

**GAMBARAN POLA DISTRIBUSI DEMOGRAFI PASIEN
DERMATOFITOSIS DI PUSKESMAS PEGAMBIRAN
KOTA PADANG PERIODE 2023 - 2024**

PROPOSAL SKRIPSI



Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti Seminar Proposal Skripsi
pada Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah

**MUHAMMAD FAUZAN RAHMADARSYAH
1810070100131**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BAITURRAHMAH
PADANG**

2025

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

Judul : Gambaran Pola Distribusi Demografi Pasien Dermatofitosis di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 - 2024

Disusun Oleh

Muhammad Fauzan Rahmadarsyah

1810070100131

Padang, 23 April 2025

Telah disetujui

Pembimbing 1

Pembimbing 2

(dr. Letvi Mona, M.Ked (DV), Sp.DV)

(dr. Rosmaini, M.Si)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah. Saya menyadari sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak penyusunan proposal sampai dengan terselesaikannya skripsi ini. Bersama ini saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah yang telah memberikan sarana dan prasarana kepada kami sehingga saya dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik dan lancar.
2. dr. Letvi Mona, M.Ked (DV), Sp.DV dan dr. Rosmaini, M.Si selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing saya dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
3. dr. Alief Dhuha, PhD dan dr Melya Susanti, M.Biomed. selaku dosen penguji yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing saya dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
4. Kedua orang tua saya yang tercinta dan terkasih dr. H. Febriswan Rachmadarsyah, M.Kes, Sp.KKLP dan Fransisca Sandra Widyastuti, Adik tersayang dan teman teman sejawat seperjuangan yang selalu mendoakan saya demi kelancaran skripsi ini, serta keluarga besar yang senantiasa memberikan dukungan moral maupun material.

5. Teman tutor, kelas, angkatan yang telah membantu dan memberikan motivasi semangat serta saran dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Kakak tingkat 2016, 2017 dan adik tingkat 2019, 2020 yang senantiasa memberikan dorongan serta motivasi dalam proses sidang maupun penelitian.
7. Serta pihak lain yang tidak mungkin saya sebutkan satu-persatu atas bantuannya secara langsung maupun tidak langsung sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas atas segala kebaikan semua pihak yang telah rela membantu mengorbankan waktu tenaga dan pikiran untuk saya sehingga bisa menyelesaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan saya mengharapkan ada nya masukan dan saran dari pembaca hasil penelitian ini .

Padang, Mei 2025

Muhammad Fauzan Rahmadarsyah

ABSTRAK

Latar Belakang: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pola distribusi demografi pasien dermatofitosis di Puskesmas Pegambiran Kota Padang selama periode 2023-2024. Dermatofitosis adalah infeksi jamur yang umum terjadi, terutama dalam kondisi iklim tropis yang mendukung pertumbuhan jamur. **Metode:** Metode yang digunakan adalah studi deskriptif kuantitatif dengan pendekatan retrospektif, mengumpulkan data dari rekam medis pasien yang terdiagnosis dermatofitosis. **Hasil:** Hasil penelitian mencatat total 685 kasus, dengan frekuensi tertinggi pada pasien dewasa (32,0%) dan terendah pada remaja (8,9%). Distribusi jenis kelamin hampir seimbang, dengan laki-laki (50,4%) dan perempuan (49,6%). Pasien yang paling banyak berasal dari kelompok Ibu Rumah Tangga (IRT) (14,0%), diikuti oleh guru, karyawan, dan mahasiswa. Penelitian ini menunjukkan bahwa aktivitas sehari-hari yang melibatkan kelembapan tinggi berkontribusi pada risiko infeksi dermatofitosis. **Kesimpulan:** Temuan ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berguna untuk pengembangan strategi pencegahan dan penanganan dermatofitosis di masyarakat.

Kata Kunci: Dermatofitosis, demografi, Puskesmas Pegambiran, infeksi jamur, usia, jenis kelamin, pekerjaan.

ABSTRACT

Background: This study aims to analyze the demographic distribution patterns of dermatophytosis patients at the Pegambiran Community Health Center in Padang City during the 2023-2024 period. Dermatophytosis is a common fungal infection, especially in tropical climates that favor fungal growth. **Methods:** This study used a quantitative descriptive study with a retrospective approach, collecting data from the medical records of patients diagnosed with dermatophytosis. **Results:** The study recorded a total of 685 cases, with the highest frequency in adults (32.0%) and the lowest in adolescents (8.9%). The gender distribution was nearly balanced, with males (50.4%) and females (49.6%). The highest number of patients were housewives (14.0%), followed by teachers, employees, and students. This study indicates that daily activities involving high humidity contribute to the risk of dermatophytosis infection. **Conclusion:** These findings are expected to provide useful information for developing strategies for the prevention and management of dermatophytosis in the community.

Keywords: Dermatophytosis, demographics, Pegambiran Community Health Center, fungal infection, age, gender, occupation.

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	4
1.4.2 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan	4
1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat	5
1.4.4 Manfaat Bagi Institusi	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Dermatomikosis	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Epidemiologi	6
2.1.3 Etiologi	7
2.1.4 Faktor Risiko	9
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Klasifikasi	12
2.1.6.1 Klasifikasi Dermatomikosis Berdasarkan Sumber Infeksi	12
2.1.6.2 Klasifikasi Dermatomikosis Berdasarkan Gambaran Klinis	15
2.1.7 Diagnosis	22
2.1.8 Tatalaksana	28
BAB III. KERANGKA TEORI	30
3.1 Kerangka Teori	30
BAB IV. METODE PENELITIAN	31
4.1 Ruang Lingkup Penelitian	31
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	31
4.3 Jenis dan Rancangan	31
4.4 Populasi dan Sampel	31
4.4.1 Populasi Target	31
4.4.2 Populasi Terjangkau	31

4.4.3	Sampel	31
4.4.4	Cara Sampling.....	32
4.5	Definisi Operasional	32
4.6	Pengumpulan Data.....	33
4.6.1	Alat Dan Bahan Penelitian	33
4.6.2	Jenis Data.....	34
4.6.3	Cara Kerja.....	34
4.7	Alur Penelitian.....	35
4.8	Pengolahan Data.....	35
4.9	Etika Penelitian.....	36
4.10	Jadwal Penelitian	37
BAB V.	HASIL PENELITIAN	38
5.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	38
5.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	38
5.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan	39
5.4	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin.....	39
5.5	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Berdasarkan Pekerjaan	40
BAB VI.	PEMBAHASAN.....	41
6.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	41
6.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	43
6.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan	45
6.4	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin.....	46
6.5	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Berdasarkan Pekerjaan	48
BAB VII.	KESIMPULAN	51
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Dermatofit Yang Paling Umum Menyebabkan Infeksi Pada Manusia Dan Hewan. Tata Nama Infeksi Didasarkan Pada Infeksi Pada Inang Primer.....	14
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	32
Tabel 4.2	Jadwal Penelitian.....	37
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Pasien Dermatofitosis Berdasarkan Usia di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 – 2024.....	38
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Pasien Dermatofitosis Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 – 2024	38
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Pasien Dermatofitosis Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 – 2024.....	39
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Dermatofitosis Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 – 2024	39
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Usia Pasien Dermatofitosis Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Pegambiran Kota Padang Periode 2023 – 2024	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Genus <i>Trichophyton</i>	8
Gambar 2.2	Genus <i>Microsporum</i>	2
Gambar 2.3	Genus <i>Epidermophyton</i>	9
Gambar 2.4	Epidermomikosis dan trikhomikosis. Epidermomikosis (A), dermatofit (titik dan garis merah) memasuki stratum korneum dengan merusak lapisan tanduk dan juga menyebabkan respons radang (titik hitam sebagai sel-sel radang) yang berbentuk eritema, papula, dan vasikulasi. Sedangkan pada trikhomikosis pada batang rambut (B), ditunjukkan titik merah, menyebabkan rusak dan patah, jika infeksi berlanjut sampai ke folikel rambut, akan memberikan respons radang yang lebih dalam, ditunjukkan titik hitam, yang mengakibatkan reaksi radang berupa nodul, pustulasi folikel dan pembentukan abses.	10
Gambar 2.5	<i>Tinea Capitis</i>	16
Gambar 2.6	<i>Tinea Faciei</i>	17
Gambar 2.7	<i>Tinea barbae</i>	17
Gambar 2.8	<i>Tinea corporis</i>	18
Gambar 2.9	<i>Tinea manuum</i>	18
Gambar 2.10	<i>Tinea cruris</i>	19
Gambar 2.11	<i>Tinea pedis Interdigital</i>	20
Gambar 2.12	<i>Tinea pedis Moccasin</i>	20
Gambar 2.13	<i>Tinea pedis Vesikobulos</i>	20
Gambar 2.14	<i>Tinea unguium</i>	21
Gambar 2.15	Klasifikasi Dermatofitosis Pada Manusia.....	21
Gambar 2.16	Hifa dan Spora jamur pada pemeriksaan KOH dengan perbesaran 400x.....	24
Gambar 2.17	Hifa jamur pada pemeriksaan KOH dengan perbesaran 400x.	24
Gambar 2.18	(A) Plak eritematosa berukuran 4 cm dengan sisik kekuningan terlihat di area frontal kiri selama 2 minggu. Tes kalium hidroksida(KOH) menunjukkan hasil positif. (B) Floresensi khas berwarna biru-hijau terdeteksi menggunakan lampu Wood.....	27
Gambar 3.1	Kerangka Teori.....	30
Gambar 4.1	Alur Penelitian	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Master Tabel	58
Lampiran 2. Hasil Olah Data	69
Lampiran 3. Surat Etik Penelitian	72
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian.....	73
Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian	74

DAFTAR SINGKATAN

1. **WHO** : *World Health Organization*
2. **KOH** : Kalium Hidroksida
3. **SDA** : Sabouraud Dextrose Agar
4. **PAS** : Periodic Acid-Schiff
5. **GMS** : Gomori Methamine Silver

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dermatofitosis merupakan masalah pada kulit, rambut, dan kuku yang paling dominan dijumpai di negara berkembang yang disebabkan oleh jamur dermatofit dan menjadi salah satu infeksi jamur yang paling umum diseluruh dunia, terutama di daerah beriklim tropis seperti Indonesia yang memiliki suhu dan kelembapan tinggi yang mendukung pertumbuhan dermatofit. Jamur dermatofit terdiri dari tiga genus utama, yaitu *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*, yang memiliki kemampuan untuk memecah keratin sehingga dapat menginfeksi jaringan yang mengandung keratin.(1–3)

Prevalensi dermatofitosis di setiap negara bervariasi. Data yang diambil dari *World Health Organization* (WHO) ada sekitar 20% dari seluruh kasus infeksi jamur kulit di dunia adalah dermatofitosis, dengan infeksi yang paling umum berupa *tinea corporis*, *tinea cruris*, *tinea pedis*, dan *onikomikosis*.(4) Di Asia, prevalensi dermatofitosis mencapai sekitar 35%, terutama di negara-negara dengan tingkat kebersihan rendah, kepadatan penduduk tinggi, dan kondisi sosial ekonomi kurang mendukung.(5) Hasil data dari survei Dinas Kesehatan Kota Padang kejadian dermatofitosis di Sumatera Barat khususnya di Kota Padang tercatat sebanyak 8.577 kasus dermatofitosis pada periode Januari 2023 sampai Desember 2023, dengan tren peningkatan jumlah penderita setiap bulannya. Pada tahun berikutnya, yaitu periode Januari hingga Juni 2024, angka kejadian dermatofitosis meningkat menjadi 12.393 kasus.

Dermatofitosis dapat di diagnosis melalui beberapa metode, seperti Pemeriksaan klinis, Pemeriksaaan *Kalium Hidroksida* (KOH), Kultur Jamur, Pemeriksaan Lampu Wood, Pemeriksaan Histopatologi. Pemeriksaan klinis dermatofitosis dilakukan dengan mengamati lesi pada kulit pasien, yang biasanya tampak sebagai bercak merah bersisik dengan tepi yang berbatas tegas dan menonjol, sering disertai rasa gatal. Pola distribusi lesi dan riwayat kontak dengan lingkungan lembap atau binatang yang terinfeksi dapat menjadi petunjuk awal untuk diagnosis.(6) Selain itu, pemeriksaan Kalium Hidroksida (KOH) dilakukan dengan mengambil sampel kulit, rambut, atau kuku yang terinfeksi, lalu ditetesi larutan KOH 10-20% dan diamati di bawah mikroskop. KOH melarutkan debris seluler sehingga hifa dan spora jamur lebih mudah terlihat; hasil positif menunjukkan adanya hifa bercabang atau spora, yang mengonfirmasi infeksi dermatofita.(7)

Pemeriksaan kultur jamur dapat dilakukan dengan menumbuhkan sampel pada media khusus seperti Sabouraud Dextrose Agar (SDA) atau Mycosel untuk mendeteksi spesies dermatofita secara spesifik. Hasil positif ditandai dengan pertumbuhan koloni jamur yang memiliki karakteristik khusus, seperti warna dan bentuk hifa, yang membantu identifikasi spesies penyebab infeksi.(8) Lampu Wood, yang menggunakan sinar ultraviolet juga dapat digunakan untuk melihat fluoresensi pada kulit yang terinfeksi. Beberapa spesies dermatofita, terutama *Microsporum*, akan berpendar hijau kekuningan saat disinari, meskipun tidak semua jamur dermatofita berfluoresensi.(9)

Pada kasus yang sulit, pemeriksaan histopatologi melalui biopsi kulit dapat dilakukan untuk memastikan diagnosis. Sampel jaringan diwarnai dengan

pewarnaan seperti Periodic Acid-Schiff (PAS) atau Gomori Methenamine Silver (GMS), yang memperjelas struktur hifa atau spora dalam jaringan, mengonfirmasi keberadaan dermatofitosis melalui pengamatan hifa yang menembus lapisan stratum korneum.(10)

Dermatofitosis memiliki beberapa bentuk klinis yang berbeda, bergantung pada lokasi tubuh yang terinfeksi. Bentuk-bentuk infeksi ini mencakup tinea corporis (infeksi pada tubuh), tinea pedis (infeksi pada kaki), tinea capitis (infeksi pada kulit kepala), tinea unguium (infeksi pada kuku), dan tinea cruris (infeksi pada area lipatan tubuh). Gejala dermatofitosis sering kali berupa gatal, peradangan, dan perubahan warna kulit atau kuku yang terinfeksi. Infeksi ini tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan fisik bagi penderita, tetapi juga dapat berdampak pada kualitas hidup dan produktivitas, terutama jika infeksi tersebut sulit disembuhkan atau sering kambuh.(1)

Survei yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang mencatat bahwa Puskesmas Pegambiran memiliki jumlah kasus dermatofitosis tertinggi di Kota Padang selama periode 2023 hingga 2024, dengan total 624 kasus. Wilayah Pegambiran, dengan suhu udara rata-rata 28,0°C dan kelembapan 80%, menyediakan kondisi yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan jamur.(11) Pegambiran merupakan kawasan dengan banyak pabrik dan populasi penduduk yang padat, sehingga berkontribusi pada tingginya tingkat polusi dan suhu udara. Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Padang, Kecamatan Lubuk Begalung, tempat Pegambiran berada, termasuk salah satu kecamatan dengan kepadatan penduduk tertinggi di Kota Padang, mencapai 4.219 jiwa per kilometer persegi pada tahun 2024.(11) Keadaan tersebut membuat peneliti

tertarik untuk melakukan penelitian di Puskesmas Pegambiran terkait gambaran pola distribusi demografi pada pasien Dermatofitosis di Puskesmas Pegambiran.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran pola distribusi demografi pada pasien dermatofitosis di Puskesmas Penggambiran?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pola distribusi demografi pada pasien dermatofitosis di Puskesmas Penggambiran, Kota Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk Mengetahui gambaran distribusi pasien dermatofitosis di wilayah Puskesmas Penggambiran berdasarkan Demografi (Usia, Jenis Kelamin, dan Pekerjaan)

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat dijadikan suatu penelitian dasar untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan dermatofitosis.

1.4.2 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan data dasar yang dapat digunakan oleh Pelayanan Kesehatan untuk memetakan pola infeksi dermatofitosis dan prevalensi spesies dermatofit di wilayah kerjanya dan juga dapat memfasilitasi tenaga medis di Pelayanan Kesehatan dalam memberikan penanganan yang lebih tepat berdasarkan data spesies.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Meningkatkan kesadaran Masyarakat sekitar Puskesmas Penggambiran tentang pentingnya menjaga kebersihan pribadi dan lingkungan untuk mencegah infeksi dermatofitosis dan dapat menyediakan informasi yang dapat digunakan oleh Masyarakat dalam berkonsultasi ke Puskesmas mengenai dermatofitosis yang diderita.

1.4.4 Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan bahan ajar, menjadi referensi dan bahan bacaan yang terkait kejadian dermatofitosis. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk Menyusun hipotesis baru dalam penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dermatomfitosis

2.1.1 Definisi

Dermatomfitosis adalah infeksi jamur superfisial pada kulit, rambut, dan kuku yang disebabkan oleh kelompok jamur keratinofilik yang dikenal sebagai dermatofit. Jamur ini memiliki kemampuan untuk memanfaatkan keratin sebagai sumber nutrisi utama, sehingga cenderung menginfeksi jaringan yang kaya akan keratin seperti stratum korneum kulit, batang rambut, dan lempeng kuku.(12)

Dermatomfitosis sering disebut juga dengan istilah "tinea" yang diikuti dengan lokasi infeksi, misalnya tinea corporis untuk infeksi di tubuh, tinea pedis untuk infeksi di kaki, dan sebagainya.(13)

2.1.2 Epidemiologi

Dermatomfitosis merupakan salah satu infeksi jamur superfisial yang memiliki distribusi luas di seluruh dunia. Infeksi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kondisi geografis, iklim, sosial ekonomi, dan kebersihan individu. Dermatomfitosis dapat menyerang individu dari segala usia, tetapi prevalensinya lebih tinggi pada kelompok tertentu, seperti anak-anak (tinea capitis) dan orang dewasa aktif (tinea pedis atau onikomikosis).(16)

Secara global, prevalensi dermatomfitosis sangat bervariasi. Di negara-negara tropis, termasuk Asia Tenggara, prevalensi dermatomfitosis lebih tinggi karena kondisi iklim yang panas dan lembap, yang mendukung pertumbuhan jamur dermatofit. Penelitian di India, misalnya, menunjukkan bahwa dermatomfitosis menyumbang lebih dari 40% kasus infeksi jamur superfisial, dengan *Trichophyton*

rubrum sebagai spesies yang paling umum.(17) Di Afrika, prevalensi dermatofitosis pada anak-anak yang tinggal di pedesaan cenderung lebih tinggi karena keterbatasan akses terhadap fasilitas sanitasi yang memadai.(18)

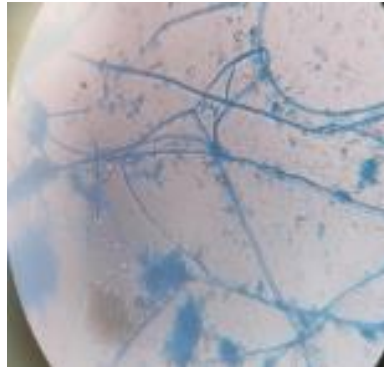
Di Indonesia, kasus dermatofitosis dilaporkan mencapai 52% dari seluruh infeksi jamur kulit, dengan *tinea cruris* dan *tinea corporis* sebagai bentuk klinis yang paling umum.(19) Di daerah perkotaan, seperti Jakarta dan Surabaya, kasus *tinea pedis* dan *tinea unguium* lebih sering ditemukan karena tingginya penggunaan alas kaki tertutup dan paparan tempat umum seperti kolam renang atau gym. Sementara itu, di daerah pedesaan, *tinea corporis* dan *tinea capitis* lebih umum terjadi, sering kali terkait dengan kontak langsung dengan hewan ternak.(20)

2.1.3 Etiologi

Etiologi dermatofitosis terutama disebabkan oleh dermatofit, yaitu kelompok jamur yang mampu mendegradasi keratin dan menginfeksi jaringan kaya keratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Dermatofitosis umumnya dipicu oleh tiga genus utama, yaitu *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*.

1. Genus *Trichophyton*

Genus *Trichophyton* dikenal sebagai salah satu penyebab utama infeksi dermatofitosis. Jamur ini terdiri dari berbagai spesies, termasuk *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Trichophyton tonsurans*, yang sering menyerang manusia. Spesies dalam genus ini dapat menginfeksi jaringan kaya keratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Selain itu, infeksi yang umum disebabkan oleh spesies ini meliputi *tinea pedis*, *tinea corporis*, dan *tinea capitis*. (21)

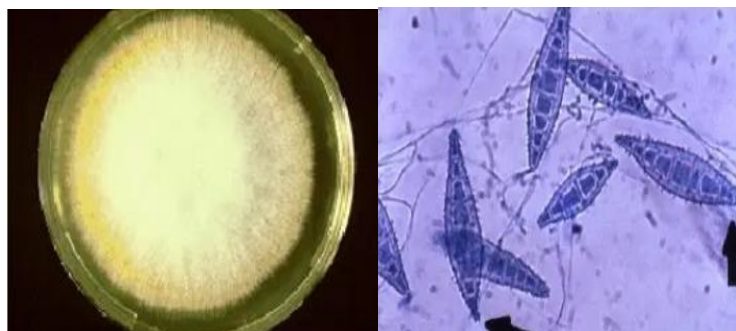


Gambar 2.1 Genus *Trichophyton*

2. Genus *Microsporum*

Genus *Microsporum* mencakup spesies yang umumnya menyerang kulit dan rambut. Salah satu spesies yang sering ditemukan pada hewan peliharaan seperti kucing dan anjing adalah *Microsporum canis*. Spesies ini dapat menular ke manusia, terutama melalui kontak langsung atau tidak langsung. Selain itu, *Microsporum gypseum*, yang biasanya ditemukan di tanah, juga memiliki potensi untuk menginfeksi manusia dan hewan.(22)

Microsporum canis sering menjadi penyebab wabah di rumah tangga, terutama yang memiliki hewan peliharaan. Penelitian menunjukkan bahwa jamur ini dapat diisolasi baik dari hewan peliharaan yang menunjukkan gejala maupun yang tampak sehat. Hal ini menandakan bahwa hewan peliharaan yang terlihat sehat sekalipun dapat menjadi pembawa dan berisiko menularkan infeksi kepada manusia.(23)



Gambar 2.2 Genus *Microsporum*

3. Genus *Epidermophyton*

Genus *Epidermophyton* diketahui hanya memiliki satu spesies yang dapat menginfeksi manusia, yaitu *Epidermophyton floccosum*. Jamur ini sering menjadi penyebab infeksi seperti *tinea cruris* (infeksi di area selangkangan) dan *tinea unguium* (infeksi jamur pada kuku). Berbeda dengan genus *Trichophyton* dan *Microsporum*, *Epidermophyton floccosum* tidak menyerang rambut.(24)



Gambar 2.3 Genus *Epidermophyton*

2.1.4 Faktor Risiko

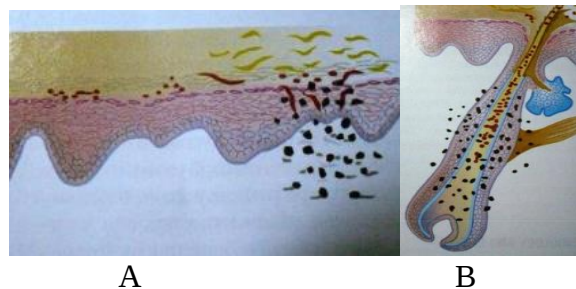
Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dermatofitosis terdiri dari banyak hal, terutama faktor predisposisi yang memudahkan infeksi. Faktor-faktor tersebut meliputi kebersihan pribadi yang buruk, penggunaan pakaian ketat yang menghambat sirkulasi udara, serta kondisi sosial ekonomi rendah. Selain itu, lingkungan tempat tinggal yang padat meningkatkan risiko kontak langsung antar kulit atau kontak erat dengan hewan yang terinfeksi. Penyakit kronis yang menurunkan sistem kekebalan tubuh, seperti infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), penggunaan obat sitostatika, serta konsumsi kortikosteroid dalam jangka panjang, juga turut berperan sebagai faktor risiko utama. (25)

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi dermatofitosis melibatkan interaksi kompleks antara agen penyebab (dermatofit), respon imun inang, dan faktor lingkungan. Berikut adalah tahapan dan mekanisme utama dalam perkembangan dermatofitosis:

1. Paparan dan Penempelan

Dermatofitosis ditularkan melalui kontak langsung dengan individu atau hewan yang terinfeksi, atau melalui benda yang terkontaminasi seperti handuk dan pakaian. Setelah kontak, spora jamur menempel pada sel-sel keratinosit di lapisan stratum korneum kulit.(26)



Gambar 2.4. Epidermomikosis dan trikhomikosis. Epidermomikosis (A), dermatofit (titik dan garis merah) memasuki stratum korneum dengan merusak lapisan tanduk dan juga menyebabkan respons radang (titik hitam sebagai sel-sel radang) yang berbentuk eritema, papula, dan vasikulasi. Sedangkan pada trikhomikosis pada batang rambut (B), ditunjukkan titik merah, menyebabkan rusak dan patah, jika infeksi berlanjut sampai ke folikel rambut, akan memberikan respons radang yang lebih dalam, ditunjukkan titik hitam, yang mengakibatkan reaksi radang berupa nodul, pustulasi folikel, dan pembentukan abses.(27)

2. Invasi dan Kolonisasi

Dermatofit menghasilkan enzim proteolitik, seperti keratinase, yang memecahkan keratin dan memungkinkan jamur menembus lapisan kulit superfisial. Jamur memanfaatkan keratin sebagai sumber nutrisi,

memungkinkan kolonisasi lebih lanjut pada kulit, rambut. Atau kuku.(28)

3. Respons Imun Inang

Sel-sel imun seperti makrofag dan neutrofil mengenali komponen jamur dan memicu respons inflamasi awal. Limfosit T-helper tipe 1 (Th1) mengeluarkan sitokin seperti interferon-gamma (IFN- γ) yang mengaktifkan makrofag untuk mengeliminasi jamur. Respon imun seluler ini penting untuk mengendalikan infeksi.(29)

4. Kerusakan Jaringan dan Gejala Klinis

Produksi sitokin pro-inflamasi menyebabkan eritema, edema, dan gatal pada area yang terinfeksi. Aktivitas enzimatis dan respons inflamasi mengakibatkan deskuamasi (pengelupasan kulit), alopecia (kerontokan rambut), atau distorsi kuku, tergantung pada lokasi infeksi.(26)

5. Faktor Virulensi Jamur

Selain keratinase, dermatofit menghasilkan lipase dan protease lain yang membantu dalam invasi jaringan. Beberapa dermatofit dapat menghindari deteksi imun dengan memodulasi respons imun inang, memungkinkan infeksi kronis atau berulang.(29)

6. Faktor Predisposisi Inang

Individu dengan sistem imun yang lemah, seperti penderita HIV atau mereka yang menggunakan kortikosteroid jangka panjang, lebih rentan terhadap infeksi dermatofit. Lingkungan lembab dan panas, kebersihan pribadi yang buruk, dan penggunaan pakaian ketat dapat meningkatkan risiko infeksi.(28)

2.1.6 Klasifikasi

2.1.6.1 Klasifikasi Dermatofitosis Berdasarkan Sumber Infeksi

1. Dermatofitosis tipe antropofilik

Dermatofit yang cenderung menginfeksi manusia diklasifikasikan sebagai dermatofit antropofilik, yang secara teoritis berevolusi dari dermatofit geofilik.(30) Hewan kadang-kadang dapat terinfeksi oleh dermatofit antropofilik melalui transmisi antroozoonotik. Sekitar 10 spesies dermatofit termasuk dalam kelompok ini, dengan genus utama meliputi *Trichophyton* dan *Epidermophyton*.(31) Sebagian besar infeksi disebabkan oleh *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*, dan *Epidermophyton floccosum*, di mana *T. rubrum* menjadi dermatofit yang paling luas penyebarannya dan sering menginfeksi manusia.(32)

2. Dermatofitosis tipe zoofilik

Spesies dermatofit zoofilik telah berevolusi untuk hidup pada hewan selain manusia. Spesies utama yang menyebabkan infeksi pada hewan meliputi *Microsporum canis*, *Nannizzia persicolor*, *Nannizzia nana*, *Trichophyton equinum*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Trichophyton verrucosum*.(33) Pada manusia, infeksi umumnya disebabkan oleh *M. canis*, *T. mentagrophytes*, dan *T. verrucosum*.(34) Ketika infeksi ini terjadi pada manusia, biasanya ditandai dengan peradangan yang lebih hebat dan durasi infeksi yang lebih singkat dibandingkan dengan infeksi dermatofitosis antropofilik.(32) Respons inflamasi yang lebih kuat ini diduga disebabkan oleh kurangnya adaptasi antara inang dan patogen.(35) Selain itu, jamur ini juga dapat mengalami reproduksi seksual.(36)

Kucing merupakan inang utama bagi *M. canis*. Sementara itu, dermatofit zoofilik lainnya dapat menginfeksi hewan ternak seperti babi dan ruminansia, sehingga petani dan pekerja ternak memiliki risiko lebih tinggi terkena infeksi zoonosis.(37,38)

3. Dermatomitososis tipe geofilik

Dermatofit geofilik terutama hidup di tanah dan sisa-sisa keratin yang terlepas dari hewan, serta jarang menyebabkan infeksi pada manusia dan hewan.(31,33) Secara ekologis, jamur ini berperan penting dalam menguraikan keratin dan mengembalikan nutrisi ke dalam tanah.(39) Infeksi yang disebabkan oleh dermatofit geofilik umumnya tidak menular antar inang dan diperoleh langsung dari lingkungan. Namun, jika suatu spesies geofilik secara konsisten mempertahankan populasi pada inang tertentu dan sering menyebabkan infeksi, maka spesies tersebut dapat diklasifikasikan ulang sebagai jamur zoofilik.(40) Spesies yang paling sering menyebabkan infeksi pada manusia dan hewan adalah *Nannizzia gypsea* (sebelumnya dikenal sebagai *Microsporum gypseum*).(33,41) Kontak langsung dengan tanah, terutama tanpa perlindungan, meningkatkan risiko terkena infeksi dermatomitososis geofilik.(42) Profesi tertentu seperti petani juga memiliki risiko lebih tinggi untuk tertular infeksi ini.(43)

Infeksi akibat dermatofit geofilik jarang terjadi, gejalanya berbeda dibandingkan dengan infeksi dermatofit antropofilik dan zoofilik. Pada kasus ini, respons inflamasi cenderung lebih parah, tetapi durasi infeksi lebih singkat. Hal ini menunjukkan bahwa adaptasi jamur terhadap inang dapat menyebabkan respons imun yang lebih lemah dan periode replikasi yang lebih

lama.(44) Karena dermatofit geofilik belum beradaptasi dengan spesies inang tertentu, mereka tidak mengalami tekanan seleksi spesifik inang seperti dermatofit antropofilik.(45) Tanda-tanda klinis infeksi dermatofitosis geofilik seringkali menyerupai penyakit kulit lainnya, sehingga diagnosis bisa sulit dilakukan tanpa pemeriksaan kultur atau analisis urutan genetik. *Nannizzia gypsea* dapat menyebabkan *tinea corporis* dan, meskipun jarang, *tinea capitis* pada manusia.(31,46,47) Habitat dan karakteristik reproduksi bervariasi di antara dermatofit dari berbagai klasifikasi, pendekatan diagnostik klinis yang digunakan tetap sama untuk semua jenis dermatofit.

Tabel 2.1 Klasifikasi Dermatofit Yang Paling Umum Menyebabkan Infeksi Pada Manusia Dan Hewan. Tata Nama Infeksi Didasarkan Pada Infeksi Pada Inang Primer.

Klasifikasi	Spesies	Inang	Tipe Infeksi	Distribusi Geografis
Antropofilik	<i>Trichophyton rubrum</i>	Manusia	Tinea pedis, tinea unguium, tinea cruris, tinea faciei, tinea corporis, tinea manuum, tinea barbae	Seluruh Dunia
	<i>Trichophyton tonsurans</i>	Manusia	Tinea capitis, tinea corporis, tinea faciei	Seluruh dunia
	<i>Epidermophyton floccosum</i>	Manusia	Tinea cruris	Seluruh dunia
	<i>Trichophyton digitale</i>	Manusia	Tinea pedis	Seluruh dunia
	<i>Trichophyton Schoenleinii</i>	Manusia	Tinea capitis favosa	Asia, Eropa, Africa
Zoofilik	<i>Microsporum canis</i>	Kucing	Ringworm (binatang)	Seluruh Dunia

Klasifikasi	Spesies	Inang	Tipe Infeksi	Distribusi Geografis
	<i>Nannizzia persicolor</i> (sebelumnya bernama <i>Arthroderma persicolor</i>)	Tikus, Kelelawar	Ringworm (binatang)	Africa, Australia, Eropa, Amerika Utara
	<i>Nannizzia nana</i> (sebelumnya bernama <i>Microsporum nanum</i>)	Babi	Ringworm (binatang)	Seluruh Dunia
	<i>Trichophyton equinum</i>	Kuda	Ringworm (binatang)	Seluruh Dunia
	<i>Trichophyton mentagrophytes</i> (sebelumnya bernama <i>Arthroderma vanbreuseghemii</i>)	Tikus, Marmut	Ringworm (binatang)	Seluruh Dunia
	<i>Trichophyton verrucosum</i>	Ternak	Ringworm (binatang)	Seluruh Dunia
Geofilik	<i>Nannizzia gypsea</i> (sebelumnya bernama <i>Microsporum gypseum</i>)	Tanah	Ringworm (Binatang), Tinea capitis/tinea corporis (Manusia)	Seluruh Dunia

Tabel berikut dibuat berdasarkan kutipan dari sumber. (44,48–63)

2.1.6.2 Klasifikasi Dermatofitosis Berdasarkan Gambaran Klinis

Dermatofitosis dapat dibagi berdasarkan gambaran klinis pada manusia yaitu, *tinea corporis*, *tinea pedis*, *tinea cruris*, *tinea unguium*, *tinea manuum*, *tinea faciei*, *tinea barbae* dan *tinea capitis*. (7)

1. *Tinea Capitis*

Tinea capitis adalah infeksi dermatofit yang menyerang kulit kepala dan batang rambut. Penyakit ini sering dijumpai pada anak-anak, terutama di lingkungan dengan kebersihan yang kurang baik. Secara klinis, *tinea capitis*

dapat muncul dalam beberapa bentuk, antara lain:

- a. Gray Patch: Ditandai dengan bercak bersisik berwarna abu-abu dengan rambut yang patah di dekat permukaan kulit.
- b. Black Dot: Rambut patah di permukaan kulit membentuk titik-titik hitam.
- c. Kerion: Peradangan hebat yang menyebabkan massa bernanah dan nyeri, sering disertai alopecia sementara.
- d. Favus: Ditandai dengan kerak kuning tebal yang disebut *scutula*, seringkali menyebabkan jaringan parut permanen. Infeksi ini umumnya disebabkan oleh *Trichophyton tonsurans* dan *Microsporum canis*.(64)



Gambar 2.5 *Tinea Capitis*

2. *Tinea faciei*

Tinea faciei adalah infeksi dermatofit yang terjadi pada kulit wajah, kecuali area janggut pada pria. Lesi biasanya berupa bercak eritematosa bersisik dengan tepi aktif yang gatal. Gejala dapat memburuk dengan paparan sinar matahari. Infeksi ini sering disebabkan oleh *Trichophyton rubrum* dan *Microsporum canis*.(65)



Gambar 2.6 *Tinea Faciei*

3. *Tinea barbae*

Tinea barbae adalah infeksi dermatofit yang menyerang area berambut di wajah, seperti janggut dan kumis. Penyakit ini lebih sering terjadi pada pria dewasa. Secara klinis, *tinea barbae* dapat menyebabkan peradangan yang signifikan dengan gejala berupa pustula, nodul, dan pembengkakan pada folikel rambut. Spesies jamur yang sering menyebabkan *tinea barbae* adalah *Trichophyton mentagrophytes* dan *Trichophyton verrucosum*.(66)



Gambar 2.7 *Tinea barbae*

4. *Tinea Corporis*

Tinea corporis, atau dikenal sebagai "kurap tubuh", menyerang kulit glabrous (tidak berambut) pada tubuh. Lesi klinisnya berbentuk melingkar atau oval dengan tepi bersisik aktif dan pusat yang lebih tenang, menyerupai

cincin. Infeksi ini dapat menyebar melalui kontak langsung dengan orang, hewan, atau benda yang terkontaminasi. Penyebab utama tinea corporis adalah *Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, dan *Trichophyton mentagrophytes*.(61)



Gambar 2.8 *Tinea corporis*

5. *Tinea manuum*

Tinea manuum menyerang telapak tangan, sering kali bersifat unilateral (hanya satu sisi). Gejalanya berupa skuama difus dan hiperkeratosis, menyerupai kulit yang kering dan bersisik. Infeksi ini seringkali berhubungan dengan tinea pedis. Penyebab utamanya adalah *Trichophyton rubrum*.(67)



Gambar 2.9 *Tinea manuum*

6. *Tinea cruris*

Tinea cruris adalah infeksi dermatofit yang menyerang area lipatan paha, perineum, dan bokong. Infeksi ini lebih sering terjadi pada pria dewasa, terutama di lingkungan yang panas dan lembap. Gejala klinisnya berupa lesi eritematosa bersisik dengan batas tegas yang gatal. Lesi dapat meluas ke bokong atau perut bagian bawah. Penyebab umum *tinea cruris* adalah *Trichophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum*.(3)



Gambar 2.10 *Tinea cruris*

7. *Tinea pedis*

Tinea pedis, atau dikenal sebagai "athlete's foot", menyerang kulit kaki, terutama di sela-sela jari kaki. Ada tiga bentuk klinis utama *tinea pedis*:

- a. *Tipe Interdigital*: Ditandai dengan maserasi, fisura, dan skuama di sela-sela jari kaki.
- b. *Tipe Moccasin*: Hiperkeratosis difus pada telapak kaki dengan skuama.
- c. *Tipe Vesikobulosa*: Adanya vesikel atau bula pada lengkung kaki yang disertai rasa gatal. Penyebab utama *tinea pedis* adalah *Trichophyton rubrum* dan *Trichophyton mentagrophytes*.(32)



Gambar 2.11 *Tinea pedis Interdigital*



Gambar 2.12 *Tinea pedis Moccasin*



Gambar 2.13 *Tinea pedis Vesikobulos*

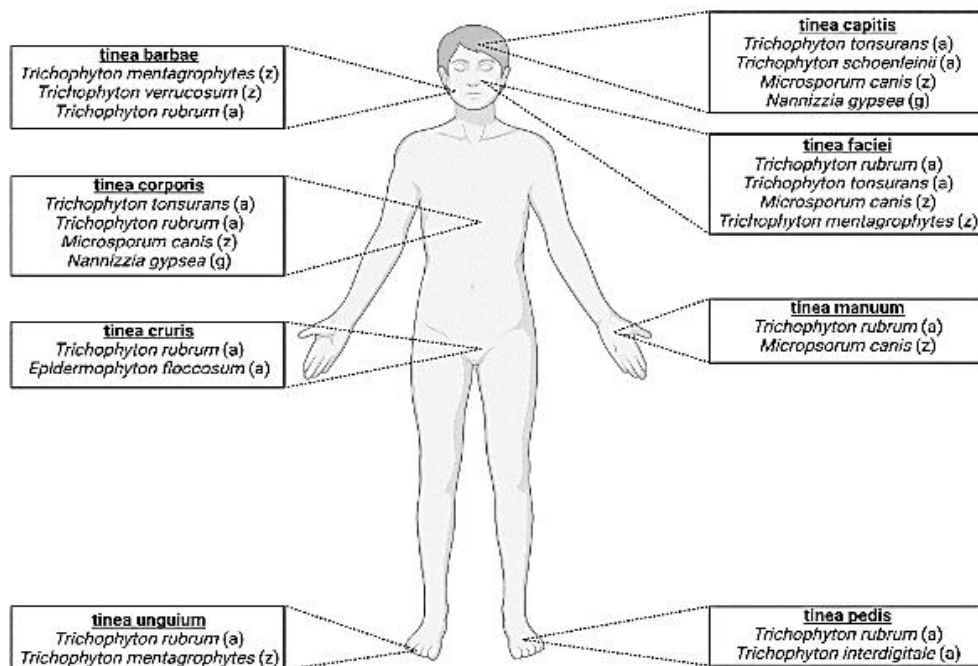
8. *Tinea unguium*

Tinea unguium adalah infeksi dermatofit pada kuku tangan atau kaki. Gejala klinis meliputi penebalan kuku, perubahan warna menjadi kuning atau

putih, serta kuku menjadi rapuh dan mudah patah. Infeksi ini sering disebabkan oleh *Trichophyton rubrum* dan *Trichophyton mentagrophytes*.(68)



Gambar 2.14 *Tinea unguium*



Gambar 2.15 Klasifikasi Dermatofitosis Pada Manusia

Lokasi anatomis infeksi menentukan jenis dermatofitosis. Untuk setiap klasifikasi, spesies jamur yang paling sering menyebabkan infeksi dicantumkan; (a) = antropofilik, (z) = zoofilik, (g) = geofilik.

2.1.7 Diagnosis

Diagnosis dermatofitosis dilakukan berdasarkan hasil anamnesis, pengamatan gambaran efloresensi, pemeriksaan mikroskopis dengan hasil positif, dan dapat dilanjutkan dengan kultur untuk menentukan jenis jamur yang menginfeksi.

1. Anamnesis

Anamnesis, biasanya ditemukan lesi kulit yang khas berupa bercak dengan batas tegas, di mana bagian tepi lesi tampak lebih aktif. Lesi ini sering kali menunjukkan kerusakan jaringan kulit akibat respons inflamasi inang. Gejala dapat disertai rasa gatal, dan jika area tersebut digaruk, papula atau vesikel yang ada dapat pecah, sehingga membentuk krusta dan skuama setelah mengering.(69)

2. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan KOH

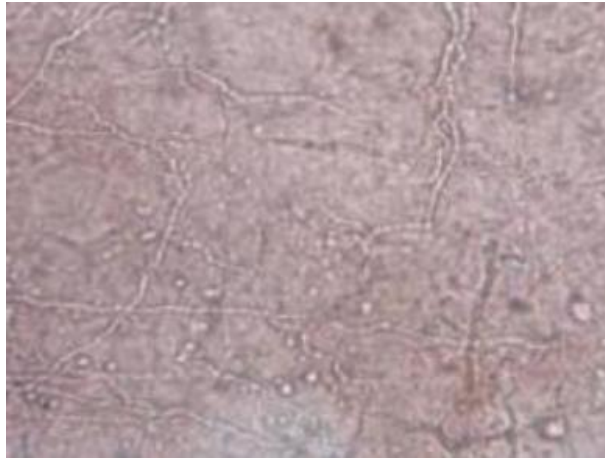
Metode standar emas untuk mendiagnosis dermatofitosis adalah pemeriksaan mikroskopis menggunakan Kalium Hidroksida (KOH) dengan konsentrasi 10-20%. Kehadiran hifa bersepta dan bercabang, serta spora dalam sediaan mikroskopis yang direndam dengan reagen KOH, dapat mengonfirmasi diagnosis dermatofitosis. Pemeriksaan KOH merupakan teknik yang cepat, sederhana, dan ekonomis, serta secara luas digunakan sebagai metode skrining awal dalam kasus dermatofitosis.(70)

Prosedur pemeriksaan dermatofitosis dengan KOH dimulai dengan pengambilan sampel berupa kerokan kulit, rambut, atau kuku dari area yang dicurigai terinfeksi. Sebelum pengambilan sampel, area tersebut dibersihkan terlebih dahulu menggunakan alkohol swab. Sampel

sebaiknya diambil dari bagian aktif lesi, yaitu tepi lesi, dengan cara mengerok secara perlahan menggunakan bagian tumpul mata pisau bedah. Sampel yang diperoleh kemudian disimpan dalam cawan petri atau langsung ditempatkan pada kaca objek steril untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Langkah berikutnya adalah pembuatan preparat. Teteskan reagen KOH 10% untuk sampel kulit dan rambut, atau KOH 20% untuk sampel kuku, pada kaca objek. Letakkan sampel kerokan kulit, rambut, atau kuku pada tetesan KOH menggunakan ujung jarum ose yang telah dibasahi dengan reagen tersebut. Setelah itu, tutup preparat dengan kaca penutup (cover glass). Preparat kemudian dilewatkan di atas api beberapa kali untuk membantu melarutkan keratin, lalu dibiarkan selama sekitar 10 menit agar reagen bekerja optimal.

Preparat yang telah siap kemudian diperiksa di bawah mikroskop dengan kondensor rendah. Pemeriksaan dilakukan menggunakan lensa objektif dengan perbesaran 10x dan 40x untuk mengidentifikasi keberadaan struktur jamur. Teknik ini memungkinkan deteksi cepat dan akurat terhadap elemen jamur, seperti hifa dan spora, yang menjadi indikator infeksi dermatofitosis.



Gambar 2.16 Hifa Dan Spora Jamur Pada Pemeriksaan KOH Dengan Perbesaran 400x



Gambar 2.17 Hifa Jamur Pada Pemeriksaan KOH Dengan Perbesaran 400x

b. Kultur Jamur

Kultur jamur adalah metode diagnostik yang digunakan untuk mengidentifikasi spesies jamur penyebab infeksi. Proses ini melibatkan inokulasi sampel klinis, seperti kerokan kulit, rambut, atau potongan kuku, ke dalam media kultur khusus yang mendukung pertumbuhan jamur. Media yang sering digunakan adalah Sabouraud Dextrose Agar (SDA) yang diperkaya dengan antibiotik untuk menghambat pertumbuhan bakteri kontaminan.(77)

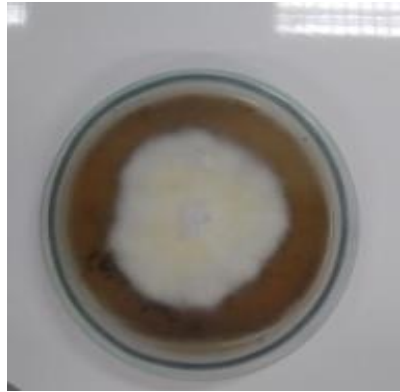
Pengambilan sampel yang tepat sangat penting untuk keberhasilan kultur jamur. Area yang terinfeksi dibersihkan terlebih dahulu dengan alkohol 70% untuk mengurangi kontaminasi. Kemudian, kerokan kulit, rambut yang terinfeksi, atau potongan kuku diambil dari tepi lesi aktif menggunakan alat steril. Sampel ini kemudian ditempatkan ke dalam wadah steril untuk dikultur.(78)

Sabouraud Dextrose Agar (SDA) adalah media yang paling umum digunakan untuk kultur jamur. Media ini dapat diperkaya dengan antibiotik seperti kloramfenikol untuk menghambat pertumbuhan bakteri dan sikloheksimid untuk menghambat pertumbuhan jamur non-dermatofita. Media lain yang dapat digunakan termasuk Potato Dextrose Agar (PDA) dan media selektif khusus untuk dermatofita(77)

Setelah inokulasi, media kultur diinkubasi pada suhu 25-30°C selama 2 hingga 4 minggu. Pertumbuhan koloni diamati secara berkala, dan identifikasi dilakukan berdasarkan karakteristik makroskopis seperti warna, tekstur, dan morfologi koloni, serta karakteristik mikroskopis melalui pewarnaan dan pemeriksaan mikroskopis.(79)

Kultur jamur dianggap sebagai standar emas dalam diagnosis dermatofitosis karena kemampuannya mengidentifikasi spesies penyebab secara akurat. Namun, metode ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain waktu inkubasi yang relatif lama dan kemungkinan hasil negatif palsu akibat teknik pengambilan sampel yang kurang tepat atau jumlah organisme yang rendah dalam sampel.(79)

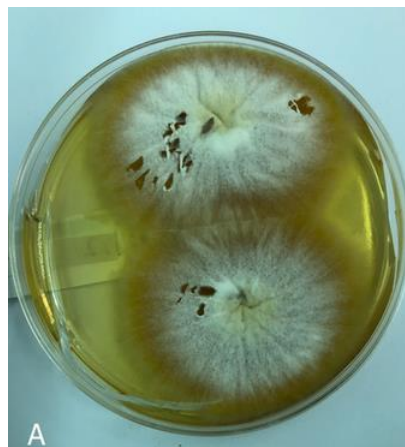
Genus *Trichophyton*



▪ **Karakteristik**

Makroskopis: Koloni berwarna putih hingga krem dengan permukaan berbulu atau bertepung.

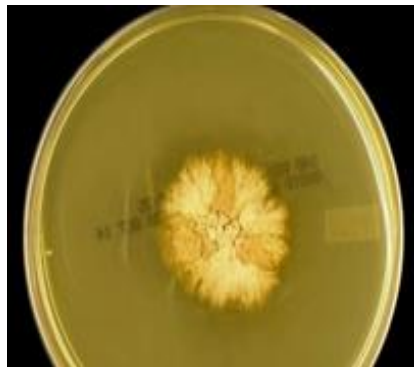
Genus *Microsporum*



▪ **Karakteristik**

Makroskopis: Koloni berwarna putih hingga krem dengan permukaan berbulu.

Genus *Epidermophyton*



▪ **Karakteristik**

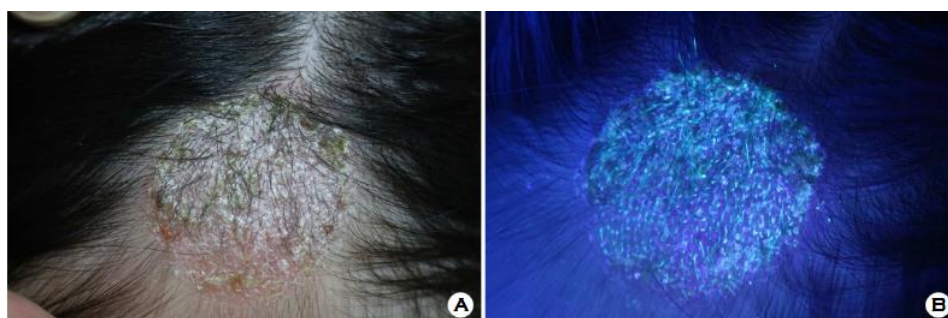
Makroskopis: Koloni berwarna kuning kehijauan dengan permukaan halus.

c. Lampu Wood

Lampu Wood memancarkan sinar ultraviolet dengan panjang gelombang 360 nm (dikenal sebagai sinar hitam) yang bermanfaat untuk memeriksa kondisi kulit dan rambut. Alat ini memungkinkan visualisasi pigmen fluoresen serta variasi warna pigmentasi secara detail.(71)

Pada infeksi jamur, lampu Wood membantu memberikan gambaran kepada klinisi mengenai berbagai spesies. *Tinea versicolor* menunjukkan fluoresensi kekuningan-putih atau oranye tembaga. *Tinea capitis* dapat memperlihatkan warna biru-hijau (pada sebagian besar spesies *Microsporum*).⁽⁷²⁾ Ketika lesi diamati secara makroskopis dan diidentifikasi sebagai infeksi *Microsporum canis*, terlihat lesi menyerupai eksim (**Gambar 1A**). Fluoresensi biru-hijau yang jelas dapat diamati pada lesi menggunakan lampu Wood (**Gambar 1B**). Kadang-kadang, *tinea capitis* dapat menunjukkan fluoresensi kuning redup (oleh *Microsporum gypseum*) atau biru redup (oleh *Trichophyton schoenleinii*).⁽⁷²⁾

Tinea sering salah didiagnosis sebagai dermatitis, selulitis, dan kondisi lainnya. Kesalahan diagnosis ini biasanya disebabkan oleh kurangnya kesadaran akan penyakit tersebut, yang mengarah pada pendekatan diagnostik yang tidak tepat. Tes lampu Wood dapat menjadi alat diagnostik yang berguna bagi klinisi dalam mengidentifikasi *tinea*.⁽⁷³⁾



Gambar 2.18 (A) Plak eritematosa berukuran 4 cm dengan sisik kekuningan terlihat di area frontal kiri selama 2 minggu. Tes kalium hidroksida(KOH) menunjukkan hasil positif. (B) Fluoresensi khas berwarna biru-hijau terdeteksi menggunakan lampu Wood.

2.1.8 Tatalaksana

Penatalaksanaan dermatofitosis terdapat 2 cara yaitu tatalaksana Farmakologis dan Non-Farmakologis.

1. Tatalaksana Farmakologis

Penanganan dermatofitosis secara farmakologis dilakukan dengan pemberian obat antijamur topikal. Obat antijamur topikal yang umum digunakan meliputi kelompok allylamine, imidazol, siklopiroks, benzylamine, dan tolnaftate. Sediaan topikal yang paling efektif untuk pengobatan adalah dalam bentuk krim atau larutan, karena setelah dioleskan pada area lesi, pemijatan dapat dilakukan untuk meningkatkan interaksi obat dengan jamur. Pada kasus yang berat, pengobatan dermatofitosis memerlukan antijamur sistemik. Pilihan terapi untuk orang dewasa meliputi flukonazol oral 150-200 mg/hari selama 4-6 minggu, griseofulvin 500-1000 mg/hari selama 4 minggu, itrakonazol 200-400 mg/hari selama 1 minggu, atau terbinafine 250 mg/hari selama 2 minggu. Sementara itu, untuk anak-anak, dosis yang dianjurkan adalah flukonazol 6 mg/kgBB/hari selama 4-6 minggu, griseofulvin 15-20 mg/kgBB/hari selama 4 minggu, dan itrakonazol 3-5 mg/kgBB/hari selama 1 minggu.(74)

Antibiotik topikal dan sistemik dapat ditambahkan ke dalam regimen pengobatan dermatofitosis jika terdapat indikasi, seperti adanya infeksi bakteri sekunder. Antibiotik topikal yang sering digunakan meliputi mupirocin, retapamulin, neomycin, gentamicin, bacitracin, dan polymyxin B untuk menangani infeksi bakteri superfisial. Sementara itu, untuk antibiotik sistemik, hampir semua jenis dapat digunakan, dengan penisilin dan

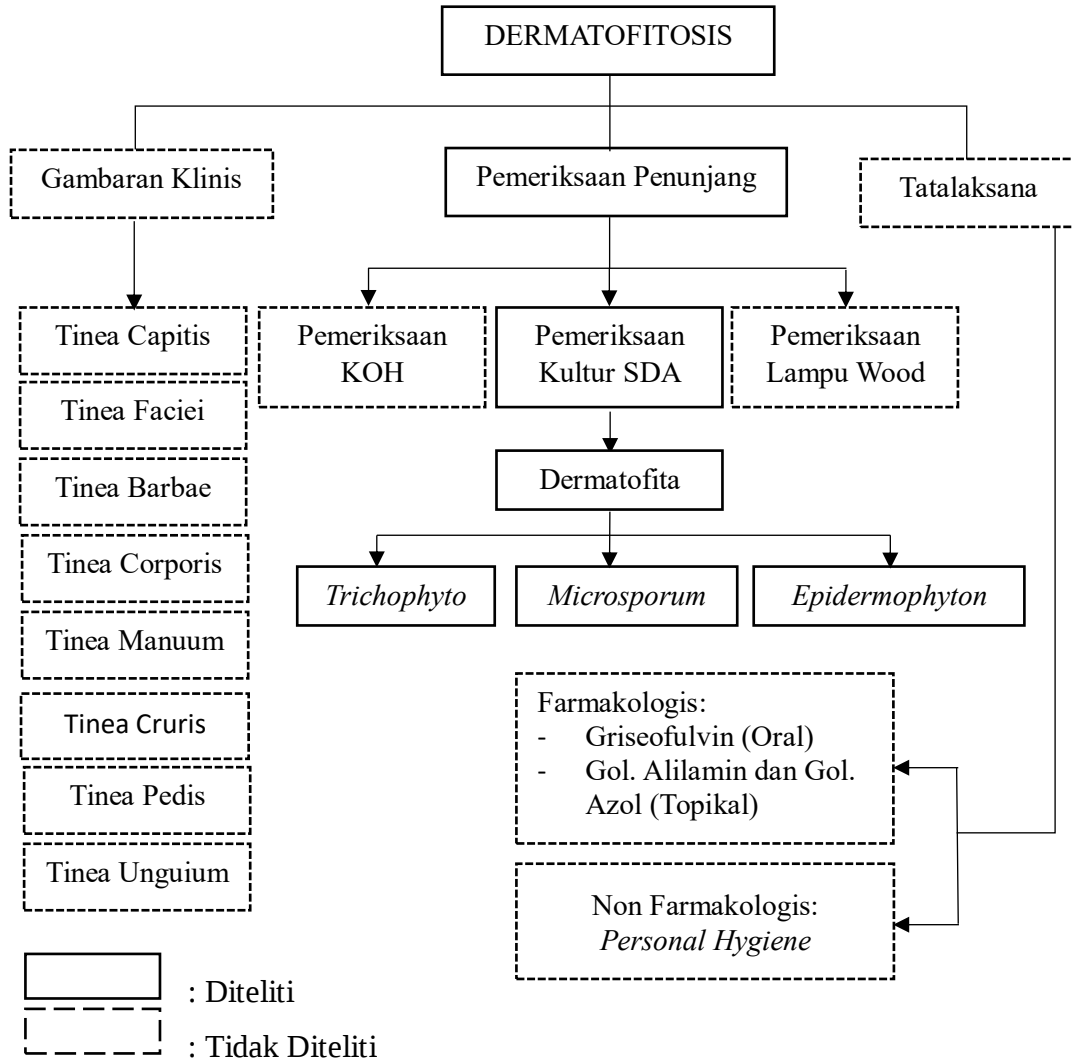
sefalosporin sebagai pilihan utama. Selain itu, kortikosteroid seperti betametason dapat diberikan untuk membantu mempercepat proses penyembuhan.(74)

2. Non-Farmakologis

Pasien disarankan untuk mengenakan pakaian longgar yang terbuat dari bahan katun atau kain sintetis yang dapat menyerap kelembapan. Kaus kaki dengan sifat serupa juga dianjurkan. Area yang rentan terhadap infeksi harus dikeringkan secara menyeluruh sebelum mengenakan pakaian. Selain itu, pasien sebaiknya menghindari berjalan tanpa alas kaki dan tidak berbagi pakaian.(75) Menggunakan alas kaki saat di jamban atau kolam renang juga dapat mencegah terjadinya dermatofitosis. (76)

BAB III KERANGKA TEORI

3.1 Kerangka Teori



Gambar 3.1 Kerangka Teori

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah Ilmu Kedokteran Kulit dan Kelamin & Mikrobiologi.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Puskesmas Peggambiran Kota Padang. Penelitian ini akan dilaksanakan mulai bulan Mei 2025 sampai selesai.

4.3 Jenis dan Rancangan

Jenis penelitian ini adalah Deskriptif Kuantitatif dengan desain penelitian Studi Retrospektif.

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi Target

Populasi target adalah seluruh pasien di Puskesmas Peggambiran.

4.4.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau adalah semua pasien yang terdiagnosis dermatofitosis di Puskesmas Peggambiran.

4.4.3 Sampel

Sampel penelitian adalah pasien dermatofitosis di wilayah kerja puskesmas peggambiran kota padang tahun 2025 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi pada penelitian ini adalah :

Pasien yang tercatat di rekam medis Puskesmas Pegambiran dengan diagnosis dermatofitosis pada periode Januari 2023 - Desember 2024.

b. Kriteria Eksklusi pada penelitian ini adalah :

Data rekam medis yang tidak lengkap.

4.4.4 Cara Sampling

Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Total Sampling*, yaitu seluruh data pasien dermatofitosis yang tercatat di rekam medis Puskesmas Pegambiran Kota Padang selama tahun 2023 hingga 2024 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diikutseratakan dalam penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Skala
Pasien Dermatofitosis	Pasien dengan diagnosis dermatofitosis yang tercatat di rekam medis Puskesmas Pegambiran	Diagnosis pada rekam medis	Nominal
Distribusi Usia	Kelompok umur pasien pada saat bertobat (perspektif psikologis (Hurlock))	0-12 = Kanak-kanak 12-18 = Remaja 18-24 = Awal Dewasa 24-40 = Dewasa Pertengahan 40-60 = Dewasa > 60 = Tua/Lansia	Rasio
Jenis Kelamin	Jenis kelamin pasien sesuai identitas dalam rekam medis	1= Laki-laki 2= Perempuan	Nominal
Pekerjaan	Jenis pekerjaan pasien sebagaimana tercatat dalam rekam medis	1 = Guru, 2 = IRT 3 = Karyawan 4 = Mahasiswa 5 = Pedagang 6 = Pelajar 7 = Pensiunan 8 = Perawat 9 = Petani 10 = Sopir	Nominal

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Alat Dan Bahan Penelitian

A. Alat

1. Laptop

Digunakan untuk pengolahan data, penulisan skripsi, dan analisis statistik.

2. Microsoft Excel / SPSS

Digunakan untuk entri dan analisis data (frekuensi, tabulasi,garifk).

3. Penyimpanan Digital

Untuk menyimpan data hasil rekap dari rekam medis.

4. Printer dan Alat Tulis

Jika diperlukan untuk mencetak data atau membuat catatan fisik.

B. Bahan

1. Data Rekam Medis Pasien Dermatofitosis

Data dari Puskesmas Pegambiran yang mencakup identitas pasien seperti Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Alamat, Tahun Kunjungan.

2. Lembar Pengumpulan Data (Check Sheet)

Formulir pengumpulan data berdasarkan variable yang telah ditentukan.

3. Panduan Operasional Variabel / Kodefikasi Data

Untuk memastikan setiap data dicatat sesuai standar dan definisi operasional variabel.

4.6.2 Jenis Data

Jenis data yang digunakan pada penelitian adalah data sekunder. Data sekunder diperoleh dari rekam medis yang tercatat di Puskesmas Pegambiran.

4.6.3 Cara Kerja

1. Izin Penelitian :

- Mengajukan surat izin penelitian ke Puskesmas Pegambiran dan bagian rekam medis
- Mendapatkan akses data pasien dengan diagnosa dermatofitosis periode 2023 – 2024

2. Pengumpulan Data :

- Menyaring pasien berdasarkan kode ICD-10 B35
- Mencatat usia pasien saat kunjungan, alamat, pekerjaan, dan jenis kelamin pasien.

4.7 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Pengolahan Data

Data yang diperoleh selanjutnya dilakukan pengolahan data melalui tahap - tahap yakni :

1. Pemeriksaan data (*Editing*)

Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk memudahkan penelitian dan untuk mengecek ulang apakah data yang diperlukan sudah lengkap.

2. Pengkodean data (*Coding*)

Pengkodean data dilakukan dengan memberikan kode pada data yang dikelompokkan.

3. Pemindahan data (*Entry*)

Komputerisasi digunakan untuk mengolah dan mengevaluasi data yang sudah dikode dan dimodifikasi.

4. Pentabulasi data (*Tabulating*)

Semua data yang sudah diisi dengan benar ditabulasi dan ditampilkan pada bentuk tabel distribusi frekuensi. Sesudah diolah, data tersebut dilakukan analisis univariat.

5. Pembersihan data (*Cleaning*)

Proses verifikasi bahwa tidak ada kesalahan pada data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer.

4.9 Etika Penelitian

Sehubungan dengan dilakukannya penelitian terhadap subjek, diperlukan etika penelitian (*Ethical Clearance*) yang diperoleh dari penilaian etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah. Peneliti juga menjaga kerahasiaan identitas masing-masing subjek penelitian. Biaya penelitian akan ditanggung oleh peneliti.

4.10 Jadwal Penelitian

Tabel 4.2 Jadwal Penelitian

Penelitian	Tahun 2024/2025				
	November				
Pengajuan judul					
Penyusunan proposal					
Ujian proposal					
Pengambilan Sampel					
Analisis Data					
Ujian Hasil					