggu, istirahat 3 minggu, selama 3 bulan)

Edukasi:

- ❖ Pengobatan memakan waktu yang lama, bisa sampai 3-4 bulan tergantung panjang kuku dan parahnya kuku yang terkena. Penting untuk taat menjalankan terapi sesuai anjuran agar pengobatan menjadi efektif
- ❖ Kuku kemungkinan tidak kembali ke bentuk normal meskipun jamur sudah dieradikasi
- ❖ Menjaga kuku tetap pendek. Gunakan gunting kuku yang berbeda antara kuku sehat dan kuku yang sakit. Segera sterilkan gunting kuku setelah dipakai agar tidak menularkan ke orang lain
- ❖ Gunakan kaos kaki serta sepatu yang tidak ketat dan menyerap keringat dengan baik agar kaki tidak lembab dan pertumbuhan jamur tidak semakin parah. Kaos kaki dianjurkan rutin dicuci setiap hari dan sepatu dicuci setiap minggu untuk menghindari jamur yang berada di dalam sepatu.
- ❖ Gunakan alas kaki bila berjalan di tempat umum
- ❖ Hindari bertukar gunting kuku, kaos kaki, dan alas kaki dengan orang lain

- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA BARBE



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatoftita (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis:

- ❖ Tipe Superfisial: papulopustul perifolikular disertai eritema
- ❖ Tipe Inflamasi: pustul atau nodul perifolikular yang menyatu dan membentuk massa seperti abses yang mengandung pus

Predileksi: Kumis dan janggut

Diagnosis banding: Folikulitis bakteri (*sycosis barbae*), Pseudofolikulitis barbae, *Acne vulgaris*, *Rosacea*, Dermatitis perioral

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

- ❖ Medikasi:
- ❖ Sistemik: Griseofulvin 1g/hari selama 6 minggu; Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2-4 minggu; Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 2-4 minggu
- ❖ *Adjuvant: Zinc pyrithione* 1% atau 2%, *Povidone Iodine* 2,5 %

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti alat cukur kumis atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi 2 kali sehari, rajin mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea atau setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksa ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA FASIALIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatofita (*Microsporum*, *Trichopython*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis: Plak eritem batas tegas, tepi meninggi, skuama minimal

Predileksi: Wajah

Diagnosis banding: Psoriasis, Dermatitis kontak, Dermatitis seboroik

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi:

- ❖ Sistemik: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2 minggu, Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 2 minggu
- ❖ Topikal: Krim Terbinafin, Mikonazol, Ketokonazol

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Bila menemukan kasus tinea pada bayi/anak, maka orangtua atau pengasuh anaknya harus diperiksa juga
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti alat *make up* atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rajin mandi dan mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea atau setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll), serta rutin mencuci/ mengganti handuk dan membersihkan alat *make up*
- ❖ Menjaga agar daerah wajah tetap bersih dan kering terutama bila sedang berkeringat
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksakan ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur

- ❖ Bila mengenakan helm, helm rutin dicuci setiap bulan. Sebaiknya dijemur di bawah sinar matahari setiap minggu di bagian dalam helm untuk menghindari pertumbuhan jamur.
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA MANUS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatofita (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis: Skuama kering difus dengan aksentuasi pada garis-garis palmar, biasanya hanya pada satu tangan. Dapat berupa vesikel, pustul, dan eksfoliasi terutama bila ada keterlibatan Dermatofita zoofilik

Predileksi: Tangan

Diagnosis banding: Dermatitis kontak, Psoriasis

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2 minggu, Itrakonazol 2x200 mg/hari selama 1 minggu

Edukasi:

- ❖ Rajin mencuci tangan untuk membantu menyingkirkan patogen pada tangan dan setelahnya harus dilap sampai kering
- ❖ Hindari menggaruk lesi kulit karena dapat menjadi sumber penularan ke area lain. Tinea manus biasanya timbul bersamaan dengan Tinea pedis, disebut “*two feet-one hand syndrome*”, akibat menggaruk atau mengorek lesi di kaki
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti sarung tangan atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi sehari 2 kali dan mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea atau setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksakan ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA KORPORIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatoftita (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis: Lesi batas tegas, polisiklik, polimorfis terdiri atas eritema, skuama, dan kadang papulovesikel di tepi, tepi tampak lebih aktif, *central healing*

Predileksi: Badan

Diagnosis banding: Psoriasis, Pityriasis rosea, *Eritema anulare centrifugum*

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi:

- ❖ Sistemik: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2 minggu, Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 2 minggu
- ❖ Topikal: Krim Terbinafin, Mikonazol, Ketokonazol

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar hasil terapi maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti pakaian atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi sehari 2 kali dan rajin mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea dan setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Menjaga agar badan tetap kering. Segera keringkan badan dengan handuk setelah mandi sebelum memakai pakaian. Kenakan pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat dengan baik. Segera mengganti pakaian yang basah jika sedang berkeringat agar badan tidak lembab
- ❖ Pakaian yang telah dipakai harus segera dicuci lalu dikeringkan dan tidak memakainya berulang-ulang sebelum dicuci. Hal ini karena Indonesia merupakan

daerah tropis sehingga orang mudah berkeringat dan lembab, kondisi ini dapat menyebabkan jamur mudah tumbuh

- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksa ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA KRURIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatofita (*Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis: Lesi batas tegas, polisiklik, polimorfik terdiri atas eritema, skuama, dan kadang papulovesikel di tepi, tepi tampak lebih aktif, *central healing*, bila berlangsung lama dapat menjadi bercak hitam dan bersisik

Predileksi: Lipat paha, perineum, sekitar anus

Diagnosis banding: Kandidiasis, Eritrasma, Dermatitis intertriginosa

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi:

- ❖ Sistemik: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2 minggu, Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 2 minggu
- ❖ Topikal: Krim Terbinafin, Mikonazol, Ketokonazol

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar hasil terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti pakaian, pakaian dalam atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi sehari 2 kali dan rajin mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea dan setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Menjaga agar badan tetap kering. Segera keringkan badan dengan handuk setelah mandi sebelum memakai pakaian. Kenakan pakaian dalam yang tidak ketat dan menyerap keringat dengan baik dan segera diganti jika sedang berkeringat agar badan tidak lembab.
- ❖ Penyakit ini sering terjadi pada anak laki-laki, karena laki-laki mempunyai skrotum yang lebih mudah lembab sehingga harus segera dikeringkan dengan handuk sesudah mandi

- ❖ Rutin mencuci pakaian serta pakaian dalam yang telah dipakai dan tidak memakainya berulang-ulang sebelum dicuci
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksakan ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

TINEA PEDIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatofita (*Microsporum*, *Trichopython*, *Epidermophyton*)

Gambaran Klinis:

- ❖ Tipe Interdigitalis: fisura dilingkari skuama, maserasi, dapat meluas ke interdigital dan subdigital kaki
- ❖ Tipe *Moccasin Foot*: kulit menebal disertai skuama, dapat timbul eritema, papulovesikel di tepi
- ❖ Tipe Subakut: vesikel, vesikulopustul, kadang bula yang bila pecah meninggalkan koleret

Predileksi: Kaki terutama sela jari dan telapak kaki

Diagnosis banding: Dermatitis kontak, Dishidrosis, Keratoderma, Psoriasis

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan hifa sejati dan spora

Medikasi:

- ❖ Sistemik: Terbinafin 1x250 mg/hari selama 2 minggu, Itrakonazol 2x100 mg/hari selama 3 minggu
- ❖ Topikal: Krim Terbinafin, Mikonazol, Ketokonazol

Edukasi:

- ❖ Jangan menggaruk lesi, dan segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Patuhi pengobatan yang diberikan agar terapi dapat maksimal dan mencegah terjadinya resistensi obat
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi bergantian dengan orang lain seperti alas kaki, kaos kaki atau handuk
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita tinea
- ❖ Menjaga kebersihan diri, rutin mandi sehari 2 kali, rajin mencuci tangan terutama setelah kontak dengan orang yang menderita tinea pedis dan setelah kontak dengan hewan (kucing, burung, ayam, dll)
- ❖ Menjaga agar kaki tetap kering. Kenakan kaos kaki yang dapat menyerap keringat dengan baik serta hindari memakai alas kaki yang ketat dan sempit
- ❖ Tidak memakai kaos kaki berulang-ulang dan rutin mengganti serta mencuci kaos kaki

- ❖ Sepatu harus selalu dicuci setiap minggu untuk menghindari jamur yang berada di dalam sepatu
- ❖ Hindari berjalan dengan kaki telanjang/tanpa alas kaki saat berada di tempat umum
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya diperiksakan ke dokter dan segera diobati bila menderita infeksi jamur
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

DERMATITIS SEBOROIK



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Berhubungan dengan kelenjar sebacea dan *Malassezia*

Gambaran klinis: Bercak yang berskuama dan berminyak, eksudasi, krusta tebal di sekitar tubuh yang berambut. Pada bayi skuama kekuningan membentuk *cradle cap* akibat kumpulan debris epitel yang lekat di *scalp*. Tanda awal bisa berupa ketombe. Sering terjadi pada pasien *immunocompromised*

Predileksi: Supraorbital (alis mata, pinggir kelopak mata), liang telinga luar, lipatan nasolabial, daerah sternal, areola mammae, lipatan bawah mammae pada wanita, interskapular, umbilicus, lipat paha, daerah anogenital, pipi, hidung, dahi

Diagnosis banding: Psoriasis, Dermatitis atopik, Dermatofitosis, Dermatitis kontak iritan, Rosasea

Medikasi:

❖ Topikal:

- a. Shampo: *Selenium sulfide*, *Zinc*, Ketokonazol, Ter dan Solusio Terbinafin 1%
- b. Krim *Imidazole* dan turunannya, bahan antimikotik di daerah lipatan bila ada gejala untuk mengurangi pertumbuhan jamur
- c. Asam salisilat atau Sulfur untuk memperlunak skuama
- d. Kortikosteroid potensi sedang
- e. Imunosupresan (Takrolimus dan Pimekrolimus)
- f. *Metronidazole* topikal, Siklopiroksolamin, Talkasitol, Benzoil peroksida, salep Litium suksinat 5%

- ❖ Sistemik: Itrakonazol 100 mg/hari, kortikosteroid: Prednisolon 30 mg/hari

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Penyakit ini sering hilang timbul, dipicu oleh stres dan kegiatan yang meningkatkan banyak keringat, sebaiknya

segera berobat bila mulai kambuh sebelum penyakit meluas yang membutuhkan terapi yang lebih lama dan biaya lebih besar

- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebihan karena dapat memicu keringat keluar secara berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal, maka bila keringatan sebaiknya segera mandi, dilap atau segera ganti pakaian jika basah
- ❖ Jangan menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya gunakan berbahan katun yang menyerap air dan keringat
- ❖ Menghindari faktor pencetus/pemicu seperti ruangan dingin/udara yang kelembabannya rendah, makanan rendah lemak
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

KANDIDOSIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Jamur *Candida spp*, paling sering *Candida albicans*

Gambaran Klinis: Bercak eritematosa berbatas tegas, bersisik, basah, dikelilingi vesikel, papul atau pustul kecil pada tepinya (satelit). Pada mukosa orofaring tampak pseudomembran warna putih tebal dengan dasar eritem

Predileksi: Daerah lipatan (ketiak, lipatan payudara, selangkangan), mukosa orofaring dan genital

Diagnosis Banding: Eritrasma, Dermatofitosis (tinea), Dermatitis intertriginosa, Dermatitis seboroik

Pemeriksaan Penunjang: KOH 20%: ditemukan pseudohifa

Medikasi:

- ❖ Sistemik: Flukonazol 50mg/hari atau 150mg/minggu; Itrakonazol 100-200mg/hari
- ❖ Topikal: krim Imidazol: Mikonazol 2%, Klotrimazol 1% selama 14-28 hari

Edukasi:

- ❖ Hindari menggaruk lesi, segera cuci tangan setelah memegang lesi agar tidak menularkan ke area lain
- ❖ Menjaga kebersihan tubuh dengan rutin mandi 2 kali sehari dan lap sampai kering
- ❖ Menjaga kebersihan mulut terutama pada orang yang mengenakan gigi palsu
- ❖ Menjaga agar kulit tidak lembab. Segera ganti pakaian bila pakaian basah akibat berkeringat, keringkan badan dengan handuk setelah mandi, dan mengganti popok secara teratur.
- ❖ Gunakan pakaian yang tidak ketat dan dapat menyerap keringat dengan baik
- ❖ Rutin mencuci pakaian serta pakaian dalam yang telah dipakai dan tidak memakainya berulang-ulang sebelum dicuci
- ❖ Hindari kontak dengan orang yang menderita Kandidosis
- ❖ Hindari penggunaan barang pribadi seperti handuk dan pakaian bersama-sama dengan orang lain

- ❖ Penderita Diabetes melitus harus menjaga agar gula darah tetap terkontrol dengan baik
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PITIRIASIS VERSIKOLOR



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Jamur *Malassezia spp*

Gambaran Klinis: Makula hipopigmentasi atau hiperpigmentasi kadang eritematosa berbatas tegas dengan skuama halus

Predileksi: Dada, punggung, leher, ekstremitas sisi proksimal, perut, wajah

Diagnosis Banding: Pityriasis alba, Vitiligo, Dermatitis seboroik, Pityriasis rosea

Pemeriksaan Penunjang:

❖ Lampu *wood*: fluoresensi kuning keemasan

- ❖ KOH 20%: ditemukan hifa pendek dan sel ragi bulat (*spaghetti and meatballs*)

Medikasi:

- ❖ Topikal: *Selenium sulfide* 1,8% (shampo) atau 2,5% (losio) atau shampo Ketokonazol 2%
- ❖ Sistemik: Ketokonazol 200 mg/hari selama 5-10 hari atau Itrakonazol 200 mg/hari selama 5-7 hari

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini tidak berbahaya dan tidak menular karena disebabkan oleh jamur yang merupakan flora normal di kulit yang berubah menjadi patogen akibat beberapa faktor seperti genetik, lingkungan yang panas dan lembab, imunitas yang menurun, kehamilan, kulit berminyak, dan penggunaan lotion/krim di kulit
- ❖ Ciri khas penyakit ini sering diawali dengan bercak putih yang kecil-kecil yang akan bergabung menjadi ukuran yang lebih besar karena sifat dari jamur *Malassezia* adalah lipofilik yang memerlukan lipid untuk pertumbuhannya sehingga lesi sering bermula di sekitar muara folikel sebagai sumber keluarnya sebum
- ❖ Perubahan pigmentasi pada kulit dapat bertahan beberapa bulan meskipun jamur sudah dieradikasi dan juga dapat rekuren meskipun telah diterapi secara efektif
- ❖ Menjaga kebersihan tubuh dengan rutin mandi 2 kali sehari terutama setelah seharian beraktivitas

- ❖ Menjaga agar kulit tidak lembab, keringkan badan dengan handuk setelah mandi, gunakan pakaian yang tidak ketat dan dapat menyerap keringat dengan baik. Hindari keringat yang dibiarkan lama di tubuh dan segera ganti pakaian bila pakaian basah akibat berkeringat karena keringat merupakan sumber makanan untuk pertumbuhan jamur *Malassezia*
- ❖ Pakaian harus tetap dicuci setiap hari dan sebaiknya tidak digunakan berulang-ulang sebelum dicuci
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PENYAKIT PARASIT DAN GIGITAN SERANGGA

INSECT BITE



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Gnats, Fleas, Mites, Bedbugs, Caterpillars, Moths*

Gambaran Klinis: Papul dengan *punctum* ditengahnya, dikelilingi urtika, terasa gatal

Predileksi: Anggota tubuh yang tidak tertutup pakaian

Diagnosis Banding: *Varicella* stadium awal, Ekskoriasi neurotik

Medikasi: Simptomatik berupa steroid topikal golongan sedang atau kuat, analgetik, antihistamin. Antibiotik bila ada infeksi sekunder

Edukasi:

- ❖ Hindari menggaruk lesi agar tidak luka dan menimbulkan infeksi sekunder, meninggalkan bercak kehitaman yang mengganggu penampilan
- ❖ Memakai pakaian yang menutupi badan dan ekstremitas
- ❖ Gunakan *insect repellent* (penangkis serangga) atau membasmi serangga dengan menyemprot menggunakan insektisida
- ❖ Rutin memandikan hewan peliharaan, bila menderita kutu gunakan sampo yang mengandung insektisida
- ❖ Karpet, sofa, dan kasur rutin dibersihkan dan divakum agar tidak menjadi sarang serangga
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

SKABIES



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Sarcoptes scabiei*

Gambaran Klinis: Gatal malam hari, menyerang sekelompok manusia, kunikulus pada tempat predileksi berwarna putih keabuan bentuk garis lurus atau berkelok pada ujungnya terdapat papulovesikel

Predileksi: Sela jari tangan, pergelangan tangan, siku, ketiak, bokong, genitalia

Diagnosis Banding: Dermatitis atopik, Dishidrosis, Prurigo, Pediculosis corporis

Medikasi: Permetrin 5%, Sulfur presipitatum 4-20%, Benzil benzoate 20-25%, Gamexsan 1 %, Krotamiton 10%

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini disebabkan oleh tungau yang sering menyerang sekelompok orang. Penyakit ini sangat menular sehingga seluruh anggota keluarga atau orang yang tinggal serumah dan kontak erat harus turut diobati. Bila tinggal di asrama atau pesantren, teman-teman sekamar atau yang dicurigai menderita Skabies juga harus diobati
- ❖ Taat menjalani pengobatan baik dari segi cara pengolesan obat maupun durasi pengobatan. Tujuannya agar terapi yang diberikan dapat berhasil secara maksimal membunuh tungau, larva, atau telur. Pemakaian obat (Permethrin 5%) dioleskan ke seluruh tubuh dari kepala hingga kaki (hindari terkena mata, hidung, mulut) dan didiamkan selama 8-14 jam kemudian baru dibilas. Obat ini digunakan 1 kali perminggu dan pemakaiannya diulang kembali hingga sembuh (biasanya 2-3 kali pemakaian). Tidak boleh diberikan kepada anak bayi dibawah usia 2 bulan
- ❖ Pencegahan agar tidak terinfeksi kembali oleh tungau *Scabies* adalah dengan mengoleskan obat (permethrin 5%) 3 bulan sekali secara teratur
- ❖ Pakaian, sarung bantal, handuk, sprei, dan selimut dicuci menggunakan air panas dan dijemur di bawah sinar matahari, setelah itu disetrika bagian luar dan dalam.

- ❖ Karpet, kasur, bantal rutin dibersihkan/divakum dan dijemur di bawah sinar matahari
- ❖ Jangan menggaruk lesi karena bila luka bisa menimbulkan infeksi sekunder. Jika terjadi infeksi sekunder dapat diberi antibiotik
- ❖ Menjaga kebersihan dengan rutin mandi 2 kali sehari
- ❖ Hindari kontak langsung dengan penderita Skabies seperti bersalaman, berpelukan, tidur bersama, ataupun berhubungan seksual
- ❖ Hindari bertukar pakaian, handuk, berbagi bantal atau tempat tidur dengan penderita Skabies
- ❖ Untuk calon peserta yang akan masuk asrama/pesantren dan memiliki riwayat gatal-gatal, sebaiknya diperiksa dahulu oleh petugas kesehatan. Apabila positif Skabies, maka harus diterapi sampai sembuh baru dapat diizinkan untuk masuk asrama/pesantren agar tidak menularkan kepada anak yang lain
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

CREEPING ERUPTION



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Larva *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*

Gambaran Klinis: Lesi eritem bentuk linear, polisiklik, serpiginosa, timbul membentuk terowongan dengan papul atau vesikel di atasnya. Disertai rasa gatal dan panas

Predileksi: Ekstremitas, bokong, perut, punggung

Diagnosis Banding: Skabies, Dermatoftosis, *Insect bite*

Medikasi:

- ❖ Albendazol 400 mg dosis tunggal selama 3 hari, Ivermektin 200 ug/kg dosis tunggal, Tiabendazol 25-50 mg/kgbb/hari sehari 2 kali selama 2-5 hari
- ❖ Racikan krim Albendazol 10% (1 g Albendazol dalam 10 g steroid)

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini biasanya dapat sembuh sendiri, namun dapat berlangsung berbulan-bulan dan menimbulkan rasa gatal yang hebat dan dapat mengganggu aktivitas sehingga dianjurkan untuk diobati
- ❖ Rutin konsumsi obat yang diberi oleh dokter, penyembuhan terkadang memerlukan waktu hingga 1 bulan. Sesudah sembuh bekas lesi sering meninggalkan warna kecoklatan dan akan hilang sesudah 2-3 bulan kemudian
- ❖ Hindari menggaruk lesi karena dapat terjadi luka dan menimbulkan infeksi sekunder
- ❖ Gunakan sarung tangan saat melakukan aktifitas yang berkontak dengan tanah dan gunakan alas kaki saat berjalan di tanah atau pasir misalnya pantai atau kebun
- ❖ Hindari duduk/berbaring di permukaan tanah atau pasir tanpa alas
- ❖ Jika memelihara hewan sebaiknya rutin diberikan obat cacing untuk mengurangi risiko kontaminasi
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PEDIKULOSIS KAPITIS



Sumber: <https://www.skin-disorders.net/diseases/pediculosis-capitis.html>

Etiologi: *Pediculus humanus var. capitis*

Gambaran Klinis: Gatal pada kepala, karena garukan timbul erosi, ekskoriasi, dan infeksi sekunder (pus, krusta). Terdapat kutu warna abu-abu dan telur kutu yang berkilat

Predileksi: Rambut kepala

Diagnosis Banding: Tinea kapitis, *Pyoderma*, Dermatitis seboroik

Medikasi: Malathion 0.5% atau 1%, Gameksan 1%, *Benzyl benzoate* 25%

Edukasi:

- ❖ Menjaga kebersihan pribadi dan rajin keramas

- ❖ Gunakan sisir kutu untuk membantu mengeliminasi kutu. Dapat dilakukan saat keramas, dengan memakai shampo yang cukup banyak sampai berbusa banyak lalu disisir. Diharapkan kutu bisa ikut tersisir bersamaan dengan busa shampo. Selanjutnya sisa telur yang menempel, dapat dibuang secara manual atau rambut dipangkas hingga botak.
- ❖ Kutu dapat menular ke orang lain, hindari kontak erat dengan orang lain supaya memutuskan rantai penularan
- ❖ Hindari pemakaian bersama sisir, topi, helm, handuk dengan orang lain
- ❖ Jangan menggaruk kepala agar tidak luka dan tidak menimbulkan infeksi sekunder
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PEDIKULOSIS PUBIS



Sumber: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993553/>

Etiologi: *Phthirus pubis*

Gambaran Klinis: Gatal pada pubis disertai *black dot* dan *macula serulae*

Predileksi: Rambut pubis

Diagnosis Banding: Skabies, Dermatitis seboroik, Dermatomikosis

Medikasi: Gameksan 1%, *Benzyl benzoate* 25%

Edukasi:

- ❖ Rambut pubis sebaiknya dicukur
- ❖ Pakaian dan pakaian dalam direndam air panas dahulu sebelum dicuci

- ❖ Pasangan seksual sebaiknya diperiksa dan diobati bersama untuk memutuskan rantai penularan
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

FILARIASIS



Sumber: <https://end.org/ntds-in-focus/lymphatic-filariasis/>

Etiologi: *Brugia malayi*, *Brugia timori*, *Wuchereria bancrofti*

Gambaran Klinis: Infeksi akut berupa limfangitis, limfadenitis, demam. Infeksi kronis berupa limfedema/elefantiasis tungkai, hidrokel, kiluria

Predileksi: Ekstremitas bawah, skrotum, penis, ekstremitas atas, payudara

Diagnosis Banding: Selulitis, Trauma, Malformasi kongenital, Edema pasca operasi

Pemeriksaan Penunjang: Apusan darah tepi untuk menemukan mikrofilaria

Medikasi: *Diethylcarbamazine* (DEC) 6 mg/kg/hari selama 12 hari dan *Albendazol* 400 mg dosis tunggal. Untuk episode

akut dapat diberikan antibiotik, analgetik, antipiretik

Edukasi:

- ❖ Istirahat yang cukup, elevasi kaki yang terkena, memakai verban elastik/pembalutan. Selalu menjaga kebersihan anggota tubuh yang terkena dengan mencuci daerah tersebut sehari 2 kali dengan sabun dan air bersih
- ❖ Latihan (*exercise*) rutin dengan gerakan ringan/intensitas rendah karena imobilitas dapat memperparah penyakit
- ❖ Gunakan alas kaki yang nyaman dan tidak sempit. Alas kaki yang sempit dapat menimbulkan luka dan lecet sehingga dapat menimbulkan infeksi sekunder
- ❖ Untuk pasien elefantiasis, dapat menggunakan salep anti jamur untuk menghindari infeksi jamur pada area lipatan dan sela jari. Berikan salep antibiotik bila terdapat luka
- ❖ Pencegahan yaitu hindari gigitan nyamuk atau serangga lain yang membawa larva filaria dengan cara tidur menggunakan kelambu, memakai *insect repellent*, mengenakan pakaian yang menutupi seluruh lengan dan tungkai
- ❖ Jika ingin berpergian ke daerah endemis dianjurkan untuk mengonsumsi obat profilaksis
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PENYAKIT ALERGI

ANGIOEDEMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Alergi obat, makanan, produk darah, zat kontras, autoimun, infeksi, faktor metabolik, herediter

Gambaran Klinis: Edema kulit mendadak, sewarna kulit atau eritema, disertai keterlibatan lapisan submukosa, nyeri, panas, gatal ringan. Sebanyak 43.8% disertai urtikaria. Jika melibatkan saluran nafas & cerna dapat terjadi kesulitan bernafas & menelan

Predileksi: Wajah, periorbital, bibir, ekstremitas, glottis, lidah, genital

Diagnosis banding: Erupsi obat alergi, Reaksi akibat makanan, Infeksi

Medikasi:

- ❖ Jika ada gangguan nafas → injeksi IM/SK Epinefrin 1:1000 0.3 ml, dapat diulang tiap 10 menit
- ❖ Anti histamin H-1 golongan 2 (Loratadin, *Cetirizine*, Desloratadin, Feksofenadin)
- ❖ Anti histamin H-1 golongan 1
- ❖ Kortikosteroid pada gejala berat, syok anafilaksis, edema laring, tidak berespon dengan antihistamin
- ❖ Omalizumab, Siklosporin

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini sering disebabkan oleh alergi
- ❖ Cari tahu faktor penyebab/pencetus. Beberapa faktor pencetus angioedema yang umum ditemukan yaitu makanan (kacang, kerang, susu, telur), antibiotik (Penisilin, Sulfa), sengatan serangga, obat ACE-inhibitor (Captopril, Lisinopril), obat NSAID (Ibuprofen, Diklofenak, Asam mefenamat), Radiokontras, Aspirin, perubahan suhu (kontak kulit dengan benda dingin), perubahan suhu panas/urtikaria kolinergik akibat olah raga, berkeringat, mandi air hangat

- ❖ Hindari dan kontrol faktor pencetus seperti makanan atau obat-obatan tertentu
- ❖ Jika terkena saluran pernafasan, harus dibawa ke UGD untuk penanganan segera
- ❖ Dapat dilakukan tes alergi (*skin prict test*, *skin patch test*, tes kulit antibodi IgE) untuk mengetahui apa pencetus alergi secara spesifik
- ❖ Selalu mempersiapkan obat antialergi dekat dengan pasien, supaya dapat segera diobati bila terjadi alergi dikemudian hari
- ❖ Untuk angioedema kronik, hereditier, atau idiopatik pasien disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter ahli alergi imunologi

SINDROM STEVENS-JOHNSON



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Alergi obat

Gambaran Klinik: Diawali gejala prodromal lalu timbul lesi kulit berupa eritema, vesikel, papul, erosi, ekskoriasi, krusta kehitaman, purpura dan epidermolisis. Terdapat trias kelainan di mukosa oral, mata, kulit (genital). Epidermolisis di bawah 10%. Tanda *nikolsky* positif

Predileksi: Daerah mukosa (mulut dan konjungtiva) dan area genital yang bersifat generalisata-universal

Pemeriksaan Penunjang: Pemeriksaan darah tepi lengkap,

elektrolit, analisa gas darah, albumin protein darah, fungsi ginjal, fungsi hepar, gula darah sewaktu dan foto rontgen

Diagnosis Banding: *Staphylococcal skin scalded syndrome*, *Fixed drug eruption*, Lupus eritematosus bulosa, Eritema Multiforme Major, Pemphigus vulgaris

Medikasi:

- ❖ Resusitasi cairan dan menjaga keseimbangan elektrolit serta nutrisi
- ❖ Topikal
 - a. Jika lesi basah: kompres NaCl 0,9%
 - b. Salep antibiotik jika terdapat infeksi sekunder
 - c. Pelembab seperti 50% gel Petroleum dengan 50% cairan parafin
- ❖ Sistemik
 - a. Kortikosteroid: Deksametason intravena dengan dosis setara Prednisone 1-4 mg/kgBB/hari
 - b. Analgesik: Parasetamol dan Tramadol jika diperlukan
 - c. Intravenous immunoglobulin (IV Ig) dosis tinggi 1 g/kgBB/hari selama 3 hari
 - d. Pemberian albumin sejak dini (menghindari komplikasi hipoalbumin)

- e. Siklosporin A
- f. Kombinasi IV Ig dan kortikosteroid
- g. Antibiotik (menghindari infeksi sekunder jika terdapat indikasi)

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat penyakit seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit dan dokter spesialis mata serta perlu segera dirawat di RS
- ❖ Segera menghentikan obat yang diduga merupakan penyebab, catat nama obat tersebut agar dapat menghindarinya
- ❖ Harus selalu berhati-hati setiap kali berobat ke dokter. Wajib memberitahukan nama obat yang menyebabkan alergi karena bila terulang, maka penyakit yang muncul akan lebih parah dari pada sebelumnya
- ❖ Menjaga asupan nutrisi dengan banyak konsumsi makanan seperti sayuran, buah, bahan makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu serta menjaga kecukupan asupan cairan dan elektrolit. Jika tidak bisa peroral, berikan melalui nasogastrik
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Menjaga kelembaban mukosa bibir seperti memberikan madu atau pelembab bibir agar tidak tambah kering dan mengelupas lebih parah

- ❖ Mencari tahu dan menghindari faktor pencetus lain seperti infeksi *Mycoplasma pneumoniae*, virus), imunisasi dan transplantasi sumsum tulang belakang

TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Alergi obat

Gambaran Klinik: Diawali gejala prodromal lalu timbul lesi kulit berupa makula eritema atau purpura serta lesi target. Terdapat trias kelainan di mukosa, mata, kulit. Epidermolisis di atas 30%. (jika 10-30% disebut *overlapping* SSJ dengan TEN)

Predileksi: Daerah mukosa (mulut dan konjungtiva) dan area genital yang bersifat generalisata-universal

Pemeriksaan Penunjang: Pemeriksaan darah tepi lengkap, elektrolit, analisa gas darah, albumin protein darah, fungsi ginjal, fungsi hepar, gula darah sewaktu dan foto rontgen

Diagnosis Banding: *Staphylococcal skin scalded syndrome*, *Fixed drug eruption*, Lupus eritematosus bulosa, Eritema Multiforme Major, Pemphigus vulgaris

Medikasi:

- ❖ Resusitasi cairan dan menjaga keseimbangan elektrolit serta nutrisi (jika tidak bisa melalui oral, dapat diberikan melalui nasogastrik)
- ❖ Topikal
 - a. Jika lesi basah: kompres NaCl 0,9%
 - b. Salep antibiotik jika terdapat infeksi sekunder
 - c. Pelembab seperti 50% gel Petroleum dengan 50% cairan parafin
- ❖ Sistemik
 - a. Kortikosteroid seperti Deksmetason intravena dengan dosis setara Prednison 4-6 mg/kgBB/hari
 - b. Analgesik seperti Parasetamol dan Tramadol jika diperlukan
 - c. Intravenous immunoglobulin (IV Ig) dosis tinggi 1 g/kgBB/hari selama 3 hari
 - d. Siklosporin A
 - e. Kombinasi IV Ig dan kortikosteroid
 - f. Antibiotik hanya diberikan jika terdapat indikasi

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat penyakit seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit dan dokter spesialis mata serta perlu segera dirawat di RS
- ❖ Segera menghentikan obat yang diduga merupakan penyebab, catat nama obat tersebut agar dapat menghindarinya
- ❖ Harus selalu berhati-hati setiap kali berobat ke dokter. Wajib memberitahukan nama obat yang menyebabkan alergi karena bila terulang, maka penyakit yang muncul akan lebih parah dari pada sebelumnya
- ❖ Menjaga asupan nutrisi dengan banyak konsumsi makanan seperti sayuran, buah, bahan makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu serta menjaga kecukupan asupan cairan dan elektrolit. Jika tidak bisa peroral, berikan melalui nasogastrik
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Menjaga kelembaban mukosa bibir seperti memberikan madu atau pelembab bibir agar tidak tambah kering dan mengelupas lebih parah
- ❖ Mencari tahu dan menghindari faktor pencetus lain seperti infeksi *Mycoplasma pneumoniae*, virus), imunisasi dan transplantasi sumsum tulang belakang

URTIKARIA AKUT



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Alergi obat, makanan, produk darah, zat kontras, autoimun, infeksi

Gambaran Klinis: Rasa gatal, panas, dan perih. Lesi berupa urtika berbatas tegas, dikelilingi daerah eritem, dapat disertai angioedema, cepat kembali ke kondisi normal dalam 1-24 jam

Predileksi: Dapat terjadi di seluruh tubuh

Diagnosis banding: Dermatitis kontak, Reaksi gigitan serangga, Erupsi obat eksantematosus, penyakit Bulosa autoimun

Medikasi:

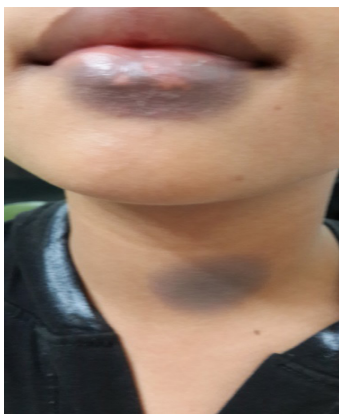
- ❖ Jika ada angioedema dan gangguan nafas → injeksi intramuskular atau subkutan epinefrin 1:1000 0.3 ml, dapat diulang tiap 10 menit
- ❖ Bedak kocok antipruritus mentol & kamfer
- ❖ Anti histamin H-1 golongan 2 (Loratadin, *Cetirizine*, Desloratadin, Feksofenadin)
- ❖ Anti histamin H-1 golongan 1
- ❖ Kortikosteroid pada gejala berat, syok anafilaksis, edema laring, tidak berespon dengan antihistamin
- ❖ Omalizumab, Siklosporin

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini dapat berupa alergik dan non-alergik. Penyebab alergik tersering dapat berupa obat-obatan (antibiotik, antihistamin, ACE-I, produk darah, opioid, vaksinasi, PPI, dan lain-lain) yang pada dasarnya semua jenis obat dapat menyebabkan respon alergi, makanan (susu, telur, *seafood*, kacang, gandum), debu, tungau, dan latex. Penyebab non-alergik berupa penyakit autoimun, virus (Adenovirus, Cytomegalovirus, Enterovirus, Herpes simplex, Influenza A, *Varicella*), bakteri, fisik (tekanan, air, sinar matahari), dan stres
- ❖ Dianjurkan untuk mencari tahu faktor penyebab/pencetus serta menghindari dan mengontrol faktor-faktor tersebut

- ❖ Kenali tanda bahaya seperti sesak nafas dan bengkak. Jika terjadi, harus dibawa ke UGD untuk penanganan segera
- ❖ Dapat dilakukan tes alergi (*skin prict test*, *skin patch test*, tes kulit antibodi IgE) untuk mengetahui apa pencetus alergi secara spesifik
- ❖ Selalu mempersiapkan obat anti alergi dan berada dekat dengan pasien (simpan di tas atau dompet), supaya dapat segera diobati bila terjadi alergi dikemudian hari

FIXED DRUG ERUPTION



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Obat (kontrasepsi oral, antipiretik (*Metamizole*), antibiotik (Tetrasiklin), Dimenhidrinat, Barbiturat)

Gambaran Klinis: Makula atau plak eritema-keunguan, dapat disertai vesikel/bula di tengah lesi yang jika pecah akan membentuk hiperpigmentasi yang lama hilang. Kelainan selalu timbul pada tempat yang sama setelah mengkonsumsi obat pencetus

Predileksi: Bibir, tangan dan genitalia

Diagnosis banding: Urtikaria, Angioedema, Eritroderma

Medikasi:

❖ Antihistamin

- ❖ Kortikosteroid: kasus ringan 0.5 mg/kgBB/hari. Kasus berat 1-4 mg/kgBB/hari

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini adalah reaksi alergi terhadap obat
- ❖ Lesi yang muncul dapat meninggalkan bekas kehitaman
- ❖ Cari tahu obat pencetus. Bila sudah mengetahui penyebabnya, maka harus segera dihentikan, dan jangan pernah mengonsumsi obat tersebut lagi. Apabila kembali terjadi reaksi alergi maka akan timbul di tempat yang sama, dengan lesi yang lebih banyak dan lebih besar
- ❖ Dapat dilakukan tes alergi untuk mengetahui obat pencetus secara spesifik
- ❖ Selalu mempersiapkan obat anti alergi dan berada dekat dengan pasien (simpan di tas atau dompet), supaya dapat segera diobati bila terjadi alergi dikemudian hari

NAPKIN ECZEMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kelembaban, gesekan, maserasi, kontak lama dengan urin dan tinja (popok basah)

Gambaran klinis: Makula eritem batas agak tegas mengikuti bentuk popok yang berkontak dengan kulit, disertai papulovesikel, pustul, bula, fisura, erosi, hipertrofi kronis, nodul infiltratif (lesi satelit tidak ada)

Predileksi: Genitokrural, bagian tubuh yang cembung yang tertutup popok

Diagnosis banding: Kandidiasis kutis, Eritrasma, Dermatitis seboroik infantil, Sebopsoriasis

Medikasi:

❖ Topikal

- a. Lesi ringan: krim/salep seperti Seng oksida, Pantenol, Lanolin dan *Petrolatum jelly*
 - b. Kortikosteroid potensi lemah-sedang (salep Hidrokortison 1 atau 2,5% dalam waktu singkat)
 - c. Antifungal: Nistatin, derivat Azol, Mikonazol, Flukonazol, Klotrimazol atau kombinasi Mikonazol nitrat dengan Seng oksida dan *Petrolatum* jika terinfeksi *Candida*
 - d. Mupirosin 2 kali sehari jika terinfeksi bakteri
- ❖ Sistemik: antibiotik oral seperti Amoksisilin Klavulanat, Klindamisin, Sefaleksin atau Trimethoprim-sulfametoksazol bila terinfeksi bakteri yang berat

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Daerah yang kontak dengan popok dibersihkan sesering mungkin, jaga tetap kering dan jangan lembab
- ❖ Ganti popok sesering mungkin. Bila menggunakan popok tradisional, ganti segera jika basah. Bila menggunakan popok sekali pakai, ganti bila kapasitas

popok telah penuh. Pada bayi baru lahir ganti tiap 2 jam sekali

- ❖ Sebaiknya gunakan popok sekali pakai jenis *highly absorbent* dengan materi yang mikroporous sehingga ada ventilasi
- ❖ Membersihkan area yang terkena popok dengan air hangat dan sabun *non-irritating/mild*/pH netral/minyak setiap habis buang air kecil dan buang air besar lalu gunakan krim untuk mencegah penetrasi bahan iritan. Ini untuk popok yang tidak sekali pakai
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Lakukan *toilet training* sedini mungkin
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

DERMATITIS KONTAK IRITAN



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Non imunologik (tanpa mengalami proses sensitisasi dengan alergen), akibat bahan iritan yang kontak dengan kulit

Gambaran Klinis: Berupa eritema, edema, bula, nekrosis, skuama, hiperkeratosis, likenifikasi dan fisura yang terasa panas, nyeri, gatal, seperti terbakar dan kering. Lesi berbatas tegas tanpa proses imunologik. Gejala akut disebabkan karena iritan kuat sedangkan gejala kronis disebabkan karena iritan lemah. Jika pajanan dihentikan, lesi membaik

Predileksi: Tubuh yang terkena iritan

Pemeriksaan Penunjang: *Patch test* memberikan gambar *decrecendo*

Diagnosis banding: Dermatitis lainnya

Medikasi:

- ❖ Topikal
 - a. Pelembab seperti Petrolatum/Vaselin
 - b. Untuk lesi basah: beri kompres terbuka dengan larutan NaCL 0,9%
 - c. Untuk lesi kering: kortikosteroid krim potensi sedang misalkan Flusinolon asetoid
 - d. Untuk dermatitis yang kronik: Mometason fuorate intermiten
- ❖ Sistematis:
 - a. Simtomatis seperti antihistamin sedatif/nonsedatif untuk mengurangi rasa gatal
 - b. Kortikosteroid oral untuk derajat berat
- ❖ Kasus berat dan kronik: Inhibitor kalsineurin atau fototerapi *broad/narrow band* UVB, obat imunosupresif sistemik seperti Azatioprin atau Siklosporin
- ❖ Superinfeksi oleh bakteri: antibiotik oral dan topikal

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi

- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebihan karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal. Apabila keringatan sebaiknya segera mandi atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Pakaian rajin dicuci dengan sabun anti bakteri setiap habis pakai
- ❖ Mencari tahu bahan iritan penyebab dan menghindarinya, serta memakai APD
- ❖ Lakukan tes alergi bila tidak diketahui penyebabnya
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

DERMATITIS KONTAK ALERGI



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Immunologik (telah mengalami proses sensitisasi dengan alergen) serta bahan kimia dengan berat molekul rendah

Gambaran klinis: Lesi akut: eritematosa batas jelas, edema, papulovesikel, vesikel-bula. Lesi kronik: skuama, papul, likenifikasi, fisura, lesi kering dan gatal yang dominan. Biasanya terjadi pada orang yang sensitif (reaksi hipersensitivitas tipe 4)

Predileksi: Tangan, leher, wajah, telinga, leher, badan, genital, paha dan tungkai bawah

Pemeriksaan Penunjang: *Patch test* memberikan gambar *crescendo*

Diagnosis banding: Dermatitis lainnya, dishidrosis, psoriasis

Medikasi:

❖ Topikal

- a. Untuk lesi basah: beri kompres terbuka dengan larutan NaCl 0,9%
- b. Untuk lesi kering: kortikosteroid krim potensi sedang-tinggi misalkan Mometason furoat, Flutikason propionate, Klobetasol butirat
- c. Untuk dermatitis yang kronik: Klobetasol propionat

❖ Sistemik:

- a. Simtomatis seperti antihistamin sedatif/nonsedatif untuk mengurangi rasa gatal
- b. Kortikosteroid oral untuk derajat berat

❖ Kasus berat dan kronik: Inhibitor kalsineurin atau fototerapi *broad/narrow band* UVB, obat imunosupresif sistemik seperti Azatioprin atau Siklosporin

❖ Superinfeksi oleh bakteri: antibiotik oral dan topikal

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan setelah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebih karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal. Apabila keringatan sebaiknya segera mandi atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Pakaian rajin dicuci dengan sabun antibakteri setiap habis pakai
- ❖ Mengenali bahan yang menyebabkan alergi dan menghindarinya (dengan menggunakan APD)
- ❖ Lakukan tes alergi bila tidak diketahui penyebabnya

- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

DERMATITIS NUMULARIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Stafilokokus, mikrokokus, hipersensitivitas, trauma fisik-kimiawi, stres, alkohol dan kelembaban

Gambaran klinis: Lesi akut terdapat papul, papulovesikel, erosi, eksudasi, berkonfluensi membentuk plak 1-3 cm berbentuk logam, batas tegas, mudah pecah sehingga terkesan basah (*oozing*), krusta, pada dasar eritema dan sangat gatal. Lesi kronik: plak kering, skuama, likenifikasi. Penyembuhan dimulai dari tengah

Predileksi: Ekstremitas atas dan bawah

Pemeriksaan Penunjang: *Patch test*

Diagnosis banding: Dermatitis lainnya, Tinea korporis, Psoriasis, Impetigo, Dermatomikosis

Medikasi:

- ❖ Topikal
 - a. Kompres pada lesi akut dengan larutan NaCl 0,9%
 - b. Antiinflamasi dan/atau antimitotik: kortikosteroid potensi sedang-kuat, pilihan lain yaitu Inhibitor kalsineurin seperti Tacrolimus dan Pimekrolimus
- ❖ Sistemik
 - a. Antihistamin oral untuk mengurangi rasa gatal
 - b. Kortikosteroid untuk Dermatitis numularis berat dan refrakter
 - c. Metotreksat 5-10 mg per minggu untuk anak dengan Dermatitis numularin berat dan refrakter
- ❖ Fototerapi *broad/narrow band* UVB untuk lesi generalisata

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi

- ❖ Mencuci tangan sebelum dan setelah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebihan karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal. Apabila keringatan segera mandi atau di lap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Pakaian rajin dicuci dengan sabun antibakteri setiap habis pakai, selalu bilas dengan bersih, jangan ada sisa sabun di pakaian
- ❖ Sering terjadi kekambuhan pada daerah yang sama, jadi terapi harus dilakukan sampai warna kulitnya sama dengan warna kulit normal
- ❖ Setiap kali gatal, jangan digaruk, tetapi dioleskan creamnya, supaya jangan kambuh lagi
- ❖ Usahakan selalu ada sediaan cream di rumah dan obat anti gatal
- ❖ Segera berobat bila kambuh lagi, untuk mencegah jangan sampai meluas
- ❖ Mencari tahu penyebab atau pemicu serta faktor

resiko penyakit dan berusaha menghindarinya seperti hindari penggunaan wol atau bahan lain yang dapat menyebabkan iritasi

- ❖ Lakukan tes alergi bila perlu atau bila belum diketahui penyebab pastinya
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

LIKEN SIMPLEKS KRONIK/ NEURODERMATITIS Sirkumskripta



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Likenifikasi, prurigo nodularis, penyakit batu empedu, faktor stres

Gambaran klinis: Penebalan kulit, likenifikasi ukuran lentikular hingga plak menyerupai kulit batang kayu, skuama keputihan di bagian atas lesi, sirkumskrip, hiperpigmentasi pada tepi di daerah terjangkau akibat garukan berulang karena sangat gatal, batas tidak jelas dengan kulit normal. Stadium awal: berupa eritema, edema,

papul berkelompok

Predileksi: *Scalp*, tengkuk, samping leher, lengan bagian ekstensor, pubis, vulva, skrotum, perianal, medial tungkai atas, lutut, lateral tungkai bawah, pergelangan kaki bagian depan, punggung kaki

Diagnosis banding: Liken planus, Prurigo nodularis, Dermatitis lainnya, Psoriasis

Pemeriksaan Penunjang: Pemeriksaan histopatologis memberikan gambaran adanya penebalan epidermis dan peradangan di dermis

Medikasi:

❖ Topikal

- a. Emolien dan kortikosteroid potensi kuat seperti salep Klobetasol propionate 0,05% 1-2 kali sehari
- b. Kalsineurin inhibitor seperti salep Takrolimus 0,1% atau krim Pimekrolimus 0,1% 2 kali sehari selama 12 minggu
- c. Preparat antiprurius nonsteroid seperti Mentol, *Pramoxine* dan Doxepin

❖ Sistemik: antihistamin oral dan antidepresan trisiklik

❖ Tindakan: kortikosteroid intralesi (*Triamsinolon asetonid*)

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebih karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal. Apabila keringatan segera mandi atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Pakaian rajin dicuci dengan sabun antibakteri setiap habis pakai
- ❖ Mencari tahu penyebab atau pemicu serta faktor risiko penyakit dan berusaha menghindarinya
- ❖ Sering terjadi kekambuhan pada daerah yang sama, maka terapi harus dilakukan sampai warna kulitnya

sama dengan warna kulit normal

- ❖ Setiap kali gatal, jangan digaruk, tetapi dioleskan krimnya, supaya jangan kambuh lagi
- ❖ Usahakan selalu ada sediaan krim di rumah dan obat anti gatal
- ❖ Segera berobat bila kambuh lagi, untuk mencegah jangan sampai meluas
- ❖ Penyebab utama penyakit ini sering berhubungan dengan kebiasaan menggaruk
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

DERMATITIS ATOPIK



Dermatitis atopik pada: a) bayi, b) anak, c) dewasa (Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpK)

Etiologi: Genetik, lingkungan, higiene, sawar kulit, obat, imunologik (kenaikan Ig E serum)

Gambaran Klinis:

- ❖ Fase bayi (0 bulan-2 tahun): lesi akut, eritematosa, papul, vesikel, erosi, eksudasi/*oozing* dan krusta. Bercak kemerahan bersifat bilateral simetris dan gatal, sering pada ke dua pipi bayi (akibat pipi bayi yang terkena ASI atau keringat ibu saat menempel pada payudara ibu ketika menyusui)
- ❖ Fase anak (2 tahun-10 tahun): lesi subakut, lebih kering, plak eritematosa, skuama, batas tidak tegas, eksudat, krusta, ekskoriiasi. Bercak kemerahan bersifat bilateral simetris, sering pada area lipatan lengan, kaki dan leher (akibat keringat), daerah bokong (biasanya akibat cairan pembersih WC yang masih menempel pada kloset duduk), bercak-bercak putih di wajah akibat matahari

(buras), garis denis morgan di sekitar/ di bawah mata akibat dikucek

- ❖ Fase dewasa (>12tahun): lesi kronik, kering, papul/plak eritematosa, skuama dan likenifikasi. Lesi biasanya pada area tubuh yang terbuka dan memiliki gambaran yang bervariasi (biasanya gatal-gatal karena kulit yang kering, bekas gigitan nyamuk yang lama menghilang, gatal seluruh badan, bintil-bintil hitam yang gatal)

Predileksi:

- ❖ Pada bayi: kedua pipi, kulit kepala, dahi, telinga, leher, badan, ekstensor ekstremitas, area tubuh yang terbuka
- ❖ Pada anak: fleksural pergelangan tangan, pergelangan kaki, *antecubital*, poplitea, leher dan infragluteal, area tubuh yang terbuka
- ❖ Pada dewasa: lipatan fleksural, wajah, leher, lengan atas, punggung, dorsal tangan, kaki, jari tangan dan jari kaki, area tubuh yang terbuka

Pemeriksaan Penunjang: Pemeriksaan kadar Ig E

Diagnosis Banding: Dermatitis lainnya, Skabies, Psoriasis

Medikasi:

- ❖ Topikal
 - a. Jika lesi basah: kompres NaCl 0,9%
 - b. Kortikosteroid potensi lemah untuk bayi, lemah-sedang untuk anak, sedang sampai kuat untuk dewasa

- c. Pelembab (mengandung Humektan, Emolien, Oklusif, mengandung antiinflamasi, antipruritus, bahan fisiologis)
- ❖ Sistemik
 - a. Antihistamin sedatif/nonsedatif untuk mengurangi rasa gatal
 - b. Antibiotik jika terdapat infeksi sekunder
 - c. Kortikosteroid (Prednison, Metilpredisolon, Triamsinolon) selama 1 minggu
 - d. Siklosporin-A untuk Dermatitis atopik berat dan Refrakter (3-5 mg/kgBB/hari untuk anak, 150 mg/300 mg per hari)
 - e. Antimetabolit (Mofetil mikofenat, Metrotreksat, Azatioprin) untuk dermatitis berat, refrakter dan rekalsitran
- ❖ Fototerapi UVA/PUVA/UVB/NB-UVB

Edukasi:

- ❖ Menjelaskan kepada penderita bahwa penyakit Dermatitis atopik adalah penyakit kulit yang kronis, berulang, gatal, kering dan terdapat perubahan warna kulit, biasanya berkaitan dengan penyakit Asma, Rhinitis alergi dan Urtikaria
- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder

- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebihan karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal. Apabila keringatan segera mandi atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Pakaian rajin dicuci dengan sabun antibakteri setiap habis pakai
- ❖ Mencari tahu faktor pencetus dan berusaha menghindarinya misalkan tungau, debu, alergen makanan (susu sapi, telur, kacang-kacangan, bahan pewarna, penyedap rasa dan aditif lainnya)
- ❖ Hindari udara yang terlalu dingin (AC sebaiknya pada suhu 24-26°C) dan sebaiknya ruangan menggunakan pelembab ruangan

- ❖ Selalu menjaga kebersihan kamar (jangan menyimpan barang-barang di dalam kamar terlalu banyak seperti buku-buku dan mainan karena dapat menyimpan debu)
- ❖ Hindari segala sesuatu yang berbahan bulu baik mainan, pakaian, serta tempat tidur (gunakan seprei berbahan sutra)
- ❖ Bagi perempuan, hindari pakaian yang banyak renda dan tebal karena dapat memicu gatal.
- ❖ Rambut sebaiknya diikat untuk perempuan, dipotong cepak untuk laki-laki
- ❖ Jika keluar rumah pakailah pakaian dan celana panjang agar tidak digigit nyamuk dan setelah pulang ganti pakaian dan segera mandi
- ❖ Pada bayi, ganti popok sesering mungkin
- ❖ Lakukan tes alergi bila tidak diketahui penyebabnya
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

PENYAKIT TUMOR

KERATOSIS SEBOROIK



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: diduga hereditas dan paparan sinar matahari

Gambaran Klinis: Lesi awal berupa benjolan berbatas tegas, permukaan rata, kusam, warna coklat. Seiring perkembangan, lesi menjadi papul, permukaan verukosa, *stuck on*, mengkilat, terdapat kista *pseudohorn*

Predileksi: Dapat timbul di bagian tubuh manapun, namun bagian tubuh dan dahi merupakan lokasi tersering

Diagnosis banding: Lentigo solaris/ senilis, Nevus melanositik, Melanoma maligna, Karsinoma sel basal

Medikasi: Kuretase, krioterapi, bedah listrik, bedah laser

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini berhubungan dengan proses penuaan dan paparan sinar matahari
- ❖ Penyakit bukan merupakan tumor ganas atau kanker, sehingga pasien tidak perlu khawatir
- ❖ Pilihan terapi dapat dikonsultasikan kepada dokter spesialis kulit dan dilakukan sesuai indikasi estetik
- ❖ Hindari menggaruk atau mengorek lesi karena dapat menimbulkan iritasi dan infeksi
- ❖ Hindari paparan matahari terutama pukul 08.00 s/d 16.00. Gunakan pakaian yang tertutup seperti pakaian lengan panjang, celana panjang atau pelindung tambahan seperti topi dan payung, serta kenakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 saat beraktivitas di bawah matahari
- ❖ Lesi yang terdapat tanda inflamasi, perdarahan, ulserasi dan iritasi harus segera konsultasi dengan dokter spesialis kulit untuk pemeriksaan lanjutan seperti biopsi atau eksisi agar dapat menyingkirkan diagnosis keganasan

KISTA EPIDERMOID



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Lesi berkembang dari folikel pilosebacea dan berisikan keratin

Gambaran Klinis: Nodul dermis/subkutan, *mobile*, memiliki puntum, warna menyerupai kulit, dapat berbau tidak sedap dan meradang jika pecah

Predileksi: Lesi yang tidak berhubungan dengan trauma biasanya berlokasi pada dada/punggung bagian atas, leher. Lesi yang berhubungan dengan trauma biasanya berlokasi pada telapak tangan, telapak kaki, bokong.

Diagnosis banding: *Steatocystoma multiplex*, Kista pilar, Lipoma, Furunkel, Karbunkel, *Acne cyst*, Furunkulosis

Medikasi:

- ❖ Antibiotik pada kista epidermoid yang mengalami inflamasi
- ❖ Eksisi dinding kista dengan tindakan bedah
- ❖ Laser CO₂, laser erbium

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini disebabkan oleh penumpukan keratin di bawah kulit yang terbungkus oleh kapsul. Ini merupakan tumor kulit jinak sehingga pasien tidak perlu khawatir
- ❖ Terapi definitif adalah eksisi dinding kista dengan tindakan bedah. Setelah dilakukan pembedahan, dapat terjadi efek samping seperti bekas luka dan jika eksisi kista tidak menyeluruh maka memiliki risiko untuk timbul kembali
- ❖ Jika pasien belum bersedia untuk dilakukan tindakan bedah, hindari memencet/ manipulasi kista karena dapat menyebabkan peradangan dan infeksi
- ❖ Kista dapat membesar terus menerus meskipun dalam waktu lama
- ❖ Perhatikan tanda-tanda infeksi kista berupa rasa nyeri, bengkak, terdapat nanah dengan jumlah banyak. Jika terjadi infeksi maka perlu dilakukan perawatan ekstensif yang lebih lama dengan antibiotik dan anti-inflamasi. Ketika peradangan dan inflamasi sudah terkontrol, tindakan bedah dapat dilakukan

HEMANGIOMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Tumor jinak vaskuler yang tumbuh pada jaringan angioblastik embrional atau karena faktor angiogenik

Gambaran Klinis:

- ❖ Hemangioma superfisial: tumor berbentuk kubah, oval, bulat, konsistensi lunak, berwarna merah terang. Permukaan dapat licin atau berlobus.
- ❖ Hemangioma dalam: masa kebiruan, lunak, di bawah kulit, dapat disertai hemangioma superfisial
- ❖ Biasanya muncul pada bulan awal kelahiran kemudian mengalami involusi spontan

Predileksi: Dapat tumbuh di mana saja, tapi terbanyak di kepala dan leher, lalu anggota gerak, perianal, vulva

Diagnosis banding: Nevus flameus

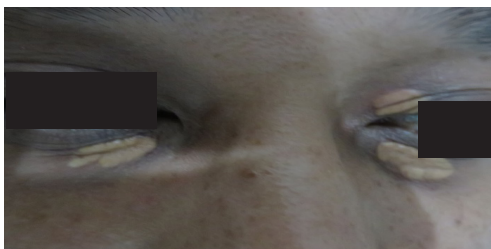
Medikasi:

- ❖ Kortikosteroid sistemik, intralesi atau topikal potensi sangat kuat
- ❖ Interferon alfa
- ❖ Skleroterapi
- ❖ Bedah beku
- ❖ Bedah laser untuk lesi makula/ plak
- ❖ Bedah eksisi

Edukasi:

- ❖ Hemangioma adalah benjolan yang berisi sekumpulan pembuluh darah yang tumbuh secara abnormal dan berkumpul menjadi satu. Penyakit ini bukan tumor ganas dan dapat hilang dengan sendirinya seiring usia sehingga keluarga pasien tidak perlu khawatir
- ❖ Pengobatan diperlukan jika benjolan yang menyebabkan gangguan penglihatan dan pernafasan, selain itu pengobatan bersifat estetik
- ❖ Hindari trauma atau luka pada lesi karena mudah berdarah. Bila terjadi perdarahan, segera tekan daerah tersebut dengan kain atau kasa yang steril
- ❖ Dapat regresi dengan spontan tanpa meninggalkan bekas, sehingga tatalaksana invasif tidak perlu buru-buru dilakukan

XANTHOMA/XANTHELASMA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kelainan metabolisme lipid (hiperlipidemia), dapat secara primer akibat mutasi gen dan sekunder akibat diabetes melitus, hipotiroid, penyakit ginjal kronis, miksedema. Faktor risiko berupa obesitas, konsumsi alkohol berlebih, pola makan banyak lemak, konsumsi steroid jangka panjang

Gambaran Klinis: Lesi datar atau agak elevasi atau sebagai nodulus warna kuning

Predileksi: telapak tangan dan kaki, kelopak mata (xanthelasma)

Diagnosis banding: Lipoma, Kista milia, Siringoma, Hiperplasia glandula sebacea

Medikasi: Bedah eksisi atau kauterisasi

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini tidak berbahaya namun berdampak pada estetik. Faktor risiko dan penyebab penyakit berupa

kondisi hiperlipidemia, konsumsi alkohol berlebih, serta merokok

- ❖ Modifikasi gaya hidup menjadi lebih sehat, rajin olahraga, konsumsi makanan rendah lemak dan tinggi serat
- ❖ Tindakan bedah eksisi atau kauter dilakukan atas indikasi estetik
- ❖ Kontrol faktor predisposisi (dislipidemia). Hindari makanan berlemak dan yang mengandung banyak lemak trans
- ❖ Konsultasi ke dokter penyakit dalam untuk mendapatkan obat anti dislipidemia
- ❖ Xanthelasma dapat timbul lagi walaupun sudah dioperasi, sehingga faktor risiko harus dikontrol untuk mencegah kekambuhan dan perluasan lesi

NEVUS PIGMENTOSUS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Diduga berkaitan dengan paparan sinar ultraviolet, faktor genetik, penggunaan obat immunosupresi, kemoterapi

Gambaran Klinis: Makula, papul atau nodul soliter, permukaan dan warna homogen, warna sewarna kulit, pink, cokelat hingga kehitaman, bentuk bulat atau oval, simetris, berukuran kecil dengan diameter hingga 6 mm, berbatas tegas

Predileksi: Dapat ditemukan di seluruh area permukaan kulit

Diagnosis Banding: Dysplastic melanocytic nevus, *Cafe-au-lait macule*, Blue nevus, Nevus spilus, Spitz nevus, Cutaneous melanoma

Pemeriksaan Penunjang: Dermoskopi, histopatologi

Medikasi: Bedah skapel, elektrokauterisasi, bedah beku (*cryosurgery*), dermabrasi, laser

Edukasi:

- ❖ Nevus pigmentosus tidak berbahaya dan cenderung aman bila dibiarkan tanpa terapi. Namun jika terasa mengganggu (mudah iritasi saat mengenakan pakaian, sisir, alat cukur), mengganggu penampilan atau bila dicurigai keganasan maka lesi dapat diangkat
- ❖ Hindari paparan sinar matahari langsung. Gunakan pakaian yang menutupi lengan dan tungkai, topi dan kacamata hitam untuk melindungi mata dan kulit sekitar wajah dari paparan sinar matahari
- ❖ Gunakan tabir surya spektrum luas dengan SPF 30 atau lebih, oleskan 20 menit sebelum bepergian, terutama pada area yang masih terpapar sinar matahari
- ❖ Lakukan pemeriksaan kulit secara mandiri atau dengan bantuan orang lain. Periksa seluruh bagian tubuh termasuk bagian ketiak, telapak, sela jari. Jika memiliki tahi lalat yang mengalami perubahan mengarah ke MM (gambaran ABCDE untuk melanoma) yaitu perubahan bentuk, struktur/permukaan, warna, dan pinggir lesi, serta mudah berdarah sebaiknya diperiksakan ke dokter kulit. Jika dicurigai sebagai MM sebaiknya segera diangkat dan dilakukan pemeriksaan histopatologi.

KARSINOMA SEL BASAL



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Sinar ultraviolet, genetik

Gambaran Klinis: Bentuk dini yaitu papul atau nodul mengkilap, berpigmen atau kemerahan, telangiektasis. Bentuk klinis lanjut dapat berupa nodulo ulseratif (ulkus dengan *pearly border*, dan bersifat destruktif), berpigmen, superfisial (plak batas tegas, *pearly border* seperti benang), morfea (makula atau plak padat karena fibrosis, batas tidak tegas, permukaan licin, warna kekuningan), dan fibroepiteloma (nodul bertangkai warna kemerahan)

Predileksi: Kepala dan leher

Diagnosis Banding: Nevus melanositik, Melanoma

Pemeriksaan Penunjang: Histopatologi: gambaran massa tumor berupa pulau-pulau sel basaloid dengan tepi lapisan sel yang intinya tersusun palisade

Medikasi: Bedah skapel, bedah beku, bedah listrik, bedah laser, bedah mohs, radioterapi, krim imiquimod 5%

Edukasi:

- ❖ Beri informasi ke pasien mengenai tindakan operasi apa yang akan dilakukan serta prognosis penyakit yang diderita
- ❖ Lokasi KSB sering terdapat di daerah wajah, bila terdapat benjolan yang teraba keras, dan terlihat ada pembuluh darah kecil dari pinggir benjolan yang mengarah ke tengah benjolan harus dicurigai KSB
- ❖ KSB merupakan jenis kanker kulit yang jarang bermetastasis tetapi dapat menjadi destruktif pada jaringan sekitarnya sehingga dianjurkan untuk diangkat
- ❖ Hindari paparan sinar matahari langsung. Gunakan pakaian yang menutupi lengan dan tungkai, topi dan kacamata hitam untuk melindungi mata dan kulit sekitar wajah dari paparan sinar matahari
- ❖ Gunakan tabir surya spektrum luas dengan SPF 30 atau lebih, oleskan 20 menit sebelum bepergian, terutama pada area yang masih terpapar sinar matahari
- ❖ Lakukan deteksi dini pada kulit dengan memeriksa sendiri atau dengan bantuan orang lain. Periksalah

seluruh bagian tubuh termasuk bagian ketiak, telapak, sela jari. Jika memiliki lesi kulit yang baru atau mengalami perubahan bentuk, ukuran, dan warna sebaiknya periksakan ke dokter kulit.

KARSINOMA SEL SKUAMOSA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Sinar ultraviolet, radiasi, riwayat karsinoma in situ dan lesi prekursor, genetik, trauma atau inflamasi kronik pada kulit, karsinogen, infeksi Human Papilloma Virus, immunosupresi, obat immunosupresi dan yang menimbulkan fotosensitasi

Gambaran Klinis: Plak atau nodul teraba padat, berwarna kulit hingga eritematosa, dapat menjadi verukosa, berbenjol-benjol atau berulkus dengan tepi yang tidak jelas

Predileksi: Wajah, leher, lengan bawah, tungkai (daerah yang sering terpapar matahari)

Diagnosis Banding: Hiperkeratotik keratosis seboroik, keratoakantoma, ulkus atau granuloma kronik, melanoma yang amelanotik, KSB

Pemeriksaan Penunjang: Histopatologi: massa sel tumor terdiri atas sel skuamosa dan sel atipik yang menginvasi ke dermis

Medikasi: Bedah skapel, bedah listrik, bedah mohs, radioterapi, sitostatik 5-fluorourasil intralesi

Edukasi:

- ❖ Beri informasi ke pasien mengenai tindakan operasi apa yang akan dilakukan serta prognosis penyakit yang diderita
- ❖ KSS yang ditemukan dini dapat diterapi dengan mudah. Namun bila tidak segera diobati dapat invasif dan bermetastasis sehingga akan lebih sulit untuk diobati dan kemungkinan menjadi rekuren
- ❖ KSS merupakan jenis kanker kulit yang dapat bermetastasis sehingga dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan penunjang lain seperti foto rontgen, CT scan, dan MRI
- ❖ Hindari paparan sinar matahari langsung, radiasi ataupun bahan kimia yang bersifat karsinogenik
- ❖ Gunakan pakaian yang menutupi lengan dan tungkai, topi dan kacamata hitam untuk melindungi mata dan kulit sekitar wajah dari paparan sinar matahari
- ❖ Gunakan tabir surya spektrum luas dengan SPF 30 atau lebih, oleskan 20 menit sebelum bepergian, terutama pada area yang masih terpapar sinar matahari

- ❖ KSS dapat timbul akibat luka tidak sembuh lebih dari 3 bulan, Lupus erimatosus diskoid, dan Kutil kelamin yang besar (*Giant condyloma acuminata*)
- ❖ Lakukan deteksi dini pada kulit dengan memeriksa sendiri atau dengan bantuan orang lain. Periksalah seluruh bagian tubuh termasuk bagian ketiak, telapak, sela jari. Jika memiliki lesi yang permukaannya kasar atau luka yang tidak kunjung sembuh lebih dari 3 bulan sebaiknya diperiksakan ke dokter spesialis kulit

MELANOMA MALIGNA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Sinar matahari (ultraviolet), genetik

Gambaran Klinis: Lesi asimetris (A: *asymmetry*), batas iregular (B: *border*), warna lesi iregular bermacam-macam (C: *color*), diameter 6 mm atau lebih (D: *diameter*), dan perkembangan lesi cepat (E: *evolving*). Dibagi menjadi *Superficial spreading melanoma*, *Nodular melanoma*, *Lentigo maligna melanoma*, *Acral lentiginous melanoma*, *Melanoma amelanotik*

Predileksi: Wajah, tubuh, ekstremitas

Diagnosis Banding: KSB berpigmen, Tumor jinak yang berpigmen atau kehitaman (*Keratosi seboroik*, *Nevus melanositik*, *Angiokeratoma tipe nodular*)

Pemeriksaan Penunjang: Histopatologi: melanosit yang menginvasi epidermis dan dermis

Medikasi: Bedah skapel, kemoterapi, imunoterapi, terapi biologis, dan radioterapi

Edukasi:

- ❖ Beri informasi ke pasien mengenai tindakan operasi apa yang akan dilakukan serta prognosis penyakit yang diderita
- ❖ Melanoma merupakan jenis kanker kulit yang cepat bermetastasis sehingga dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan penunjang lain seperti foto rontgen, CT scan, dan MRI
- ❖ Risiko terkena atau rekurensi MM menjadi lebih tinggi bila ada anggota keluarga yang menderita MM atau pernah menderita MM, oleh karena itu anggota keluarga lain sebaiknya segera periksa ke dokter
- ❖ Hindari paparan sinar matahari langsung. Gunakan pakaian yang menutupi lengan dan tungkai, topi dan kacamata hitam untuk melindungi mata dan kulit sekitar wajah dari paparan sinar matahari
- ❖ Gunakan tabir surya spektrum luas dengan SPF 30 atau lebih, oleskan 20 menit sebelum bepergian, terutama pada area yang masih terpapar sinar matahari
- ❖ Lakukan deteksi dini pada kulit dengan memeriksa sendiri atau dengan bantuan orang lain. Periksalah

seluruh bagian tubuh termasuk bagian ketiak, telapak, sela jari. Jika memiliki tahi lalat mengalami perubahan bentuk mengarah ke MM (gambaran ABCDE untuk melanoma) yaitu perubahan bentuk, struktur/ permukaan, warna, dan pinggir lesi, serta mudah berdarah sebaiknya diperiksakan ke dokter spesialis kulit. Jika dianggap berisiko menjadi MM sebaiknya segera diangkat.

PENYAKIT AUTOIMUN

PSORIASIS VULGARIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Genetik, imun, faktor endokrin, stres, infeksi fokal

Gambaran klinis: Fase awal: plak, eritema batas tegas merata skuama di atas lesi berlapis-lapis, kasar, warna putih seperti mika, transparan, fenomena tetesan lilin, *auspitz*, *kobner sign*. Fase penyembuhan: eritema di perifer. Lesi terlihat jelas berbeda dibanding kulit normal

Predileksi:

- ❖ Psoriasis plakata: *scalp*, siku, lutut, punggung, lumbal, retroaurikuler, palmar dan plantar
- ❖ Psoriasis inversa: daerah intertriginosa, glans penis, aksila
- ❖ Psoriasis gutata: badan, ekstremitas dan kepala
- ❖ Psoriasis pustulosa: ekstremitas sampai seluruh tubuh (psoriasis *von Zumbusch*)

Pemeriksaan Penunjang: Pemeriksaan histopatologi akan memberikan gambaran masa sel epidermis yang meningkat

Diagnosis banding: Dermatitis seboroik, Sifilis stadium II, Dermatitis seboroik

Medikasi:

- ❖ Topikal: emolien, kortikosteroid, keratolitik seperti Asam salisilat, Retinoid, Kalsipotriol, Tar, LCD 3-10%
- ❖ Sistemik: Metotreksat 2,5-5 mg selang 12 jam dapat ditingkatkan secara bertahap, Siklosporin 2,5-4 mg/kgBB/hari dosis terbagi, Retinoid 10-50 mg/hari, Mofenil mikofenolat 500-750 mg 2 kali/hari, *Sulfasalazine* 500 mg 3 kali/hari
- ❖ Fototerapi
- ❖ Agen biologik

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat penyakit seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit

- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Hindari stres karena dapat memicu timbulnya penyakit
- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit
- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebihan karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan lebih gatal. Apabila keringatan segera mandi atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Menghindari faktor pencetus (infeksi, obat-obatan, stres dan merokok), sering dicetuskan oleh infeksi kronis, seperti karies gigi
- ❖ Kontrol secara teratur dan rajin minum obat
- ❖ Psoriasis mempunyai efek *kobner*, dimana garukan dapat memicu timbulnya lesi baru, untuk daerah rambut sehingga bila menyisir hindari kontak sisir dengan kulit rambut, melainkan hanya rambut yang disisir

VITILIGO (lihat bagian kelainan pigmentasi)

ALOPESIA AREATA (lihat bagian kelainan rambut)

PENYAKIT KELAINAN KELENJAR DAN AKNEIFORM

AKNE VULGARIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kelainan endokrin, penyumbatan folikel polisebasea, produksi sebum berlebih, kolonisasi bakteri *Propionibacterium acne*, dan peradangan

Gambaran klinis: Gejala subyektif berupa rasa gatal dan nyeri ringan. Lesi polimorfik berupa komedo (*black/whitehead*), papul, pustul, nodus, kista. Diklasifikasikan menjadi ringan, sedang dan berat berdasarkan jumlah lesi

Predileksi: Wajah, leher, bahu, lengan atas, dada, punggung

Pemeriksaan penunjang: Tidak ada pemeriksaan khusus

Diagnosis banding: Rosasea, Dermatitis perioral, Erupsi akneiformis, Folikulitis

Medikasi:

- ❖ Derajat ringan: Retinoid topikal, Benzoin peroksida, antibiotik topikal
- ❖ Derajat sedang: Retinoid topikal, Benzoin peroksida, antibiotik oral
- ❖ Derajat berat: Isotretinoin oral, antibiotik oral

Edukasi:

- ❖ Akne merupakan penyakit multifaktorial yaitu kombinasi dari penyumbatan pori-pori, produksi sebum berlebih, bakteri *Propionibacterium acne*, dan peradangan
- ❖ Akne vulgaris memiliki beberapa faktor risiko, yaitu:
 - Genetik/ keturunan. Jika keluarga menderita jerawat, maka besar risiko pasien akan menderita jerawat juga
 - Usia: usia remaja memiliki prevalensi lebih tinggi dikarenakan masa pubertas
 - Jenis kulit berminyak berisiko menderita akne lebih besar
 - Gaya hidup: merokok, konsumsi makanan tinggi gula, stres, kurang olah raga, kurang tidur

- Kosmetik: bedak yang tebal seperti *foundation*, *concealer* dapat menyumbat pori-pori
- ❖ Hindari pencetus seperti stres, makanan manis, berminyak, pedas, produk susu, coklat, serta telur
- ❖ Hindari menggaruk, memencet atau mengelupas jerawat untuk mencegah timbulnya skar
- ❖ Waktu *turn-over* sel epitel kulit membutuhkan waktu, sehingga tatalaksana juga butuh waktu dan tidak bisa secara instan
- ❖ Hindari mencoba-coba atau mengganti produk perawatan kulit sebelum berkonsultasi dengan dokter spesialis kulit dan kelamin
- ❖ Pengobatan akne yang diberikan berdasarkan derajat keparahan akne. Tidak dianjurkan untuk menggunakan obat anti akne secara sembarangan sebelum konsultasi ke dokter
- ❖ Tingkatkan *personal hygiene*, rutin cuci muka 2 kali sehari, dan hindari memegang wajah sebelum mencuci tangan
- ❖ Gunakan kosmetik atau produk perawatan kulit non-komedogenik
- ❖ Rutin membersihkan alat *make up* seperti *sponge* bedak atau kuas
- ❖ Jika wanita ingin hamil atau sedang hamil, dilarang menggunakan Tretinoin sebagai terapi

- ❖ Dapat terjadi efek samping pengobatan akne seperti kulit akan mengelupas setelah menggunakan Retinoid
- ❖ Gunakan tabir surya saat keluar rumah pada siang hari

ROSACEA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Tidak diketahui. Beberapa hipotesis faktor pencetus yaitu alkohol, stres emosional, *demodex folliculorum*, musim, paparan sinar matahari, makanan pedas, obat, dan hormonal

Gambaran klinis: Eritema, telangiektasia, papul, edema, pustul. Tidak ditemukan komedo. Papul tidak terasa nyeri. Stadium awal: eritema tanpa sebab atau karena sengatan matahari lalu timbul telangiektasis. Stadium 2: timbul papul, pustul dan edema, eritem persisten, banyak telangiektasis. Stadium 3: eritema persisten, telangiektasis papul, pustul, nodul yang banyak dan edema dengan hipertrofi jaringan

Predileksi: Wajah bagian sentral yaitu hidung, pipi, dagu, dahi, alis, umumnya simetris

Diagnosis banding: Akne vulgaris, Dermatitis seboroik, Dermatitis perioral, Lupus eritematosus

Medikasi:

❖ Topikal:

- Tetrasiklin, Klindamisin, atau Eritromisin salap 0,5-2%
- Metronidazol 0,75%-2%
- Krim imidazol \pm sulfur 2-5%
- Isotretinoin krim 0,2%
- Antiparasit (Lindane, Krotamiton, Bensil benzoate)
- Steroid potensi rendah untuk stadium berat

❖ Sistemik:

- Tetrasiklin 2x500 mg, Doksisisiklin 2x100 mg, Minosiklin 1x50 mg, atau Eritromisin 2x500 mg
- Isotretinoin 0,5-1mg/kgBB/hari
- Metronidazole 2x500 mg

Edukasi:

- ❖ Taat pengobatan karena penyakit ini memerlukan waktu penyembuhan yang cukup lama dan bisa terjadi *flare up* setelah remisi apabila pengobatan tidak konsisten
- ❖ Hindari menggaruk atau menggosok wajah
- ❖ Gunakan sabun cuci muka yang lembut dan tidak mengandung bahan *abrasive* karena dapat mengiritasi

kulit

- ❖ Kenali dan hindari faktor pencetus yang dapat memperparah kondisi Rosasea
- ❖ Hindari paparan sinar matahari. Gunakan pelindung yang dapat melindungi wajah seperti topi atau payung dan juga *sunscreen* dengan SPF ≥ 30 dan berspektrum luas saat keluar rumah di siang hari
- ❖ Hindari merokok, alkohol, kopi, pedas, cuaca panas untuk mengurangi rangsangan eritema
- ❖ Hindari penggunaan *skin care* yang mengandung bahan iritatif
- ❖ Beri dukungan emosional kepada pasien karena penyakit ini dapat menimbulkan stres, ansietas dan tidak percaya diri dalam diri pasien
- ❖ Penggunaan *foundation* berwarna hijau dapat membantu menyamarkan eritema dan telangiectasis

DERMATITIS PERIORAL



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Krim yang mengandung steroid, angin, sinar ultraviolet, hormon, pasta gigi dengan kandungan flourida, pil kontrasepsi oral

Gambaran klinis : Papul eritematosa, tidak bersisik, terasa perih, panas dan gatal

Predileksi: Sekitar mulut dan dagu

Pemeriksaan penunjang: *Skin patch test*

Diagnosis banding: Akne rosacea, Akne vulgaris, Dermatitis seboroik, Dermatitis Kontak Alergi

Medikasi: Antibiotik oral, antihistamin, kortikosteroid topikal potensi ringan

Edukasi

- ❖ Penyakit ini terjadi akibat reaksi terhadap zat iritan

- ❖ Hindari pajanan etiologi. Dianjurkan untuk menggunakan masker saat keluar rumah
- ❖ Hindari menggaruk atau menyentuh lesi kulit karena dapat iritasi dan infeksi
- ❖ Gunakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 saat keluar rumah di pagi atau siang hari
- ❖ Hindari pemakaian krim atau produk perawatan wajah yang mengandung kortikosteroid
- ❖ Konsultasi ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk pilihan *skin care* yang tepat
- ❖ Hindari makan makanan pedas
- ❖ Ganti jenis alat kontrasepsi jika diperlukan
- ❖ Kontrol secara teratur sesuai waktu yang ditentukan oleh dokter
- ❖ Dermatitis perioral memiliki risiko kekambuhan yang cukup tinggi

HIDRADENITIS SUPURATIVA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Infeksi kelenjar apokrin akibat *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*

Gambaran klinis: Ruam berupa nodus disertai kelima tanda radang akut, dapat terbentuk sikatriks di daerah ketiak atau perineum, didahului trauma/mikrotrauma seperti penggunaan deodoran atau setelah menggunting serta mencukur rambut aksila

Predileksi: Aksila dan perineum (daerah yang banyak kelenjar apokrin)

Pemeriksaan Penunjang: Pewarnaan gram

Diagnosis banding: Skrofuloderma

Medikasi:

- ❖ Sistemik (antibiotik oral seperti Amoksisilin 3x500 mg/hari, Sefadroksil 2x500 mg/hari)
- ❖ Injeksi antibiotik secara intravena, seperti *Ceftriaxone* 1-2 g tergantung berat ringannya penyakit dan berat badan
- ❖ Kompres terbuka jika lesi belum melunak dengan Permanganas kalikus 1/5000, Asam salisilat 0,1%, rivanol 1%, larutan *Povidone iodine* 1% diberikan 3 kali sehari dengan lama waktu setengah sampai satu jam selama keadaan akut
- ❖ Insisi jika telah terbentuk abses
- ❖ Eksisi kelenjar apokrin pada kasus yang kronik residif

Edukasi:

- ❖ Tidak boleh digaruk atau memecahkan abses karena dapat menyebabkan infeksi yang lebih parah
- ❖ Deodoran yang tidak tepat dapat menimbulkan iritasi dan daerah tersebut terdapat bakteri yang cukup banyak. Kondisi iritasi dimana kulit sedang tidak utuh maka mudah terjadi infeksi. Jangan menggunakan deodoran yang dapat menyebabkan terbentuknya lesi kembali. Berhati-hati dalam memilih deodoran dan bila perlu konsultasi serta berobat ke dokter
- ❖ Berhati-hati dalam mencukur dan menggunting rambut aksila, kebersihan alat yang digunakan perlu diperhatikan

kesterilannya. Sesudah melakukan pencabutan atau pencukuran rambut daerah tersebut harus dibersihkan lagi dengan cairan antiseptik untuk menghindari terjadinya infeksi

- ❖ Menjaga higiene perorangan untuk mencegah infeksi berulang
- ❖ Rajin memotong kuku untuk mengurangi kontaminasi
- ❖ Mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang sesuatu yang kotor, apalagi sesudah memegang lesi, karena daerah lesi mengandung banyak bakteri yang bisa menular
- ❖ Menjaga kebersihan dengan mandi dua kali sehari dengan sabun, boleh dengan sabun antiseptik
- ❖ Hindari sementara aktifitas yang memicu keringat berlebih dan memicu gesekan pada lesi. Bila keringatan, segera mandi atau dilap dan ganti pakaian segera
- ❖ Hindari terjadinya gesekan antara kulit dengan pakaian. Jangan menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya gunakan pakaian longgar berbahan katun yang menyerap air dan keringat
- ❖ Penting menghabiskan antibiotik yang diberikan untuk mencegah resistensi. Pengobatan antibiotik topikal dilakukan sampai kulitnya sembuh seperti kulit disekitarnya

- ❖ Kasus ini sering kronis (bertahun-tahun) dan sering menjadi infeksi berulang. Bila keluhan tidak sembuh dengan terapi di atas, atau timbul lebih dari 1 bagian tubuh, maka segera berobat ke spesialis kulit dan dapat dipertimbangkan untuk dilakukan operasi
- ❖ Pencegahan penyakit dengan menghindari faktor risiko. Salah satu faktor risiko yaitu obesitas sehingga dianjurkan untuk menjaga berat badan tetap ideal. Faktor risiko lain yaitu merokok, diabetes mellitus, kontrasepsi hormonal

MILIARIA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi : Oklusi duktus ekrin (menyebabkan retensi keringat); suhu panas; keadaan lembab

Gambaran klinis :

- ❖ Miliaria kristalina: vesikel milier (1-2 mm) subkorneal, tidak ada tanda radang, mudah pecah dan deskuamasi dalam beberapa hari
- ❖ Miliaria rubra: vesikel milier atau papulovesikel di atas dasar eritematosa yang tersebar diskret
- ❖ Miliaria pustulosa: miliaria rubra yang menjadi pustul
- ❖ Miliaria profunda: papul putih, tanpa tanda radang

Predileksi: Daerah kepala dan punggung

Diagnosis banding: Campak/morbilli, erupsi obat morbiliformis, eritema toksikum neonatorum, folikulitis

Pemeriksaan penunjang : Tidak ada pemeriksaan khusus

Medikasi:

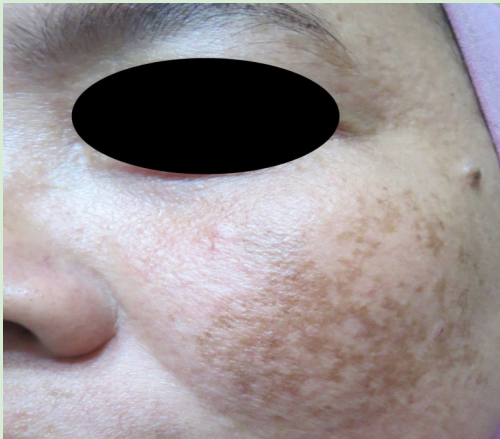
- ❖ Bedak kocok dengan kandungan kalamina dan mentol
- ❖ Kortikosteroid topikal
- ❖ Antibiotik topikal jika ada infeksi sekunder
- ❖ Lanolin anhidrous, Isotretinoin untuk miliaria profunda

Edukasi

- ❖ Penyakit ini biasa dikenal sebagai biang keringat oleh masyarakat dan penyebabnya adalah sumbatan jalan keluar kelenjar keringat
- ❖ Dianjurkan untuk mandi tiap berkeringat, tiap selesai olah raga atau aktivitas
- ❖ Rutin melakukan eksfoliasi kulit/*scrub* 1-2x seminggu
- ❖ Untuk miliaria kristalina biasanya akan sembuh sendiri dengan perubahan gaya hidup. Miliaria rubra butuh obat-obatan anti radang seperti kortikosteroid. Miliaria pustulosa memerlukan antibiotik topikal.
- ❖ Sering ganti pakaian jika berkeringat, hindari penggunaan pakaian ketat dan yang tidak menyerap keringat
- ❖ Tidak menggaruk lesi agar tidak iritasi dan infeksi

KELAINAN PIGMENTASI

MELASMA



Etiologi: Idiopatik, sinar ultraviolet, hormon, kehamilan, genetik, ras dan pemakaian kontrasepsi oral, obat-obatan, kosmetik

Gambaran klinis: Makula coklat muda-tua numular/plakat, simetris, batas tegas, tepi tidak teratur/ireguler

Predileksi: Pipi, hidung, dagu, pelipis, dahi, bibir atas

Pemeriksaan penunjang: Lampu *wood*

Diagnosis banding: Lentigo, Efelid, Hiperpigmentasi pasca inflamasi, Lentigo senilis, *Drug-induced hyperpigmentation*, Lichen planus pigmentosus, Dermatitis kontak

Medikasi:

- ❖ Topical:
 - a. Hidroquinon 2-5% krim, gel, losio
 - b. Asam retinoat 0,05%-0,1% krim dan gel
 - c. Asam azeleat 20% krim
 - d. Asam glikolat 8-15% krim, gel, losio
 - e. Asam kojik 4%
- ❖ Sistemik: Asam askorbat/vitamin C, Glutation, *Pycnogenol*, *Proanthocyanidin-rich*
- ❖ Bedah kimia:
 - a. Larutan Asam glikolat 20-70%
 - b. Larutan Asam trikloroasetat 10-30%
 - c. Larutan Jessner
- ❖ Dermabrasi
- ❖ Kamouflage kosmetik
- ❖ Bedah laser

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat penyakit seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit

- ❖ Hindari pajanan sinar matahari yang berlebihan terutama pukul 08.00 sampai 16.00, sebaiknya menggunakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 dianjurkan 30 menit setiap sebelum terkena pajanan sinar matahari atau alat proteksi lainnya seperti payung atau pakaian pelindung
- ❖ Gunakan SPF jika sedang berenang dan ulangi tiap 2 jam atau lebih sering
- ❖ Hindari faktor pencetus seperti menghentikan pemakaian pil kontrasepsi, kosmetik yang berwarna atau berparfum, obat-obatan seperti Hidantoin, Sitostatika, Antimalaria dan Minosiklin
- ❖ Pengobatan cukup membutuhkan waktu dan sebaiknya dengan terapi kombinasi seperti obat topikal dan tindakan, contoh: *peeling* dan bedah laser

LENTIGO/LENTIGINOSIS



Sumber: <http://www.dermatlas.net/atlas/imageinfo.cfm?image=613>

Etiologi: Sinar matahari, terapi PUVA, paparan radiasi, genetik, penggunaan Takrolimus

Gambaran Klinis: Makula hiperpigmentasi batas tegas bentuk bulat atau polisiklik, berwarna coklat muda hingga kehitaman, soliter (lentigo) atau multipel (lentiginosis)

Predileksi: Dapat timbul dimana saja tetapi seringkali pada tempat yang terpapar sinar matahari seperti wajah, punggung tangan

Diagnosis Banding: Efelid, Melasma, *Cafe-au-lait*, Lentigo maligna (Melanoma)

Pemeriksaan Penunjang: Histopatologi: peningkatan sel melanosit pada lapisan basal epidermis

Medikasi: *Cryotherapy*, elektrokauterisasi, laser

Edukasi:

- ❖ Lentigo umumnya tidak berbahaya tetapi apabila terjadi perubahan karakteristik seperti bentuk, warna, ukuran, dan timbul gejala seperti gatal atau mudah berdarah sebaiknya segera periksakan ke dokter spesialis kulit
- ❖ Hindari paparan sinar matahari langsung. Gunakan pakaian yang menutupi lengan dan tungkai, topi dan kacamata hitam untuk melindungi mata dan kulit sekitar wajah dari paparan sinar matahari
- ❖ Gunakan tabir surya spektrum luas dengan SPF 30 atau lebih, oleskan 20 menit sebelum bepergian, terutama pada area yang masih terpapar sinar matahari, dan diulang sesudah 2 jam

HIPERPIGMENTASI PASKA INFLAMASI



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Pigmentasi akibat inflamasi sebelumnya, contoh: reaksi alergi, infeksi, trauma, paparan sinar ultraviolet

Gambaran klinis: Makula coklat kehitaman dengan batas difus pada tempat terjadinya kelainan kulit primer

Predileksi: Tidak spesifik

Diagnosis banding: Melasma, Efelid, Lentigo, *Acanthosis nigricans*, *Tinea versicolor*

Medikasi:

- ❖ Topikal: Hidrokinon, Asam retinoat, Asam azeleat
- ❖ Sistemik: Asam askorbat
- ❖ Tindakan khusus: *peeling* dan bedah laser

Edukasi:

- ❖ Hindari pajanan sinar matahari yang berlebihan terutama pukul 08.00 sampai 16.00, sebaiknya menggunakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 atau alat proteksi lainnya seperti payung atau pakaian pelindung
- ❖ Gunakan tabir surya jika sedang berenang dan ulangi tiap 2 jam atau lebih sering
- ❖ Cegah dan obati faktor pencetus seperti *acne* vulgaris, trauma, alergi kosmetik dan lain-lain
- ❖ Pengobatan cukup membutuhkan waktu dan sebaiknya terapi kombinasi seperti obat topikal dan tindakan, contoh: *peeling* dan bedah laser
- ❖ Setiap ada kelainan kulit atau infeksi sebaiknya segera kontrol ke dokter untuk mencegah hiperpigmentasi *post* inflamasi yang sering terjadi

HIPOPIGMENTASI PASKA INFLAMASI



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Dermatitis yang disertai inflamasi

Gambaran klinis: Makula keputihan batas difus pada tempat terjadinya kelainan kulit primer, terlihat samar-samar

Predileksi: Tidak spesifik

Diagnosis banding: *Pitiriasis versicolor*, Vitiligo, Albino

Medikasi:

Kortikosteroid topikal seperti Triamsinolon asetonid 0,1%, Flusinolone asetat 0,01%, Betametason Valerat 0,1-0,2%, Halometason 0,05%, *Fluticasone propionate* 0,05% dan Klobetasol propionate 0,05%

Edukasi:

- ❖ Hindari paparan sinar matahari yang berlebihan terutama pukul 08.00 sampai 16.00, sebaiknya menggunakan

tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 atau alat proteksi lainnya seperti payung atau pakaian pelindung

- ❖ Gunakan tabir surya jika sedang berenang dan ulangi tiap 2 jam atau lebih sering
- ❖ Bila tidak ada perbaikan dengan obat oles, diperlukan tindakan seperti *peeling*, laser dan injeksi

VITILIGO



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Genetik, autoimun

Gambaran klinis: Depigmentasi kronis berupa makula putih susu homogen/seperti kapur berbatas tegas dan jelas dengan kulit normal bertambah besar secara progresif akibat hilangnya melanosit fungsional. Kelainan tidak terjadi sejak lahir

Predileksi: Generalisata (fase awal: pada kulit, membran mukosa dan rambut)

Pemeriksaan penunjang: Lampu *wood*

Diagnosis banding: *Pitiriasis versicolor*, Albino, Hipopigmentasi pasca inflamasi, *Tinea versicolor*, Nevus anemikus, Nevus depigmentosus, Piebaldism, Hipomelanosis gutata

Medikasi:

- ❖ Psoralen dan UVA (PUVA)
- ❖ *Narrowband* UVB
- ❖ Kortikosteroid topikal seperti Triamsinolon asetonid 0,1%, Flusinolol asetat 0,01%, Betametason Valerat 0,1-0,2%, Halometason 0,05%, Fluticasone propionate 0,05% dan Klobetasol propionate 0,05%
- ❖ Inhibitor kalsineurin seperti Takrolimus dan Pimekrolimus
- ❖ Terapi laser
- ❖ Bedah

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Menghindari gesekan, garukan, benturan, laserasi, luka bakar, trauma fisik seperti pemakaian jam tangan, celana yang terlalu ketat, menyisir rambut terlalu keras, atau saat menggosok handuk yang menyebabkan fenomena *koebner* sehingga muncul lesi depigmentasi baru pada lokasi trauma
- ❖ Menghindari stres
- ❖ Menghindari pajanan sinar matahari yang berlebihan terutama pukul 08.00 sampai 16.00, sebaiknya menggunakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30

atau alat proteksi lainnya seperti payung atau pakaian pelindung

- ❖ Gunakan SPF jika sedang berenang dan ulangi tiap 2 jam atau lebih sering
- ❖ Menjelaskan bahwa penyakit Vitiligo merupakan penyakit kulit yang kronis progresif, tidak menular, respon pengobatan setiap orang berbeda-beda dan bersifat genetik
- ❖ Makan makanan bergizi seperti sayuran, buah, makanan tinggi protein seperti ikan, telur, tahu dan tempe
- ❖ Melakukan pemeriksaan kesehatan untuk menghindari faktor risiko terkena penyakit seperti Tiroid, Anemia perniosa, Diabetes mellitus karena penyakit ini banyak diderita oleh penderita Vitiligo
- ❖ Pemberian obat topikal di daerah vitiligo sebaiknya 1 mm di dalam lesi, jangan melewati lesi karena dapat menyebabkan hiperpigmentasi pada daerah yang dioles
- ❖ Pengobatan yang dilakukan membutuhkan waktu satu hingga beberapa tahun, tergantung luasnya
- ❖ Selama terapi, tetap harus rajin kontrol (bila obat habis), bila terjadi lepuh pada kulit, harus segera diobati dan obat oles yang sedang digunakan sementara di stop, kadang bila terjadi lepuh, gatal dan merah pada daerah lesi, sering menandakan adanya perbaikan

ALBINISM



<https://www.healthline.com/health/albinism>

Etiologi: 4 kelainan autosomal resesif (kelainan bawaan pada sintesis melanin)

Gambaran klinis: Pengurangan pigmen yang nyata pada kulit, rambut dan mata. Penderita biasanya mengalami fotofobia dan kelainan pada mata serta ekspresi muka yang khas karena efek silau

Predileksi: Kulit, rambut, mata

Diagnosis banding: *Pitiriasis versicolor*, Vitiligo, Hipopigmentasi paska inflamasi, *Ichthyosis*

Medikasi:

- ❖ Psoralen dan UVA (PUVA)
- ❖ UVB spektrum sempit

- ❖ Kortikosteroid topikal seperti Triamsinolon asetonid 0,1%, Flusinolone asetat 0,01%, Betametason Valerat 0,1-0,2%, Halometason 0,05%, Fluticasone propionate 0,05% dan Klobetasol propionate 0,05%
- ❖ Terapi depigmentasi

Edukasi:

- ❖ Bila terdapat infeksi seperti di atas, segera berobat ke dokter spesialis kulit
- ❖ Konsultasi ke dokter spesialis mata agar mendapatkan pengobatan yang optimal untuk indra penglihatannya serta gunakan kacamata yang tepat jika terdapat masalah pandangan
- ❖ Hindari paparan sinar matahari yang berlebihan terutama pukul 08.00 sampai 16.00, sebaiknya menggunakan tabir surya yang mengandung SPF ≥ 30 atau alat proteksi lainnya seperti payung atau pakaian pelindung
- ❖ Gunakan SPF jika sedang berenang dan ulangi tiap 2 jam atau lebih sering
- ❖ Hindari pernikahan dengan keluarga dekat ataupun keluarga dengan riwayat penyakit Vitiligo/Albino

KELAINAN RAMBUT

TELOGEN EFLUVIUM



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Faktor hormonal, nutrisi, obat, bahan kimia serta penyakit kulit & sistemik akut, *post partum*, Paska febris, Psikis

Gambaran Klinis: Kerontokan rambut yang semakin banyak dari biasa, rambut terasa lebih tipis. Fase akut jika

terjadi kurang dari 6 bulan, jika lebih dari 6 bulan termasuk fase kronik. Biasanya tidak ditemukan alopesia areata pada pasien dan tidak ada keluhan kerontokan rambut pada area tubuh lain.

Pemeriksaan penunjang: *Hair pull test, Trichoscopy*

Diagnosis banding: Alopesia androgen, Alopesia areata

Medikasi:

- ❖ Bergantung pada faktor penyebab
- ❖ Transplantasi rambut bukan merupakan pilihan yang efektif untuk Telogen efluvium
- ❖ Pemberian Minoksidil dapat membantu proses pertumbuhan rambut

Edukasi:

- ❖ Normalnya jumlah rambut yang rontok per hari sekitar 50-100 helai. Jika lebih maka kerontokan rambut dapat disebabkan karena penyakit akut (demam tinggi, infeksi berat, operasi major, trauma berat), penyakit kronik (Malignansi, Sistemik lupus eritematosus, Gagal ginjal kronis, Insufisiensi hepar), perubahan hormonal (Kehamilan, Hipotiroid), perubahan diet (Anoreksia, diet rendah protein, Anemia defisiensi besi kronik), bahan kimia (Selenium, Arsenik, Thallium), obat-obatan (Beta bloker, antikoagulan, Retinoid, PTU,

Carbamazepine), dan stres psikologi. Segera hindari dan tatalaksana penyebab kerontokan

- ❖ Kerontokan biasanya terjadi sekitar 1-3 bulan setelah timbulnya penyebab
- ❖ Sisir dan *style* rambut dengan lembut. Hindari *blow drying*, meluruskan, atau mengeriting rambut hingga kondisi membaik
- ❖ Hindari mewarnai rambut karena dapat semakin merusak rambut dan menghambat pertumbuhan rambut
- ❖ Pada umumnya kerontokan dapat membaik secara spontan dalam waktu 6 bulan. Tatalaksana fokus pada mengobati penyebab dasar kerontokan, sehingga pasien harus bersabar

ALOPESIA ANDROGENIKA/ MALE PATTERN ALOPECIA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Peningkatan kadar dihidrotestosteron akibat suseptibel terhadap hormon androgen

Gambaran Klinis: Penipisan rambut, warna semakin pucat, rambut rontok bertahap mulai dari vertex & frontal garis rambut anterior mundur dan dahi menjadi semakin luas. Hamilton membagi menjadi 8 tipe:

- ❖ 1: Rambut masih penuh
- ❖ 2: Pengurangan rambut pada kedua temporal
- ❖ 3: *Border line*

- ❖ 4: Pengurangan rambut daerah frontotemporal dan midfrontal
- ❖ 5: Tipe 4 yang memberat
- ❖ 6: Seluruh kelainan menjadi satu
- ❖ 7: Alopesia luas yang dibatasi pitak rambut jarang
- ❖ 8: Kebotakan menyeluruh hanya menyisakan rambut di belakang dan pinggir kepala

Diagnosis banding: Telogen effluvium, Alopesia areata stadium dini

Medikasi:

- ❖ *Finasteride* 1 mg
- ❖ Spironolakton 50-300 mg/hari
- ❖ Siproteron asetat 2 mg + etinil estradiol 50 mg selama 21 hari
- ❖ Minoksidil 1-5%
- ❖ Transplantasi rambut
- ❖ *Stem cell*
- ❖ Platelet rich plasma

Edukasi:

- ❖ Kebotakan terjadi akibat keturunan atau genetik. Jika orang tua atau keluarga dekat pasien ada yang mengalami kebotakan, maka risiko untuk terjadi pada pasien cukup besar

- ❖ Pengobatan sistemik dengan Minoksidil, Finasteride terkadang memiliki efek samping mual, sakit kepala, penambahan berat badan, penurunan libido. Jika mengonsumsi obat ini akan membutuhkan waktu 4 bulan hingga 1 tahun untuk memberikan hasil yang maksimal, sehingga penggunaannya harus dalam jangka waktu panjang. Bila obat berhenti dikonsumsi, maka kerontokan rambut akan terjadi kembali
- ❖ Terapi sebaiknya dilakukan secara teratur dan berkelanjutan untuk mempertahankan kondisi rambut yang masih ada
- ❖ Hindari stres berlebih karena stres dapat meningkatkan produksi hormon seks pada tubuh yang memicu kebotakan
- ❖ Kenakan *wig* untuk meningkatkan percaya diri
- ❖ Saat ini terdapat beberapa terapi kebotakan baru yang menjanjikan, seperti menggunakan *platelet rich plasma*, *stem cell*, dan transplantasi rambut. Disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter kulit dan kelamin untuk menentukan terapi mana yang paling cocok untuk masing-masing kondisi

ALOPESIA AREATA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Faktor genetik, riwayat atopi, kelainan imunologi, stres

Gambaran Klinis: Kebotakan yang berbatas tegas, berbentuk bulat, licin, biasanya terjadi dalam durasi yang cepat. Terdapat 3 varian:

- ❖ Alopesia areata: kehilangan rambut pada beberapa area/ lokasi, berbentuk bulat
- ❖ Alopesia areata universalis: kehilangan seluruh rambut pada tubuh
- ❖ Alopesia areata totalis: kehilangan semua rambut pada kepala

Alopesia areata tidak hanya terjadi pada rambut kepala, namun dapat terjadi pada seluruh bagian tubuh termasuk

alis, bulu mata, janggut, dan bagian tubuh lain. Hal ini terjadi akibat sistem imun tubuh menyerang folikel rambut. Jika terjadi pada kuku, dapat bermanifestasi berupa *dents*, *ridges*, *brittle nails*, kuku berwarna merah.

Diagnosis banding: Tinea kapitis, Alopesia karena Trikotilomania, *Loose anagen syndrome*

Medikasi:

- ❖ Steroid topikal sebagai imunomodulator
- ❖ Siklosporin topikal
- ❖ Isoprinosin
- ❖ Sensitiser topikal
- ❖ Sinar UVA
- ❖ Injeksi *Flamicort* sebulan sekali

Edukasi:

- ❖ Kebotakan terjadi akibat keturunan/genetik dan imunologi. Sel imun tubuh menyerang folikel rambut sehingga terjadi kerontokan rambut
- ❖ Karena alopesia areata disebabkan oleh autoimun, maka pasien perlu dikaji lebih dalam apakah menderita penyakit autoimun lainnya
- ❖ Menggunakan *wig* untuk meningkatkan percaya diri
- ❖ Prognosis kurang baik jika alopesia areata diderita oleh anak-anak, alopesia yang meluas dan disertai kelainan

kuku, memiliki riwayat penyakit autoimun

- ❖ Target terapi adalah untuk mensupresi sistem imun dan mengurangi inflamasi pada folikel rambut. Pasien dapat menerapkan diet anti inflamasi untuk mengurangi respon imun dan mencegah kerontokan rambut berlebih. Perbanyak makan buah dan sayuran seperti *blue berry*, kacang-kacangan, brokoli, bit, daging tanpa lemak, dan ikan laut.
- ❖ Alopesia areata tidak dapat dicegah dan disembuhkan secara total dan suatu saat dapat kambuh kembali, tujuan terapi adalah untuk mencegah perburukan dan rekurensi.

PSORIASIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Faktor genetik, imun, endokrin, stres psikis, infeksi fokal

Gambaran Klinis: Skuama berlapis, kasar, berwarna putih seperti mika, transparan

Berdasarkan karakteristik lesi kulit, dapat diklasifikasikan menjadi:

- ❖ Psoriasis vulgaris: lesi berupa plak eritema, ditutupi skuama keputihan yang tebal, kadang terasa gatal
- ❖ Psoriasis gutata: lesi kulit berupa papul bulat berwarna kemerahan dengan ukuran 1-10 mm dan disertai skuama, sering menimbulkan rasa gatal yang berat
- ❖ Psoriasis inversa: lesi psoriasis yang muncul pada lipatan-lipatan tubuh (ketiak, lipat paha, lipat payudara)

- ❖ Psoriasis pustular: lesi berupa pustul eritema, dapat tersebar secara generalisata pada seluruh tubuh (*von Zumbusch*)

Predileksi: Kulit kepala, perbatasan kulit kepala dan leher

Diagnosis banding: Dermatofitosis, Dermatitis seboroik

Medikasi:

- ❖ Kortikosteroid topikal
- ❖ Kalsipotriol
- ❖ Topikal retinoid
- ❖ Fototerapi
- ❖ Agen biologik

Edukasi:

- ❖ Cegah kekeringan pada kulit. Kulit yang kering akan membuat iritasi dan memperberat gatal. Gunakan pelembab secara teratur
- ❖ Hindari menggunakan produk rambut/kepala dengan pewangi karena dapat semakin mengiritasi
- ❖ Beberapa asupan suplemen tambahan seperti minyak ikan, vitamin D, dan *aloe vera* dapat memperbaiki gejala psoriasis
- ❖ Hindari merokok dan minuman beralkohol
- ❖ Hindari pencetus seperti stres psikis dan infeksi

- ❖ Hindari mengelupas atau menggaruk lesi karena dapat menimbulkan lesi baru dan berisiko infeksi
- ❖ Selalu gunakan pelindung kepala seperti topi atau penutup kepala lainnya karena paparan sinar yang berlebih dapat mengiritasi dan memperburuk psoriasis. Lebih baik berkonsultasi terlebih dahulu ke dokter kulit dan kelamin jika ingin berjemur atau menggunakan terapi sinar
- ❖ Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat dikontrol, namun dapat timbul sewaktu-waktu jika ada pencetusnya
- ❖ Penyakit harus segera ditatalaksana, karena bisa menimbulkan komplikasi pada sendi (Arthritis psoriatik)

TINEA KAPITIS (lihat bagian penyakit jamur)

PENYAKIT LAIN YANG SERING DITEMUKAN

PITIRIASIS ROSEA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kemungkinan HHV-6 atau HHV-7

Gambaran Klinis: Lesi primer: makula/plak serupa kulit/merah muda/*salmon-colored*/hiperpigmentasi yang tegas, diameter 2-4 cm dan berbentuk lonjong atau bulat, skuama halus dipinggir (*herald patch*), gambaran kolaret *di tengah*, soliter. Lesi sekunder: makula/plak merah muda, multipel, ukuran lebih kecil dari lesi primer, berbentuk bulat/lonjong yang mengikuti *Langer lines* (gambaran *Christmas-tree pattern*)

Predileksi: Badan (batang tubuh), lengan bagian proksimal, dan paha/tungkai bawah (menyerupai pakaian renang)

Diagnosis Banding: Tinea korporis, Psoriasis, Sifilis sekunder, Dermatitis seboroik, Dermatitis numularis, Psoriasis gutata, *Pityriasis lichenoides chronica*, Erupsi obat

Medikasi:

- ❖ Topikal: larutan anti pruritus seperti *Calamine lotion*, Bedak asam salisilat yang dibubuhi mentol ½-1%, kortikosteroid topikal
- ❖ Sistemik: antihistamin, Asiklovir 5x800 mg/hari selama 1 minggu, kortikosteroid, Eritromisin 4x250 mg/hari selama 14 hari
- ❖ Fototerapi

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini kadang bisa kambuh bila kondisi tubuh menurun
- ❖ Tidak boleh digaruk karena dapat menyebabkan infeksi sekunder
- ❖ Banyak konsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran, buah, bahan makanan yang mengandung protein seperti ikan, susu, tempe dan tahu
- ❖ Mandi dua kali sehari dengan sabun pH rendah, hipoalergenik, berpelembab untuk memperkuat dan

mempertahankan fungsi sawar kulit dan air hangat kuku tidak lebih dari 10 menit

- ❖ Memberi pelembab setiap habis mandi atau jika merasa lesi kering, dapat diberikan 2-3 kali sehari
- ❖ Hindari tempat yang panas dan aktifitas berlebih karena dapat memicu keringat berlebih. Hal ini dapat menyebabkan rasa lebih gatal, bila keringatan segera mandi, atau dilap dan ganti pakaian jika basah
- ❖ Jangan menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya gunakan berbahan katun yang menyerap air dan keringat
- ❖ Pakaian rajin dicuci setiap habis pakai dengan sabun serta dibilas sampai bersih
- ❖ Bila tidak membaik dengan pengobatan, segera berobat ke dokter spesialis kulit

IKTIOSIS VULGARIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Kelainan genetik

Gambaran Klinis: Biasanya timbul pada tahun pertama kehidupan. Lesi berupa skuama putih keabuan yang luas, skuama melekat di tengah dengan fisura superfisial (*cracking*) pada tepi. Sering disertai dengan keratosis folikularis.

Predileksi: Extremitas bawah tetapi dapat juga lengan dan badan

Diagnosis banding: Iktiosis fetalis, Dermatitis atopik, Iktiosis lamelar

Medikasi: Prinsip → pelembab, hidrasi, keratolitik

- ❖ Salep topikal yang mengandung Urea atau Asam laktat, AHA, Asam glikolat. Hati-hati pada pemberian Asam salisilat terutama pada anak-anak karena ada rasa terbakar/ perih dan berpotensi toksisitas

- ❖ Tretinoin topikal & preparat vitamin D
- ❖ Antibiotik oral & topikal jika disertai infeksi sekunder
- ❖ Retinoid oral

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini disebabkan oleh kelainan genetik yang menyebabkan kumpulan sel kulit mati menumpuk menjadi lapisan tebal dan kering pada permukaan kulit
- ❖ Karena merupakan penyakit genetik, hindari pernikahan dengan keluarga dekat atau dengan keluarga yang memiliki riwayat yang sama
- ❖ Menjelaskan kepada pasien, keluarga atau *care giver* bahwa sampai saat ini belum ada tatalaksana definitif yang menyembuhkan Iktiosis vulgaris dan tatalaksana fokus pada mengontrol penyakit
- ❖ Penyakit ini dapat dicetuskan oleh udara dingin dan kering dan diperingan oleh udara hangat dan lembab
- ❖ Berendam dapat melembabkan kulit dan lakukan *scrubbing* secara lembut dengan spons/sikat lembut untuk mencegah iritasi dan infeksi
- ❖ Segera gunakan pelembab setelah mandi ketika kulit masih dalam keadaan lembab. Gunakan pelembab dengan bahan dasar Urea atau *Propylane glycol* atau *Petroleum jelly*. Dapat juga menggunakan Emolien minimal 2 kali sehari segera setelah mandi

- ❖ Penyakit ini merupakan kelainan kulit yang membutuhkan pemantauan dan *maintenance* dalam jangka waktu panjang
- ❖ Segera periksakan ke dokter spesialis kulit dan kelamin jika terjadi infeksi dan iritasi pada kulit

PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL

INFEKSI GONORE



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Neisseria gonorrhoeae*

Gambaran Klinis:

- ❖ Laki-laki: Gatal pada ujung kemaluan, disuria, duh tubuh uretra mukopurulen warna putih/kuning kehijauan. Orifisium uretra hiperemis, edema, ektropion.

Dapat terjadi komplikasi seperti Epididimitis, Orkitis, Infertilitas

- ❖ Wanita: Disuria, keputihan, Duh tubuh endoserviks mukopurulen, Serviks hiperemis dan edema, dapat pula asimptomatik. Dapat terjadi komplikasi seperti Penyakit radang panggul, Bartolinitis, Infertilitas

Predileksi: Duh tubuh keluar dari uretra pada pria dan vagina pada wanita

Pemeriksaan penunjang: Pewarnaan gram: bakteri diplokokus gram negatif intraseluler

Diagnosis banding: Ureteritis non gonokokus, infeksi saluran kencing, trikomoniasis, bakterial vaginosis, kandidosis vulvovaginalis

Medikasi:

- ❖ Sefksim PO 400 mg dosis tunggal
- ❖ Ceftriaxone injeksi IM 250 mg dosis tunggal
- ❖ Kanamisin injeksi IM 2g dosis tunggal
- ❖ Jika terjadi komplikasi (bartolinitis, prostatitis)
 - Sefksim PO 400 mg selama 5 hari
 - Levofloksasin PO 500 mg selama 5 hari
 - Ceftriaxone injeksi IM 250 mg selama 3 hari
 - Kanamisin injeksi IM 2g selama 3 hari

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menular melalui hubungan seksual, dapat berulang
- ❖ Komplikasi yang dapat terjadi jika penyakit terjadi secara berulang dan tidak ditatalaksana yaitu pada pria bisa terjadi sikatrik/bekas luka pada saluran kencing sehingga dapat terjadi gangguan berkemih dan peradangan pada testis. Pada wanita dapat terjadi *pelvic inflammatory disease* yang berakibat kemandulan
- ❖ Tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama menderita penyakit ini
- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Anjurkan untuk periksa dan obati pasangan seksualnya, karena bisa saja menderita penyakit asimtomatik
- ❖ Setelah diobati, pasien dan pasangan dianjurkan untuk kontrol ulang setelah 1 minggu
- ❖ Dianjurkan untuk lakukan pemeriksaan infeksi menular seksual lain dan skrining HIV
- ❖ Pada ibu hamil yang tidak diobati, dapat menularkan ke bayinya saat persalinan dan mengakibatkan terjadinya Konjungtivitis gonore pada bayi

INFEKSI GENITAL NONSPESIFIK (IGNS)



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Infeksi non-gonokokus, tidak ada etiologi yang spesifik

Gambaran Klinis:

- ❖ Laki-laki: disuria, duh tubuh uretra secara spontan atau dengan masase, dapat pula asimptomatik. Dapat terjadi komplikasi seperti Epididimitis, Orkitis, Infertilitas
- ❖ Wanita: Disuria, Keputihan, Ektopia serviks, Serviks rapuh & mudah berdarah, dapat pula asimptomatik. Dapat terjadi komplikasi seperti Penyakit radang panggul, Bartolinitis, Infertilitas.

Predileksi: duh tubuh keluar dari uretra pada pria dan vagina pada wanita

Diagnosis banding: Ureteritis gonokokus, Infeksi saluran kencing, Trikomoniasis, Bakterial vaginosis, Kandidosis vulvovaginalis

Pemeriksaan penunjang: sediaan apus gram (tidak ditemukan etiologi spesifik), leukosit PMN >5 /LPB pada pria dan >30 /LPB pada wanita

Medikasi:

- ❖ Azitromisin PO 1 g *single dose*
- ❖ Dosisiklin 2x100 mg/hari selama 7 hari
- ❖ Eritromisin 4x500 mg/hari selama 7 hari

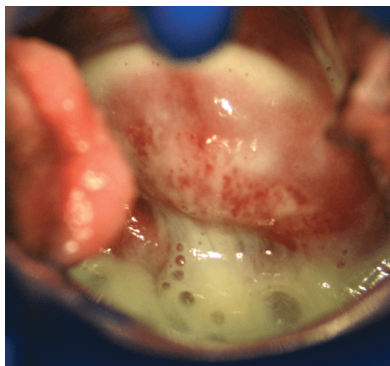
Edukasi:

- ❖ Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menular melalui hubungan seksual, dan dapat berulang
- ❖ Komplikasi dapat terjadi jika penyakit terjadi secara berulang dan tidak ditatalaksana yaitu pada pria bisa terjadi sikatrik/bekas luka pada saluran kencing sehingga dapat terjadi gangguan berkemih. Pada wanita dapat terjadi *pelvic inflammatory disease* yang berakibat kemandulan
- ❖ Tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama menderita penyakit ini
- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun

kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual

- ❖ Anjurkan untuk periksa dan obati pasangan seksualnya, karena bisa saja penderita penyakit asimtomatik
- ❖ Setelah diobati, pasien dan pasangan dianjurkan untuk kontrol ulang setelah 1 minggu
- ❖ Menjelaskan dan menganjurkan perlunya pemeriksaan infeksi menular seksual lain dan skrining HIV

TRIKOMONIASIS



Source: UpToDate 98, Smith RA, Narasimhan EL, Chaturvedi R. The Color Atlas of Family Medicine, Second Edition. www.accessmedicine.com. Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Sumber: <https://basicmedicalkey.com/trichomonas-vaginitis/>

Etiologi: *Trichomonas vaginalis*

Gambaran Klinis:

Perempuan: Keputihan berbau busuk, warna kuning kehijauan, kadang berbusa, iritasi vulva (gatal dan perih), gambaran *strawberry cervix*

❖ Laki-laki: Duh tubuh uretra sedikit-sedang, disuria, iritasi uretra, sering miksi

Predileksi: Duh tubuh keluar dari uretra pada pria dan vagina pada wanita

Pemeriksaan penunjang: sediaan basah dengan NaCl ditemukan parasit berflagel

Diagnosis banding: Infeksi genital non spesifik, Servisititis gonokokus, Kandidosis Vulvovaginalis, Vaginosis bakterial

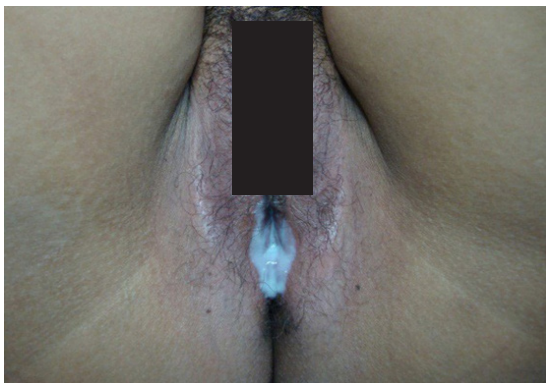
Medikasi: *Metronidazole* 2 g per oral dosis tunggal atau 2x500 mg/hari per oral selama 7 hari

Edukasi:

- ❖ Penularan penyakit ini melalui hubungan seksual
- ❖ Penyebab penyakit ini yaitu parasit Trikomonas yang memiliki cambuk 4 buah yang bergerak-gerak di cairan vagina sehingga memberi gambaran berbusa
- ❖ Pengobatan dengan antibiotik hingga tuntas dan dianjurkan untuk evaluasi ulang setelah 7 hari pengobatan
- ❖ Tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama menderita penyakit ini
- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Segera periksakan dan obati pasangan seksual
- ❖ Perlunya dilakukan skrining HIV dan IMS lainnya karena risiko penularan yang tinggi
- ❖ Hindari minum alkohol saat mengonsumsi obat *Metronidazole* dan dianjurkan untuk minum air putih yang banyak. Bila merasa mual, *Metronidazole* dapat

dikombinasi dengan obat maag atau dosis obat dapat dibagi

VAGINOSIS BAKTERIAL



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: pergantian *Lactobacillus sp* yang normal pada vagina dengan sekelompok bakteri anaerob batang gram negatif (*Prevotella sp*, *Mobiluncus sp*), *Gardnerella vaginalis* dan *Mycoplasma hominis*

Gambaran Klinis: keputihan berbau amis, terutama setelah selesai berhubungan seksual, duh tubuh vagina putih homogen, melekat, berbau amis, gatal

Predileksi: Area genital (vagina dan vestibulum)

Pemeriksaan penunjang: *Whiff test* berbau amis, duh vagina sediaan basah atau pewarnaan gram ditemukan *clue cell*, pH vagina >4.5

Diagnosis banding: Infeksi genital non spesifik, Servisititis gonokokus, Trikomoniasis, Kandidosis vulvo-vaginalis

Medikasi:

- ❖ Metronidazole 2x500 mg/hari selama 7 hari
- ❖ Metronidazole 2 gram per oral dosis tunggal
- ❖ Klindamisin 2x300 mg/hari per oral selama 7 hari

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini adalah jamur yang tumbuh akibat ketidakseimbangan flora normal vagina dan kondisi yang lembab
- ❖ Hindari pemakaian bahan iritan seperti pewangi dan pelembab vagina yang berparfum
- ❖ Hindari pemakaian berlebih sabun antiseptik vagina
- ❖ Hindari penggunaan dalaman yang ketat atau bahan sintesis
- ❖ Hindari faktor predisposisi seperti penggunaan kortikosteroid jangka panjang, obesitas, higiene pribadi yang kurang
- ❖ Pada saat menstruasi, sering mengganti pembalut agar tetap bersih
- ❖ Pada ibu hamil jika tidak ditatalaksana maka berisiko terjadi Korioamnionitis, lahir prematur, dan berat bayi lahir rendah

KANDIDIASIS VULVOVAGINALIS



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Candida albicans*, *Candida sp*, *Torulopsis sp*, atau ragi lainnya

Gambaran Klinis: Gatal pada vulva, hiperemis, lecet, fisura, edema pada vulva, dispareunia, discharge tubuh vagina warna putih susu bergumpal, tidak berbau. Dapat disertai lesi pada kulit genitalia eksterna berupa plak eritema dengan lesi satelit

Predileksi: Area vulva dan vagina

Diagnosis banding: Infeksi gonore, Infeksi genital nonspesifik, Trikomoniasis, Vaginosis bakterial

Pemeriksaan penunjang:

- ❖ Sediaan apus gram
- ❖ KOH 10%: ditemukan pseudohifa dan blastospora

Medikasi:

- ❖ Klotrimazol 500 mg intravagina dosis tunggal
- ❖ Klotrimazol 200 mg intravagina selama 3 hari
- ❖ Nistatin 10.000 IU intravagina selama 7 hari (untuk ibu hamil)
- ❖ Flukonazol 150 mg PO dosis tunggal
- ❖ Itrakonazol 2x200 mg PO selama 1 hari
- ❖ Itrakonazol 1x200 mg/hari PO selama 3 hari
- ❖ Ketokonazol 2x200 mg/hari PO selama 5 hari

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini adalah jamur, dan dapat menyebar ke daerah vulva dan vagina jika tidak ditatalaksana
- ❖ Hindari pemakaian bahan iritan seperti pewangi dan pelembab vagina yang berparfum
- ❖ Hindari pemakaian berlebih sabun antiseptik vagina
- ❖ Hindari penggunaan dalaman yang ketat atau bahan sintesis
- ❖ Hindari faktor predisposisi seperti kontrasepsi hormonal, penggunaan kortikosteroid jangka panjang, obesitas, higiene pribadi yang kurang
- ❖ Pada saat menstruasi, sering mengganti pembalut agar tetap bersih dan tidak lembab

HERPES SIMPLEKS GENITAL



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: Herpes simpleks virus (HSV) tipe 2 atau tipe 1 yang bersifat rekuren

Gambaran Klinis: vesikel/erosi/ulkus dangkal, dapat disertai krusta, berkelompok, dasar eritem dan nyeri. Dapat disertai gejala seperti disuria, duh tubuh vagina/uretra, gejala sistemik (demam, nyeri otot, pembengkakan KGB inguinal).

Predileksi: Area kelamin dan anus

Diagnosis banding: Sifilis stadium 1, *Chancroid*, *Limfogranuloma venereum*

Medikasi:

- ❖ Obat analgetika, antipiretik, antipruritus
- ❖ Antivirus
 - Asiklovir 5x200 mg/hari atau 3x400 mg/hari selama 7-10 hari
 - Valasiklovir 2x500-1000 mg/hari selama 7-10 hari
 - Famsiklovir 3x250 mg/hari selama 7-10 hari
- ❖ Antiseptik atau cairan fisiologis untuk kompres lesi

Edukasi:

- ❖ Penyebab penyakit ini yaitu virus herpes simpleks. Penyakit ini menular melalui hubungan seksual
- ❖ Bila sudah pernah terinfeksi virus herpes simpleks, maka virus ini akan menetap di saraf daerah kulit yang terkena seumur hidup dan tidak dapat dihilangkan dari dalam tubuh. Orang yang terkena herpes dapat mengalami rekurensi terutama apabila sedang dalam kondisi tubuh yang lemah. Pencetusnya berupa demam, infeksi, hubungan seksual berlebihan, kurang tidur, minum alkohol, menstruasi, gangguan emosional atau paparan matahari. Sebaiknya hindari faktor pencetus
- ❖ Penularan juga dapat melalui pemakaian barang personal bersama (handuk, toilet)
- ❖ Bila sedang menderita penyakit ini sebaiknya tidak berhubungan seksual terlebih dahulu. Memakai

kondom dapat menurunkan risiko penularan namun tidak sepenuhnya mencegah terutama bila lesi terdapat pada bagian yang tidak tertutup oleh kondom.

- ❖ Kompres dingin pada lesi dapat mengurangi keluhan dan segera cuci tangan setelah memegang lesi
- ❖ Beritahukan kepada pasangan apabila pernah atau sedang terkena herpes simpleks agar dapat diobati bersama
- ❖ Dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan infeksi menular seksual lain dan skrining HIV
- ❖ Jika ^{sedang} hamil dan mendekati persalinan (6 minggu menjelang persalinan) dianjurkan untuk dilakukan seksio sesarea karena berisiko menularkan kepada bayi (neonatal herpes)
- ❖ Hindari bergonta-ganti pasangan saat berhubungan seksual dan tidak berhubungan seksual dengan orang yang menderita herpes simpleks karena virus ini sangat menular
- ❖ Bilas area genital dengan sabun khusus atau antiseptik segera setelah berhubungan seksual
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

KONDILOMA AKUMINATA



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: HPV tipe 6 dan 11

Gambaran Klinis: Benjolan di area genital yang tidak nyeri. Terdapat 4 morfologi yaitu; akuminata, papul dengan permukaan menyerupai kubah, papul keratolitik dengan permukaan kasar, papul datar. Bentuk lain dapat berupa *giant condyloma*.

Predileksi: Vulva, vagina, serviks, penis, skrotum, perineum, perianal, anal kanal

Diagnosis Banding: *Benign penile pearly papules*, *Veruka vulgaris*, *Kondiloma lata*, *KSS*, *Moluskum kontangiosum*

Medikasi:

❖ Topikal: Podofilin, Imiquimod, TCA, 5-Fluorourasil

- ❖ Bedah: bedah beku, bedah laser, bedah listrik, bedah eksisi

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini bila terdapat di area genital merupakan penyakit menular seksual
- ❖ Bila terinfeksi virus ini, maka virus ini akan menetap pada fase laten berbulan-bulan hingga tahun di daerah kulit yang terkena dan lesi akan timbul bila kondisi di kulit tersebut lembab atau maserasi atau saat imun tubuh sedang lemah.
- ❖ Jika tidak diobati, lesi KA dapat hilang sendiri, tetap, atau malah bertambah (ukuran atau jumlah)
- ❖ Meskipun telah diobati, KA dapat kambuh kembali dalam 3 bulan pertama. Faktor yang mempengaruhi kekambuhan yaitu usia, lokasi lesi, pengobatan sebelumnya, HIV, perilaku seksual.
- ❖ Penyakit ini merupakan penyakit menular seksual. Meskipun tidak terlihat adanya lesi, KA tetap dapat ditularkan ke pasangan. Hindari berhubungan seksual selama menderita KA dan beritahu pasangan apabila sedang menderita KA
- ❖ Penggunaan kondom dapat menurunkan risiko penularan jika digunakan dengan benar, tetapi penularan tetap dapat terjadi pada daerah yang tidak ditutupi kondom.

- ❖ Vaksin HPV kuadrivalen dapat diberikan kepada pria maupun wanita untuk mencegah KA maupun kanker cervix akibat HPV
- ❖ Wanita hamil yang menderita KA segera konsultasi dengan dokter karena dapat menyebabkan *Respiratory papillomatosis* pada bayinya
- ❖ Lesi *premaligna* dan *maligna* dapat tumbuh bersama atau berkembang dalam lesi KA. Jika terjadi perdarahan atau perubahan bentuk lesi, segera konsultasi ke dokter
- ❖ Wanita yang menderita KA disarankan untuk melakukan skrining kanker serviks dan sebaiknya lakukan skrining penyakit menular seksual lainnya
- ❖ Bila keluhan tidak membaik walaupun telah diobati, segera berobat ke dokter spesialis kulit

SIFILIS



a) ulkus durum, b) sifilis sekunder, c) kondiloma lata (Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK)

Etiologi: *Treponema pallidum*

Gambaran Klinis: berdasarkan stadium klinis

- ❖ Stadium I (sifilis primer): ulkus soliter, tepi teratur, dasar bersih, terdapat indurasi, tidak nyeri, pembesaran KGB regional
- ❖ Stadium II (sifilis sekunder): lesi kulit polimorfik, tidak gatal, disertai pembesaran KGB generalisata
- ❖ Stadium laten: tidak terdapat gejala apapun, namun pemeriksaan serologi reaktif
- ❖ Stadium III (sifilis tersier): gumma/infiltrat sirkumskrip kronis, destruktif, konsistensi lunak

Predileksi:

- ❖ Stadium I → glans penis/sulkus koronarius, skrotum, vulva, serviks, *fourchette*, perineum
- ❖ Stadium II → dapat terjadi pada kulit dan di mukosa

- ❖ Stadium III → dapat terjadi pada kulit, mukosa, dan tulang

Pemeriksaan penunjang: RPR, VDRL, TPHA

Diagnosis banding:

- ❖ Stadium I → Herpes simpleks, Balanitis, LGV, Karsinoma sel skuamosa, Ulkus mole
- ❖ Stadium II (*the great imitator*) → erupsi obat alergik, morbili, pitriasis rosea, dermatitis seboroik
- ❖ Stadium III → sporotrikosis, tuberkulosis kutis gumosa, keganasan

Medikasi:

- ❖ Benzil benzatin penisilin G
 - Stadium I & II: 2,4 juta unit IM dosis tunggal
 - Stadium laten: 2,4 juta unit IM setiap minggu pada hari ke 1, 8, 15
- ❖ Doksisisiklin (alternatif): 2x100 mg oral selama 2 minggu (stadium I & II), 28 hari (sifilis laten), 30 hari (sifilis laten)
- ❖ Eritromisin (untuk ibu hamil): 4x500 mg selama 2 minggu (stadium I & II), 30 hari (sifilis laten)

Edukasi:

- ❖ Penularan penyakit ini yaitu dengan kontak seksual, harus ditatalaksana untuk mencegah progresivitas dan komplikasi penyakit menjadi lebih parah. Pengobatan

akan membutuhkan waktu lama apabila sudah stadium lanjut

- ❖ Rutin evaluasi klinis terapi yaitu pada bulan ke-1, 3, 6, dan 12
- ❖ Segera periksa dan obati pasangan seksual
- ❖ Perlunya dilakukan skrining HIV dan IMS lain karena risiko penularan yang tinggi
- ❖ Tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama menderita penyakit ini
- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Wanita hamil yang menderita sifilis apabila tidak diobati atau pengobatan tidak adekuat dapat menularkan ke bayinya (sifilis kongenital)

ULKUS MOLE



Sumber: koleksi pribadi dr. Sukmawati Tansil, SpKK

Etiologi: *Haemophyllus ducreyi*

Gambaran Klinis: Ulkus pada kelamin yang nyeri, multipel, perabaan lunak & nyeri, tepi tidak teratur, dinding bergaung, dasar kotor

Predileksi: Pada laki-laki terbatas pada frenulum, sulkus koronarius, preputium, pada perempuan pada vagina atau introitus vagina

Pemeriksaan penunjang: Sediaan apus dasar ulkus dengan pewarnaan gram ditemukan Bakteri Kokobasilus gram negatif seperti rantai

Diagnosis banding: Herpes genitalis, Sifilis stadium 1, Limfogranuloma venereum, Granuloma inguinale

Medikasi:

❖ Siprofloksasin 2x500 mg per oral selama 3 hari

- ❖ Azitromisin 1 gram per oral dosis tunggal
- ❖ Eritromisin 4x500 mg per oral selama 7 hari
- ❖ Seftriakson 250 mg injeksi IM dosis tunggal

Edukasi:

- ❖ Penularan penyakit ini melalui hubungan seksual
- ❖ Pengobatan dengan antibiotik hingga tuntas dan dianjurkan untuk evaluasi ulang setelah 7 hari pengobatan
- ❖ Luka yang nyeri tetap harus sering dibersihkan secara rutin, baiknya dengan cairan anti septik setiap 2-3 jam, untuk menghindari menumpuknya pus yang sangat menular
- ❖ Tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu selama menderita penyakit ini
- ❖ Tidak bergonta-ganti pasangan seksual, dan gunakan kondom jika kerap berganti pasangan meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Segera periksakan dan obati pasangan seksual
- ❖ Perlunya dilakukan skrining HIV dan IMS lainnya karena risiko penularan yang tinggi

LIMFOGRANULOMA VENEREUM



Sumber: <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/24577>

Etiologi: *Chlamydia trachomatis*

Gambaran Klinis: Gejala sistemik berupa malaise, nausea, demam

- ❖ Lesi primer genital: papul vesikel, berkelompok, erosi/ luka/ulkus
- ❖ Sindrom inguinal: limfadenitis inguinal, biasanya unilateral
- ❖ Sindrom anorektal: limfadenitis, dapat membentuk perlunakan dan menjadi abses
- ❖ Sindrom uretral: striktur uretra, OUE berubah bentuk (*fish mouth uretra*), penis melengkung akibat striktur

Predileksi: Area genital pria (sulkus koronarius, batang penis, uretra, anus), perempuan (vagina dalam, serviks)

Diagnosis banding: Skrofuloderma, Limfadenitis piogenik,

Limfoma maligna, Hernia inguinalis

Medikasi:

- ❖ Dosisisiklin 2x100 mg selama 21 hari
- ❖ Azitromisin 1x500 mg selama 21 hari

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini disebabkan oleh bakteri dan diawali dengan luka/ulkus pada kelamin yang sembuh dengan sendirinya lalu diikuti pembengkakan kelenjar getah bening pada pangkal paha
- ❖ Penyakit ini menular melalui hubungan seksual, terutama pada hubungan seksual sesama jenis, sering berganti pasangan, hubungan tanpa proteksi
- ❖ Penyakit ini dapat terjadi bersamaan dengan infeksi menular seksual lainnya sehingga dianjurkan untuk pemeriksaan IMS lainnya dan skrining HIV
- ❖ Hindari berhubungan seksual dengan pasangan sampai dinyatakan sembuh
- ❖ Pasien dianjurkan untuk *bed rest* pada stadium inguinal
- ❖ Jika terjadi pembengkakan kelenjar getah bening, berisi nanah, maka harus dilakukan pembedahan untuk mengeluarkan nanah
- ❖ Segera periksa dan obati pasangan seksual
- ❖ LGV yang diobati lebih awal memiliki tingkat kesembuhan yang lebih besar

GRANULOMA INGUINALE



Sumber: <https://dermnetnz.org/topics/granuloma-inguinale/>

Etiologi: Klebsiella granulomatosis

Gambaran Klinis: Diawali dengan nodus subkutan tunggal/multipel, lalu mengalami erosi dan membentuk ulkus berbatas tegas, mudah berdarah. Tidak didapatkan gejala sistemik, tidak ada limfadenopati, kadang terdapat pembengkakan subkutan area inguinal membentuk massa (pseudobubo)

Predileksi: Area genital pria (glans penis, preputium, batang penis, pertemuan penis & skrotum), perempuan (vulva, labia major, serviks, mons pubis, perianal)

Diagnosis banding: Ulkus mole, Ulkus durum, Limfogranuloma inguinal

Medikasi:

- ❖ Doksisiklin 2x100 mg selama 21 hari

- ❖ Azitromisin 1x500 mg selama 21 hari
- ❖ Eritromisin 3x500 mg selama 21 hari

Edukasi:

- ❖ Penyakit ini awalnya muncul benjolan merah kecil tidak nyeri, lalu akan membesar perlahan lalu pecah membentuk luka. Jika tidak diobati, luka dapat membentuk jaringan parut permanen
- ❖ Penyakit ini menular melalui hubungan seksual, dan pasangan sesama jenis memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadi penularan
- ❖ Membutuhkan waktu pengobatan antara 7 hari hingga 1 bulan hingga sembuh tergantung keparahan, sehingga kepatuhan pasien harus diawasi
- ❖ Selama proses penyembuhan, pasien dianjurkan untuk abstinensia. Jika ingin melakukan hubungan seksual selalu gunakan kondom meskipun kondom tidak sepenuhnya dapat mencegah penularan penyakit akibat hubungan seksual
- ❖ Segera periksa dan obati pasangan seksual
- ❖ Pasien pada stadium lanjut mungkin memerlukan pembedahan radikal

HIV/AIDS (lihat bagian penyakit virus)

DAFTAR PUSTAKA

1. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. New York: McGraw- Hill; 2019.
2. Menaldi SL, Bramono K, Indriatmi W. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi Ketujuh. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
3. Daili SF, Makes WI, Zubier Farida. Infeksi Menular Seksual. Edisi Keempat. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2014.
4. Gawkrödger DJ, Ardern-Jones MR. Dermatology: An Illustrated Colour Text. 5th ed. Elsevier Ltd; 2012.
5. Widaty S, Soebono H, Nilasari H, Listiawan MY, Siswati AS, Triwahyudi D, et al. Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta: Perdoski. 2017.
6. Hidayati AN, Damayanti D, Sari M, Alinda MD, Reza NR, Anggraeni S, Widia Y. Infeksi Bakteri di Kulit. Surabaya: Airlangga University Press; 2019.
7. Tan ST, Dewi IP. Skema Praktis Panduan Diagnosis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Jakarta: Sagung Seto. 2018.

TENTANG PENULIS

Dr. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV



- Lulus Dokter Umum dari Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Jakarta tahun 1990
- Lulus Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin dari Fakultas Kedokteran Diponegoro Semarang tahun 1999
- *Stiefel Fellowship National Skin Centre Singapore* tahun 1999
- *Short-course Dermatosurgery and Laser, National Skin Centre Singapore* tahun 2000
- Lulus Program Doktorat dari Fakultas Kedokteran Universitas Hassanudin Makassar tahun 2012
- Memperoleh gelar FINS DV oleh Perdoski tahun 2015

- Memperoleh gelar FAADV oleh Perdoski tahun 2016
- Saat ini merupakan anggota Perdoski Cabang Banten
- Anggota Kelompok Studi Bedah Tumor Kulit Indonesia Perdoski
- Kepala SMF bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
- Staff pengajar bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara
- Sebagai penulis “Buku Panduan Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin”
- Sebagai penulis “Skema Praktis Panduan Diagnosis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
- Aktif sebagai penulis di jurnal-jurnal nasional dan internasional

dr. Yurike Indah Pratiwi



- Lulus dari SMA Katolik Rajawali Makassar tahun 2012
- Lulus Dokter Umum dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara tahun 2018
- Saat ini bekerja sebagai dokter umum di Klinik Indra Cikupa Tangerang
- Aktif sebagai asisten penulis Dr. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV

dr. Cindy Christella Chandra



- Lulus dari SMA Yos Sudarso Karawang tahun 2013
- Lulus Dokter Umum dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara tahun 2019
- Saat ini bekerja sebagai dokter umum di Klinik Indra Cikupa Tangerang
- Aktif sebagai asisten penulis Dr. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV

dr. Jessica Elizabeth

- Lulus dari SMA IPEKA Sunter tahun 2012
 - Lulus Dokter Umum dari Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara tahun 2019
-
- Saat ini bekerja sebagai dokter umum di RS Mayapada Jakarta Selatan
 - Aktif sebagai asisten penulis Dr. dr. Sukmawati Tansil Tan, SpKK, FINS DV, FAADV