

BUKU SERI
DERMATOLOGI DAN
VENEREOLOGI

1

Infeksi Bakteri di Kulit

EDITOR

Dr. AFIF NURUL HIDAYATI, dr., Sp.KK, FINS-DV, FAADV

DAMAYANTI, dr., Sp.KK

MAYLITA SARI, dr., Sp.KK

MEDHI DENISA ALINDA, dr., Sp.KK

NOVIANTI RIZKY REZA, dr., Sp.KK


SYLVIA ANGGRAENI, dr., Sp.KK

YURI WIDIA, dr., Sp.KK

*Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga*



Airlangga
University
Press

 Pusat Penerbitan dan Percetakan
Universitas Airlangga

Seri Dermatologi dan Venerologi
INFEKSI BAKTERI DI KULIT

Editor: Afif Nurul Hidayati, dkk

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Buku Seri Dermatologi dan Venereologi 1: Infeksi
Bakteri di Kulit / Editor: Afif Nurul Hidayati, dkk. --
Surabaya: Airlangga University Press, 2019.
xiii, 123 hlm. ; 23 cm

ISBN 978-602-473-178-6

1. Dermatologi. I. Judul.

616.5

Penerbit

AIRLANGGA UNIVERSITY PRESS

No. IKAPI: 001/JTI/95

No. APPTI: 001/KTA/APPTI/X/2012

AUP 858.08/07.19

Cover: Erie; Layout: Djaiful

Kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115

Telp. (031) 5992246, 5992247

Fax. (031) 5992248

E-mail: adm@aup.unair.ac.id

Dicetak oleh:

Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP)
(OC 316/07.19/AUP-B3E)

Cetakan pertama — 2019

Dilarang mengutip dan/atau memperbanyak tanpa izin tertulis dari
Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apa pun.

Etiologi.....	14
Patogenesis.....	14
Manifestasi Klinis	15
Pemeriksaan Penunjang.....	16
Diagnosis	17
Terapi	17
Diagnosis Banding.....	18
Prognosis	19
Komplikasi	19
Pencegahan dan Edukasi.....	19
Daftar Pustaka.....	20
BAB 3 FOLIKULITIS.....	21
<i>Afif Nurul Hidayati</i>	
Definisi	21
Epidemiologi.....	21
Etiologi	21
Patogenesis.....	22
Manifestasi Klinis.....	23
Folikulitis Superfisial.....	23
Periporitis staphylogenes	24
<i>Deep Folliculitis (Sycosis Barbae, Sycosis Vulgaris)</i>	24
<i>Lupoid sycosis</i>	25
Pemeriksaan Laboratorium	25
Terapi	26
Diagnosis Banding.....	27
Prognosis	27
Edukasi.....	28
Daftar Pustaka.....	28
BAB 4 FURUNKEL DAN KARBUNKEL	29
<i>Afif Nurul Hidayati</i>	
Definisi	29
Etiologi.....	29
Patogenesis.....	29
Manifestasi Klinis.....	30

	Furunkel	30
	<i>Hospital furunculosis</i>	31
	Karbunkel	32
	Pemeriksaan Laboratorium	33
	Diagnosis.....	33
	Terapi	33
	Furunkulosis Akut	33
	Furunkulosis Kronik.....	35
	Furunkulosis Rekuren	36
	Diagnosis Banding.....	38
	Komplikasi	38
	Prognosis	38
	Daftar Pustaka.....	39
BAB 5	ABSES	41
	<i>Afif Nurul Hidayati</i>	
	Definisi	41
	Etiologi.....	41
	Patogenesis.....	41
	Manifestasi Klinis.....	42
	Pemeriksaan Penunjang.....	43
	Diagnosis.....	43
	Diagnosis Banding.....	43
	Terapi	44
	Komplikasi	44
	Prognosis dan Komplikasi.....	45
	Daftar Pustaka.....	45
BAB 6	EKTIMA	47
	<i>Maylita Sari</i>	
	Definisi	47
	Epidemiologi.....	47
	Etiologi.....	48
	Patogenesis.....	48
	Manifestasi Klinis	48
	Pemeriksaan Penunjang.....	50

BAB 5

ABSES

Afif Nurul Hidayati

Departemen Dermatologi dan Venereologi

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo/

Rumah Sakit Universitas Airlangga,

Surabaya

DEFINISI

Abses adalah penumpukan nanah di dalam rongga di bagian tubuh setelah terinfeksi bakteri. Nanah adalah cairan yang mengandung banyak protein dan sel darah putih yang telah mati. Nanah berwarna putih kekuningan (Craft, 2012; James *et al.*, 2016).

ETIOLOGI

Abses pada umumnya disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*, walaupun bisa disebabkan oleh bakteri lain, parasite, atau benda asing (Craft, 2012). Pada makalah ini hanya dibahas tentang abses yang disebabkan oleh bakteri.

PATOGENESIS

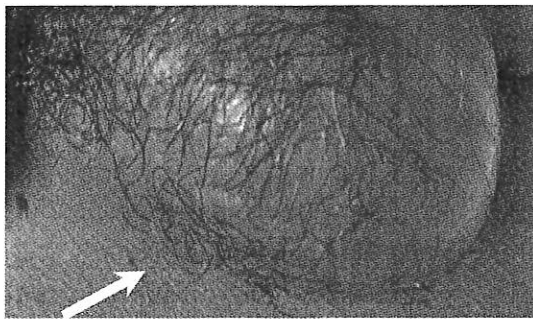
Abses biasanya terjadi pada infeksi folikulosentris, yaitu folikulitis, furunkel, dan karbunkel yang berkembang menjadi abses. Abses juga bisa terjadi di lokasi trauma, benda asing, luka bakar, atau tempat penyesipan kateter intravena. Abses terjadi karena reaksi pertahanan tubuh dari jaringan untuk menghindari penyebaran infeksi dalam tubuh.

Agen penyebab infeksi menyebabkan peradangan dan infeksi sel di sekitarnya sehingga menyebabkan pengeluaran toksin. Toksin tersebut

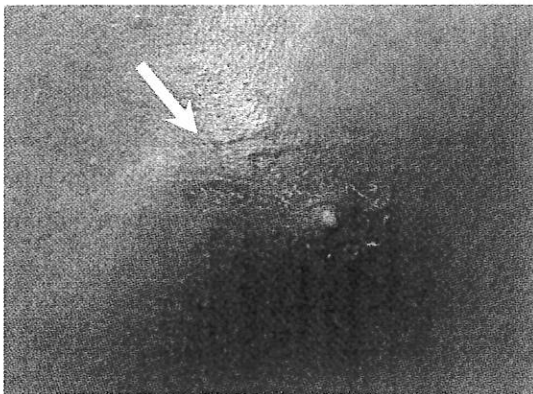
menyebabkan sel radang, sel darah putih menuju tempat peradangan atau infeksi. Terbentuk dinding abses untuk mencegah infeksi meluas ke bagian tubuh lain. Namun, enkapsulasi tersebut mencegah sel imun untuk menyerang agen penyebab infeksi di dalam abses (Craft, 2012).

MANIFESTASI KLINIS

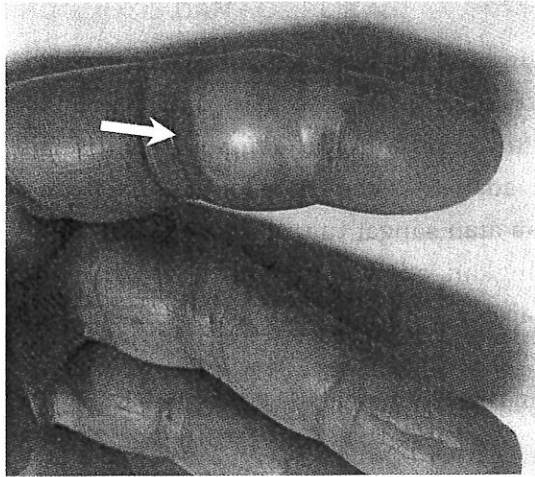
Daerah peradangan dapat di berbagai bagian tubuh. Abses dapat muncul di permukaan kulit. Namun, abses juga dapat muncul di jaringan dalam atau organ, misal hati dan usus. Lesi awal abses di kulit berupa nodul eritematosa. Jika tidak diobati, lesi sering membesar, dengan pembentukan rongga berisi nanah. *Community-associated Methicilline Resistant Staphylococcus aureus* (CA-MRSA) harus dicurigai pada semua pasien dengan abses. Gejala simptomatis berupa nodul kemerahan, nyeri, hangat, dan bengkak (Craft, 2012; Deleo *et al.*, 2010).



Gambar 5.1 Abses kelenjar Bartholin. Lesi awal berupa nodul eritematosa yang semakin membesar membentuk rongga berisi nanah (pasien kulit kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya).



Gambar 5.2 Abses di punggung yang terjadi *rupture* spontan sehingga sebagian nanah keluar dari dalam abses (pasien pribadi Dr. Afif Nurul Hidayati, dr., SpKK, FINDS-DV, FAADV).



Gambar 5.3 Abses di jari yang menyebabkan keluhan sangat nyeri bagi pasien (pasien pribadi Dr. Afif Nurul Hidayati, dr., SpKK, FINS-DV, FAADV).

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium pada abses terdiri atas (Craft, 2012; James *et al.*, 2016; Barbic *et al.*, 2016):

- a. leukositosis bisa terjadi terutama saat kondisi akut;
- b. pemeriksaan Gram dari pus menunjukkan kumpulan kokus Gram positif;
- c. kultur didapatkan pertumbuhan *S. aureus*; dan
- d. ultrasonografi bisa dilakukan jika diagnosis klinis meragukan.

DIAGNOSIS

Diagnosis abses berdasarkan gejala klinis. Jika meragukan bisa dibantu dengan pemeriksaan ultrasonografi (Craft, 2012; James *et al.*, 2016; Barbic *et al.*, 2016).

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding abses meliputi selulitis, kista sebaceous, *necrotizing fasciitis* (Marx, 2014).

TERAPI

Perawatan awal dan yang paling penting dari abses adalah insisi dan drainase. Penggunaan antibiotik setelah insisi dan drainase hanya dianjurkan jika lesi parah atau berhubungan dengan selulitis, ada tanda-tanda penyakit sistemik, ada faktor komorbiditas atau penurunan kekebalan, pasien sangat muda atau sangat tua, abses berada di lokasi tubuh yang sulit untuk dikeringkan, ada kaitan dengan *septic phlebitis*, atau tidak ada respons terhadap insisi dan drainase (Gisby, 2000; Craft, 2012; Holtzman *et al.*, 2013).

Antibiotik yang bisa digunakan untuk terapi abses adalah:

- a. Dicloxacillin 250–500 sehari;
- b. Clindamycin 300–450 mg 3 kali sehari;
- c. Doxycycline 100 mg 2 kali sehari;
- d. Minocycline 50–100 mg dua kali sehari; dan
- e. Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMX-SMX) 160/800 mg peroral dua kali.

KOMPLIKASI

Jika infeksi bisa terlokalisir oleh dinding abses, biasanya infeksi tidak menyebar. Dalam beberapa kasus, infeksi yang dimulai di dalam abses kulit dapat menyebar ke jaringan di sekitarnya dan di seluruh tubuh, yang menyebabkan komplikasi serius. Beberapa abses baru dapat terbentuk pada sendi atau lokasi lain di kulit. Jaringan kulit dapat mati akibat infeksi, yang menyebabkan gangrene. Ketika infeksi menyebar secara internal di dalam tubuh dapat menyebabkan endokarditis yang berakibat fatal jika tidak ditangani sejak dini. Infeksi juga bisa menyebar ke tulang menyebabkan osteomielitis. Dalam beberapa kasus, bakteri penyebab abses dapat menyebabkan sepsis (Craft, 2012).

PROGNOSIS DAN KOMPLIKASI

Beberapa abses bisa menyembuh ketika pecah dan nanah mengering. Tetapi, sebagian besar abses memerlukan pengobatan dan intervensi berupa tusukan jarum (pungsi) bahkan insisi atau operasi (Craft, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Barbic D, Chenkin J, Cho DD, Jelic T, and Scheuermeyer FX. 2016. In Patients Presenting to the Emergency Department with Skin and Soft Tissue Infections What is the Diagnostic Accuracy of Point-of-Care Ultrasonography for the Diagnosis of Abscess Compared to the Current Standard of Care? A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ open*, 7(1):e013688. Doi:10.1136/bmjopen-2016-013688.
- Craft N. 2012. Superficial Cutaneous Infectious and Pyoderma. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th Ed. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, et al., editors. New York: McGraw Hill Medical.
- DeLeo FR, Diep BA, and Otto M. 2009. Host Defense and Pathogenesis in Staphylococcus Aureus Infections. *Infect Dis Clin North Am*, 23(1):17–34.
- Gisby J and Bryant J. 2000. Efficacy of a New Cream Formulation of Mupirocin: Comparison with Oral and Topical Agents in Experimental Skin Infections. *Antimicrob Agents Chemother*, 44(2):255–60.
- Holtzman LC, Hitti E, and Harrow J. 2013. Incision and Drainage. In: *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 6th Ed. Roberts JR, Hedges JR, eds. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- James WD, Berger TG, Elston DM, et al. 2016. Bacterial Infections. In: *Andrews' Diseases of the Skin. Clinical Dermatology*. 12th Ed. Philadelphia: Elsevier.
- Marx JA. 2014. Skin and Soft Tissue Infections. In: *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 8th Ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.