

SEORANG LAKI-LAKI USIA 58 TAHUN DENGAN TINEA KRURIS : LAPORAN KASUS

A 58 Year Old Man With Tinea Cruris : case report
Dedek Dani Feriyanto¹, Rully Setia Agus Dimawan²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Kulit dan Kelamin, RSUD Harjono Ponorogo

Korespondensi: Dedek Dani Feriyanto: dedekdani55@gmail.com

ABSTRAK

Tinea kruris adalah penyakit dermatofitosis (penyakit pada jaringan tubuh yang mengandung zat tanduk) disebabkan infeksi golongan jamur dermatofita pada daerah kruris (sela paha, perineum, perianal, gluteus, pubis) dan dapat meluas ke daerah sekitarnya. Faktor penting yang berperan dalam penyebaran dermatofita ini adalah kondisi kebersihan lingkungan yang buruk, daerah pedesaan yang padat, dan kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat atau lembab. Dilaporkan kasus tinea kruris pada seorang laki-laki berusia 58 tahun di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo dengan keluhan gatal dikulit lipat paha. Ditemukan makula eritematosa berbatas jelas, ukuran numular hingga plak, tepi polisiklik aktif, terdapat central healing. Pasien didiagnosis tinea kruris dan terapi yang diberikan pada pasien ini adalah Griseofulvin tab 250 mg 2x1 selama 5 hari, Loratadine 1x1, CTM 2x4 mg (jika gatal), Ketokonazole cream 2% tiap pagi dan malam. Pada penatalaksanaan yang adekuat dapat menurunkan prevalensi, angka kekambuhan tinea kruris itu sendiri..

Kata Kunci: Dermatofitosis, Diagnosis, Talaksanaan, Tinea Kruris

ABSTRACT

Tinea cruris is a disease of dermatophytosis (disease of body tissues containing horny substance) caused by an infection of the dermatophyte group of fungi in the cruris area (between the thighs, perineum, perianal, gluteus, pubis) and can extend to the surrounding area. Factors that play important role in the spread of dermatophytes are poor environmental hygiene conditions, dense rural areas, and the habit of using tight clothing or damp. A case of tinea cruris is reported in a 58-year-old man at the Dermatology and Venereology Polyclinic, RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo with complaints of itching skin in the groin. There were clearly demarcated erythematous macules, nummular to plaque size, active polycyclic margins, and central healing. The patient was diagnosed with tinea cruris and the therapy given to this patient was Griseofulvin tab 250 mg 2x1 for 5 days, Loratadine 1x1, CTM 2x4 mg (if itchy), Ketoconazole cream 2% every morning and night. With adequate management can reduce the prevalence, recurrence rate of tinea cruris itself.

Keywords: Dermatophytosis, Diagnosis, Governance, Tinea Cruris.

PENDAHULUAN

Tinea kruris adalah penyakit dermatofitosis (penyakit pada jaringan tubuh yang mengandung zat tanduk) disebabkan infeksi golongan jamur dermatofita pada daerah kruris (sela paha, perineum, perianal, gluteus, pubis) dan dapat meluas ke daerah sekitarnya. Insiden

dan prevalensi dermatofitosis cukup tinggi di dalam masyarakat baik di dalam maupun diluar negeri. Di Indonesia, dermatofitosis merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dan tinea kruris dan tinea korporis merupakan dermatofitosis terbanyak. (Inda Astri Aryani, 2020)

Dermatofit tersebar di dunia juga menjadi masalah utamanya pada Negara berkembang. Adapun urutan kejadian dermatofitosis yaitu 57% (*tinea korporis*), 20% (*tinea unguinum*), 10% (*tinea kruris*), 6% *tinea barbae* dan *tenia pedis*, dan 1% tipe lainnya. Terjadi peningkatan bermakna dermatofitosis di berbagai Negara saat ini. Di laporkan prevalensi dematofitosis di Negara Kroasia sebesar 26% di tahun 1986 dan meningkat 73% di tahun 2001. (thomas, et al., 2021)

Tinea kruris adalah dermatofitosis penyebabnya yaitu jamur golongan dermatofita, utamanya pada kelas Fungi imperfecti, meliputi epidermophyton, *Trichophyton*, serta Genus *Microsporum*. *Tinea kruris* ini seringkali didapatkan di bagian daerah pubis, perineum, perianal, kulit lipatan paha, dan genitalia. Penyakit dermatofita ini yang paling banyak didapatkan pada daerah lipatan paha atau inguinal sebanyak 65 hingga 80% di seluruh penyakit kulit pada inguina. (Orleans, Magro, & Varghese, 2018)

Pada daerah tropis, penyakit dermatofit adalah paling banyak yang terjadi disebabkan faktor kelembapan yang tinggi serta memicu pengeluaran keringat yang berlebihan juga hal ini menjadikan faktor predisposisi. Faktor lain yang menjadi penularan *tinea kruris* yaitu sanitasi dan hygiene yang buruk, terbiasa mengenakan pakaian yang ketat atau lembab, daerah di pedesaan yang penduduknya padat, kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat atau lembab, serta diabetes melitus juga obesitas menjadi faktor risiko lainnya disebabkan keadaan yang dapat menurunkan tingkat kekebalan tubuh dalam melindungi dari infeksi. Faktor keturunan hubungannya tidak ada dengan penyakit ini. (Mujur, Ismail, & Sabir, 2019)

Kami melaporkan presentasi kasus laki-laki usia 58 tahun dengan penyakit *tinea kruris* di RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo.

PRESENTASI KASUS

Pasien laki-laki berusia 58 tahun, datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin

RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo dengan keluhan gatal di kulit lipat paha sejak kurang lebih 1 tahun SMRS. sebelumnya sudah berobat di puskesmas terdekat dan diberikan obat, setelah menggunakan obat tersebut keluhan menghilang namun setelah berhenti menggunakan obat tersebut keluhan muncul kembali. Pasien mengatakan jika pasien berkeringat akan semakin gatal akhirnya pasien menggaruk pada lokasi tersebut karena gatal.

Riwayat penyakit serupa diakui. Tidak terdapat riwayat alergi dan pasien menyangkal penggunaan obat selain dari dokter. Riwayat keluarga yang mempunyai penyakit serupa disangkal. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sistemik seperti, diabetes mellitus, penyakit jantung, dan hipertensi. Pada pemeriksaan fisik, kondisi umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran kompos mentis.

Pada pemeriksaan fisik status dermatologi ditemukan kelainan kulit pada kedua lipat paha, saat inspeksi ditemukan makula eritematosa berbatas jelas, ukuran

numular hingga plak, tepi polisiklik aktif, terdapat central healing.

Diagnosis kerja ditegaskan berdasarkan pemeriksaan fisik dan anamnesis yaitu Tinea Cruris. Terapi yang diberikan pada pasien ini adalah Griseofulvin tab 250 mg 2x1 selama 5 hari, Loratadine 1x1, CTM 2x4 mg (jika gatal), Ketokonazole cream 2% tiap pagi dan malam.



Gambar 1. makula eritematosa berbatas jelas, ukuran numular hingga plak, tepi polisiklik aktif, terdapat central healing

PEMBAHASAN

Tinia kruris yaitu penyakit dermatofitosis yang penyebabnya adalah infeksi golongan jamur dermatofita di

daerah kruris (pubis, gluteus, perineum, gluteus, inguinal, dan perianal) juga meluas ke daerah sekitarnya. Tinea kruris banyak ditemukan di usia 51 hingga 60 tahun dan lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada wanita. Penderita tinea kruris ini paling sering terjadi pada orang dewasa dibandingkan anak-anak. Pada kasus ini pasien merupakan laki-laki usia 58 tahun. Pasien mengatakan gatal dikedua lipatan atau sela paha. (djuanda, 2011)

Epidermophyton floccosum dan *Trichophyton rubrum* menjadi penyebab utama pada tinea kruris. Penyebab lainnya yaitu *Trichophyton mentagrophytes* serta jarang disebabkan oleh *microsporum gallinae*. Tinea kruris menyebar melalui kontak langsung maupun kontak dengan peralatan yang terkontaminasi, serta dapat mengalami eksaserbasi karena adanya cuaca lembab, lingkungan yang hangat dan juga oklusi. Penularan pada bagian yang lain biasa terjadi pada penularan yang letaknya jauh seperti tinea pedis, seringkali disebabkan oleh *T. mentagrophytes* atau

T. rubrum (Sharma, Mohan, Sailakwa, Saxena, & Bhardwaj, 2022)

Diagnosis tinea kruris dibuktikan adanya gambaran klinis yaitu adanya kelainan kulit berupa peradangan dan lesi berbatas tegas, tepi aktif dan *central healing*, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (djuanda, 2011)

Manifestasi klinis pada tinea kruris yaitu penderita merasakan pruritus dan status dermatologis lesi berbentuk plak batas tegas terdiri dari berbagai macam efloresensi kulit (polimorfik). Beraneka ragam dari bentuk lesi ini dapat berupa skuamasi menahun dan sedikit hiperpigmentasi. Dilihat dari kelainan dalam klinik yaitu lesi lonjong atau bulat, terdiri atas eritema, skuama, kadang dengan vesikel dan papul di tepi lesi, serta berbatas tegas. Biasanya lebih tenang pada daerah tengahnya, sementara bagian yang lebih aktif yaitu tepi dan disebut dengan *central healing* tertutup skuama halus di bagian central lesi, dengan tepi yang aktif merah dan meninggi. Paling banyak ditemukan yaitu gatal seperti halnya nyeri yang

disebabkan oleh infeksi sekunder maupun maserasi. *E. floccosum* yang menjadi penyebab dari tinea kruris banyak memberikan gambaran lesi central healing, dan terbatas hanya pada bagian pertengahan paha atas dan lipatan genitokrural. Sebaliknya, infeksi oleh *T. rubrum* sering menggambarkan lesi yang meluas hingga daerah bagian abdomen bawah, pantat, perianal, dan lesi yang bergabung. Keterlibatan pada daerah genitalia tidak didapatkan. (George, 2022)

Dari anamnesis, lokalisasinya dan gambaran klinis untuk mendiagnosis tidak sulit. Namun tetap diperlukan pemeriksaan penunjang untuk menyingkirkan differential diagnosis. Sebagai penunjang diagnosis dilakukan pemeriksaan sediaan langsung dari kerokan bagian tepi lesi dengan kultur dan KOH. Pada tes mikroskopik secara langsung menggunakan KOH 10 hingga 20%. Pada preparat KOH bercabang tanpa penyempitan serta tampak hifa. ditemukannya hifa di preparat mikroskopis menggunakan KOH dapat membuktikan diagnosis dermatofitosis. Pemeriksaan

mikroskopik secara langsung dapat melihat struktur jamur merupakan teknik yang dilakukan sebagai teknik deteksi dini, terjangkau, cepat dan sederhana (Bala & Srivastava, 2019)

Pasien ini ditegakkan diagnosis tinea kruris berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis pasien didapatkan keluhan gatal pada kulit sejak 1 tahun yang lalu dan semakin gatal bila berkeringat. Kemudian pada pemeriksaan fisik ujud kelaian kulit didapatkan makula eritematosa berbatas jelas, ukuran numular hingga plak, tepi aktif bentuk polisiklik, serta ditemukan central healing. Pemeriksaan penunjang pada pasien ini tidak diperlukan.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan ujud kelainan kulit dan pemeriksaan penunjang, ditemukan beberapa diagnosis banding yang sesuai dengan keluhan di atas antara lain eritrasma, kandidiasis intertriginosa, psoriasis dan dermatitis seboroik. Pada Eritrasma yaitu penyakit yang paling sering berlokalisasi di ketiak dan lipatan paha.

Effloresensi yang sama, yaitu skuama dan eritema, semua lesi adalah ciri khas dari kelainan ini. lesi berbatas tegas, biasanya tidak diikuti adanya infeksi, flouresensi merah bata yang khas dengan sinar wood. Pada kandidiasis intertriginosa lesi terlihat berbentuk satelit, tanpa adanya central healing, sangat merah, dan lesi biasanya melibatkan skrotum. Lesi pada psoriasis yaitu plak eritema berbatas tegas terdapat skuama tebal berwarna keabuan, disertai fenomena Koebner, tanda Auspitz, dan bercak lilin juga kasar dan berlapis. Plak merah bersisik tebal, biasanya gatal, kumat-kumatan, dapat dicetuskan oleh karena stress psikologis, infeksi, adanya kelelahan, disertai nyeri sendi. Pada dermatitis seboroik lesi memberikan gambaran berminyak dan bersisik juga umumnya terdapat di sternum dan kulit kepala. (Ghiffari, Asmalia, Pamudji, & Nurdita, 2022)

Terapi pada penyakit kulit tinea cruris dibagi menjadi dua, meliputi terapi non medikamentosa dan medikamentosa. Pada terapi non medikamentosa berfungsi

untuk menghilangkan faktor predisposisi sebagai contoh yaitu memakai baju yang menyerap keringat agar area pada kulit tidak lembab dan tidak menjadi tempat proliferasi jamur. Beberapa faktor yang memudahkan timbulnya residif pada tinea cruris harus dihilangkan seperti, keringat yang berlebihan, suhu lingkungan yang tinggi, pakaian yang terbuat dari bahan nilon ataupun karet, aktivitas yang berhubungan dengan air (berenang), kegemukan, diluar dari faktor kelembaban, gesekan kronis dan keringat yang berlebihan disertai higienitas yang kurang, memudahkan timbulnya infeksi jamur. (Zhao, Chen, Wang, & Jiao, 2020)

Terapi medikamentosa terdiri dari obat topikal dan sistemik, pengobatan topical banyak dikelola pada kasus tinea kruris. Tetapi tidak direkomendasikan untuk steroid topical. obat topikal mempunyai efek menenangkan, yang akan meringankan gejala lokal. Terapi topikal seperti derivat azol : mikonazol 2%, klotrimasol 1%, sangat berguna pada kasus-kasus yang diragukan agennya candida atau

dermatofita. Keduanya adalah derivat azol broad-spectrum bekerja memperlambat pembentukan ergosterol yang penting untuk sintesis pada dinding sel jamur. Kombinasi asam benzoat (6-12%) dan asam salisilat (3-6%) dan dalam bentuk salep, Kombinasi sulfur presipitatum dan asam salisilat dalam bentuk salep (Javed, Khajuria, Tandon, & Sharma, 2019)

Untuk pengobatan sistemik beberapa indikasi terapi sistemik meliputi infeksi kulit kepala, onychomycosis dengan melibatkan lebih dari 3 buah kuku, infeksi kulit yang gagal dengan terapi topical , infeksi kulit yang luas, dan granuloma majocchi (PERDOSKI, 2017)

Di bawah ini yang termasuk Medikamentosa pada tinea kruris, yaitu:

1. Butenafine merupakan anti jamur topical yang baru diperkenalkan pada terapi tinea kruris untuk jangka waktu 2 minggu terapi dan tingkat kesembuhan berkisar 70%
2. Griseovulfin: dalam era saat ini, dermatofitosis dan biasanya bisa

memberikan efek terhadap pengobatan griseovulvin. Obat ini bersifat fungistatik. Umumnya griseovulfin dalam bentuk fine particle bisa digunakan untuk orang dewasa dalam dosis 0,5 hingga 1 dan pada anak-anak dengan dosisi 0,25 – 0,5 g ataupun 10 hingga 25 mg/KgBB. Untuk lamanya pengobatan tergantung pada lokasi penyakit, keadaan imunitas penderita, dan penyebab penyaki. Masa setelah penyembuhan klinis diteruskan dalam 2 minggu supaya tidak kambuh kembali.

3. Terbinafine 250 mg/ hari sudah dilakukan pada klinis ini dengan pengobatan secara umum 2 hingga 4 minggu
4. Itrakonazol bisa diberikan sebagai dosis 400 mg / hari dibagi dua dosis harian 200 mg untuk satu minggu.
5. Flukonazol (150 mg satu kali dalam seminggu) dalam 4 hingga 6 minggu dibuktikan sembuh pada tinea corporis dan tinea kruris karena 74% penderita sembuh.

6. Ketokonazol sifatnya fungistatik. Dalam kondisi resisten pada griseovulfin bisa diberikan obat sebanyak 200 mg/hari dalam 10 hari hingga 2 minggu tiap pagi hari sesudah makan. Selama pengobatan 10 hari, lesi menggambarkan makula hipopigmentasi dan hiperpigmentasi. Dan tidak dapat ditemukan kembali pada pemeriksaan ulang KOH 10% .
7. Itrakonazol dianjurkan diberikan 200 mg per hari dalam 1 minggu, Walaupun terapi 100 mg per hari dilaporkan telah efektif dalam 2 minggu.

Pada pasien ini diberikan terapi Griseofulvin tab 250mg 2x1 selama 5 hari, Loratadine 1x1, CTM 2x4mg (jika gatal) , Ketokonazole cream 2% tiap pagi dan malam. Untuk menghindari kekambuhan dapat dihilangkan sebagai berikut: keringat yang berlebihan, suhu lingkungan yang tinggi, pakaian yang terbuat dari bahan nilon atau karet, aktivitas yang banyak berhubungan dengan air (berenang), kegemukan, selain faktor kelembaban, gesekan kronis dan keringat yang

berlebihan disertai higienitas yang kurang, memudahkan timbulnya infeksi jamur.

Tinea cruris mempunyai prognosa yang baik dengan pengobatan yang adekuat dan kelembaban serta kebersihan kulit selalu di jaga. Prognosis tinea kruris dipengaruhi oleh penyebab penyakitnya dan bentuk klinik, umumnya tinea kruris dapat hilang dengan sempurna. (Laddha, Sureka, & Swan, 2021)

HASIL DAN KESIMPULAN

Kasus ini menggambarkan laki-laki berusia 58 tahun dengan penyakit tinea kruris. Tinea kruris yaitu dermatofitosis yang paling banyak ditemukan di daerah lipat paha, genitalia, daerah pubis, perineum dan perianal. Diagnosis didasarkan dengan manifestasi klinis tinea kruris yang khas yaitu pruritus yang tinggi saat berkeringat, lesi berbentuk polisiklik, bulat berbatas tegas, tepi lebih aktif dan efloresensi polimorfik. Ditemukannya hifa pada preparat mikroskopis dengan pemeriksaan KOH. Dan pemeriksaan teknik kultur jamur dapat digunakan akan tetapi, membutuhkan jangka waktu yang lama. Talaksana

penyakit dermatofita mampu diterapi menggunakan farmakologi agen antifungal sistemik maupun topikal, sedangkan non farmakologi edukasi seperti mengeringkan tubuh setelah mandi atau berkeringat, membersihkan pakaian yang terkontaminasi, serta menggunakan pakaian yang menyerap keringat (Deshmukh, Thakre, Gupta, & Waskar, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Bala, R., & Srivastava, A. (2019). Constitutional Treatment of Tinea Cruris in Homoeopathy- A Case Report. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(12), 54-61.
- Deshmukh, S., Thakre, T., Gupta, J., & Waskar, R. (2021). A Case Study on Management of Tinea Cruris with Classical Vaman Karma. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33, 195-202.
- Djuanda, a. (2011). ilmu penyakit kulit dan kelamin. In m. hamzah, & s. aisah, *ilmu penyakit kulit dan kelamin*. jakarta: fakultas kedokteran universitas indonesia.
- George, M. (2022). Comparative evaluation of efficacy of terbinafine and itraconazole in treatment of tinea cruris. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 8(7), 1460-1466.
- Ghiffari, A., Asmalia, R., Pamudji, R., & Nurdita, H. (2022). Health Education to Promote and Prevent Tinea Cruris at Darul Fadhli Elementary School Palembang City. *Indonesia Berdaya*, 3, 303-308.
- Inda Astri Aryani, F. A. (2020). Isolasi dan Identifikasi Spesies Dermatofita Penyebab Tinea Kruris di Pusat Pelayanan Kesehatan Primer. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 7, 17-21.
- Javed, A., Khajuria, V., Tandon, V., & Sharma, R. (2019). Assessment of efficacy of luliconazole cream in management of tinea corporis and tinea cruris infections. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 7(11), 48-51.
- Laddha, S., Sureka, V., & Swan, P. (2021). MANAGEMENT OF DADRU KUSHTHA (TINEA CRURIS) THROUGH AYURVEDA- A CASE STUDY. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 10(5), 1578-1585.
- Mujur, P. A., Ismail, S., & Sabir, M. (2019). TINEA CRURIS. *Jurnal Medical Profession*, 3(3), 208-213.
- Orleans, R. A., Magro, M. M., & Varghese, G. I. (2018, august). A case of granuloma annulare mimicking tinea cruris. *Dermatology Online Journal*, 24, 1-4.
- PERDOSKI. (2017). *Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Perdoski.
- Sharma, R., Mohan, R., Sailakwa, D., Saxena, I. G., & Bhardwaj, D. (2022). An individualised approach of homoeopathic medicine in tinea cruris: A case report. *International Journal of Homoeopathic Sciences*, 6, 17-20.
- Thomas, j., das, S., Ghate, S., Manas, C., Sharad , T., Charugulla, S. N., et al. (2021). Effectiveness and safety of eberconazole 1% cream in Indian patients with Tinea corporis and Tinea cruris: a prospective real-world study. *International Journal of Research in Dermatology*, 7(1), 96-107.
- Zhao, D., Chen, B., Wang, Y.-T., & Jiao, C.-H. (2020). Topical clotrimazole cream for the treatment of tinea cruris. *Medicine*, 99, 1-4.