

Penatalaksanaan dan Pencegahan Tinea Korporis pada Pasien Wanita dan Anggota Keluarga Minerva Nadia Putri, Fitriana Burmana, Azelia Nusadewiarti Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut (*glabrous skin*) yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Penegakan diagnosis tinea korporis berdasarkan dari gambaran klinis, status lokalis dan pemeriksaan penunjang. Kasus ini akan membahas identifikasi faktor risiko dan klinis serta penatalaksanaan dan pencegahan tinea korporis pada wanita usia 42 tahun berdasarkan *patient-centered* dan *family approach*. Studi ini merupakan laporan kasus dengan data didapatkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah dan rekam medis pasien. Kasus, wanita usia 42 tahun bekerja sebagai wiraswasta, hidup dalam keluarga inti, aktifitas harian ringan, kebersihan diri dan lingkungan baik, dan hubungan antar anggota keluarga baik. Keluhan gatal dan kemerahan di sekitar lipatan ketiak, lipatan payudara dan di sekitar perut sejak kurang lebih 2 minggu. Setelah dilakukan intervensi secara holistik dengan metode edukasi didapatkan penurunan gejala klinis dan perubahan perilaku dengan menjaga kebersihan diri sendiri dan lingkungan. Simpulan, pelayanan kedokteran keluarga efektif dalam penatalaksanaan tinea korporis. *Provider* tidak hanya menyelesaikan masalah klinis tetapi juga menanggulangi risiko internal, eksternal, psikososial, dan lingkungan.

Kata kunci : pelayanan dokter keluarga, perubahan perilaku, tinea korporis

The Implementation and Prevention Tinea Corporis in Women and Family Members

Abstract

Tinea corporis is a superficial dermatophyte infection characterized by inflammatory or non-inflammatory lesions of the skin that is not haired (*glabrous skin*) that is like on the face, neck, body, arms, legs and gluteal. The diagnosis of tinea corporis is based on clinical features, localist status and investigation. This case report will address the identification of risk and clinical factors as well as the management and prevention of tinea corporis in 42-year-old women based on patient-centered and family approach. This study is a case report with data were obtained through anamnesis, physical examination and home visits and patient medical records Cases, 42-year-old woman working as an entrepreneur, living in a main family, light daily activities, good personal hygiene and environment, and good family relationships. Complaints of itching and redness around the folds of the armpit, breast folds and around the abdomen since approximately 2 weeks. After a holistic intervention with educational methods, clinical symptoms and behavioral changes have been derived by maintaining personal hygiene and the environment. Conclusion, family medicine services are effective in managing tinea corporis. Providers not only solve clinical problems but also cope with internal, external, psychosocial, and environmental risks.

Keywords : behavior alteration, family care medicine, tinea corporis

Korespondensi : Fitriana Burmana, S.Ked, alamat: Jl. Brigjen Saptadji Hadiprawira No.8 Cilendek, Kota Bogor, Jawa Barat, HP 081284384809, email: fitrianisaburmana@gmail.com

Pendahuluan

Kulit adalah organ tubuh yang terletak paling luar dan membatasinya dari lingkungan hidup manusia. Kulit merupakan organ yang esensial dan vital serta merupakan cermin kesehatan dan kehidupan. Kulit juga sangat kompleks, elastik dan sensitif, bervariasi pada keadaan iklim, umur, jenis kelamin, ras dan juga sangat bergantung pada lokasi tubuh.¹ Penyakit kulit dapat disebabkan oleh *jamur*, *virus*, *kuman*, *parasit* hewani dan lain-lain.

Penyakit infeksi jamur, masih memiliki prevalensi yang cukup tinggi di Indonesia, mengingat negara kita beriklim tropis yang mempunyai kelembapan tinggi.¹

Pada zaman sekarang ini, dengan berkembangnya kebudayaan dan perubahan tatanan hidup dari waktu ke waktu, sedikit banyak mempengaruhi pola penyakit.² Data epidemiologis menunjukkan bahwa penyakit kulit karena jamur superfisial (*dermatomikosis superfisialis*) merupakan penyakit kulit yang

banyak dijumpai pada semua lapisan masyarakat, baik di pedesaan maupun perkotaan, tidak hanya di negara berkembang tetapi juga di negara maju. Insidensi dermatomikosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia menunjukkan angka persentase yang bervariasi mulai dari yang terendah yaitu di Kota Semarang (2,93%), Kota Surabaya (4,8%), Kota Padang (27,6), Kota Surakarta (82,6 %).^{3,4}

Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan untuk melekat pada keratin dan menggunakannya sebagai sumber nutrisi yang memungkinkan jamur tersebut untuk berkoloni pada jaringan yang mengandung keratin, seperti stratum korneum epidermis, rambut dan kuku. Penyakit ini dapat menyerang semua umur tetapi lebih sering menyerang anak-anak.

Dermatofitosis adalah salah satu infeksi yang paling sering terjadi di dunia. Distribusi, spesies penyebab, dan bentuk infeksi yang terjadi bervariasi pada daerah geografis, lingkungan dan budaya yang berbeda. Dermatofita berkembang pada suhu 25-28°C dan timbulnya infeksi pada kulit manusia didukung oleh kondisi yang panas dan lembab. Karena alasan ini, infeksi jamur superfisial relatif sering pada negara tropis pada populasi dengan status sosioekonomi rendah yang tinggal di lingkungan yang sesak dan hygiene yang rendah.¹

Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut (*glabrous skin*) yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Tinea korporis didapatkan lebih banyak pada Laki-laki pasca pubertas dibanding wanita, dapat terjadi pada semua usia, biasanya mengenai usia 18-25 tahun serta 40-50 tahun. Tinea korporis juga bisa didapatkan pada pekerja yang berhubungan dengan hewan-hewan. Maserasi dan oklusi kulit lipatan menyebabkan peningkatan suhu dan kelembaban kulit sehingga menyebabkan terjadinya infeksi. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dan kontak tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui

benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain.^{1,5}

Penegakan diagnosis tinea corporis berdasarkan dari gambaran klinis, status lokalis dan pemeriksaan penunjang. Gambaran klinis berupa rasa gatal pada lesi terutama saat berkeringat. Keluhan gatal tersebut memacu pasien untuk menggaruk lesi yang pada akhirnya menyebabkan perluasan lesi terutama di daerah yang lembab.¹ Pada status lokalis biasanya ditemukan bentuk yang khas berupa lesi anuler dengan skuama eritema pada daerah tepi, dimana pada daerah tepi ini dapat berupa vesikuler dan berkembang secara sentrifugal. Tengah lesi dapat berskuama atau bahkan menyembuh. Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis tinea korporis dapat dengan pemeriksaan mikroskopik langsung, kultur dan biopsi.^{6,7}

Penulisan laporan kasus ini untuk membahas penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

Metode

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dari pasien dan alloanamnesis dari anggota keluarga, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah pasien. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

Hasil

Ny.T, 42 tahun, seorang ibu rumah tangga, datang dengan keluhan gatal dan kemerahan di sekitar lipatan ketiak, lipatan payudara dan disekitar perut sejak kurang lebih 2 minggu sebelum datang ke Puskesmas. Gatal terjadi sepanjang hari dan gatal semakin bertambah pada saat pasien berkeringat dan bila setelah bekerja membuat tempe dirumahnya. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi setiap

harinya. Pada awalnya terdapat bercak merah bulat pada daerah tersebut dan terasa sangat gatal, namun semakin hari bercak kemerahan semakin melebar hingga warna berubah menjadi merah kehitaman.

Sebelumnya pasien pernah mengalami keluhan yang sama sekitar 4 bulan yang lalu, namun keluhan gatal pasien berkurang setelah pasien berobat ke bidan dan diberikan obat. Keluhan yang serupa juga dialami oleh suami pasien namun pada suami pasien terjadi keluhan di tempat predileksi yang berbeda yaitu pada selangkangan. Namun suami pasien tidak pernah pergi berobat untuk mengobati keluhannya.

Pola pengobatan pasien ini bersifat preventif yakni pasien berobat kontrol untuk mencegah adanya keluhan. Namun pada anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja.

Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data okupasi, dan psikososial serta lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

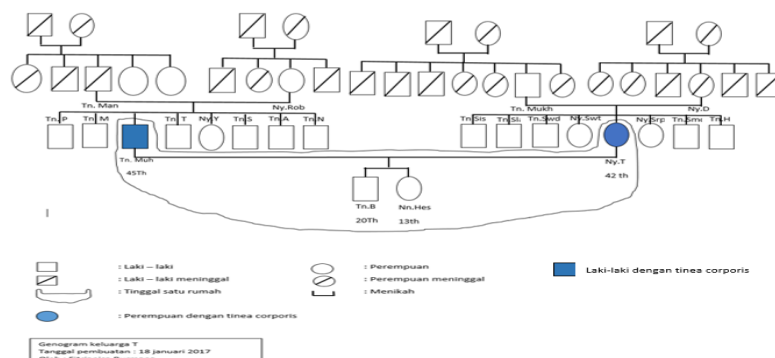
Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan sesuai usia, Keadaan umum tampak sakit ringan. Suhu 36,6°C, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 16x/menit. Mata, telinga, dan hidung, kesan dalam batas

normal. Tekanan vena jugular tidak meningkat. Pada pemeriksaan dada didapatkan gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan *wheezing*, kesan dalam batas normal. Pemeriksaan jantung tidak ditemukan kelainan, kesan dalam batas normal. Abdomen datar dan supel, tidak didapatkan organomegali ataupun ascites, kesan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan status lokalis pada axila dextra (ketiak kanan) terdapat makula eritema hiperpigmentasi berbatas tegas disertai plaque eritema. Pada axila sinistra (ketiak kiri) terdapat makula hiperpigmentasi dengan tepi vesikuler dengan skuama halus, eritema. Pada regio thorakal (lipatan payudara) terdapat lesi makula eritema hiperpigmentasi, polisiklik soliter. Pada daerah tepi lesi terdapat skuama halus, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*).

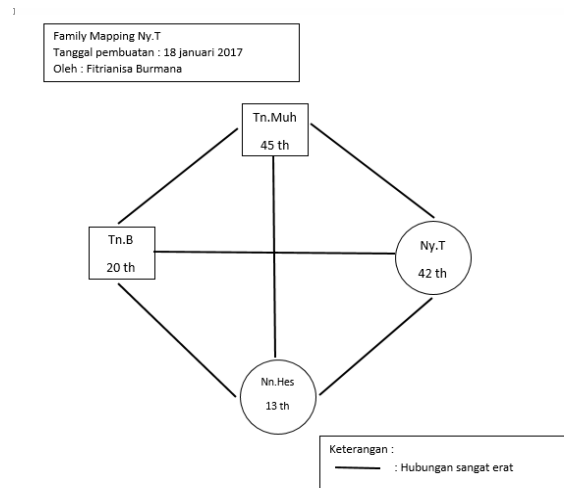
Dari data keluarga didapatkan pasien adalah anak kelima dari delapan bersaudara. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Hubungan antar anggota keluarga baik, penyelesaian masalah dengan diskusi keluarga. Hubungan pasien dengan anak-anaknya baik serta harmonis. Dukungan keluarga diberikan untuk memotivasi pasien memeriksakan kesehatannya ke puskesmas dengan Jarak rumah ke puskesmas $\pm$ 500 meter.

Genogram :



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. T

Family Map:



Gambar 2. Family map Keluarga Ny. T

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di perumahan permanen milik sendiri di daerah kumuh berukuran 8 m x 6 m bersama dengan 3 anggota keluarga (lihat genogram). Dinding terbuat dari bata beralpis semen dan sudah di cat dengan lantai keramik. Kondisi rumah kurang bersih terlihat dari semua kamar tidur yang tidak dirawat, memiliki 2 buah kamar tidur, 1 ruang tamu, 1 ruang TV, 1 dapur dan 1 toilet. Penerangan dalam rumah cukup dengan listrik dan ventilasi cukup, sinar matahari masuk ke kamar tidur. Sumber air minum dari air sumur yang dimasak, limbah dialirkan ke penampungan. Terdapat tempat sampah di dapur. Kondisi rumah secara keseluruhan cukup. Pendapatan keluarga yang didapatkan dari uang berjualan tempe ± Rp.2.000.000/bulan.

Pada diagnostik holistik awal didapatkan aspek personal (1) Alasan kedatangan: Bercak disertai rasa yang sangat gatal pada kedua ketiak, lipat payudara dan perut yang semakin hari semakin meluas sejak 2 minggu yang lalu, (2) Kekhawatiran: takut keluhannya bertambah berat dan meluas keseluruh badan dan menularkan ke anggota keluarga yang lain, (3) Harapan: Keluhan dapat hilang dan pasien dapat sembuh dari penyakit tersebut, sehingga dapat nyaman beraktivitas seperti biasa.

Aspek klinik didapatkan : Tinea Korporis (ICD-10-B35.4). Aspek resiko internal

didapatkan: (1) Kurangnya pengetahuan tentang tinea (ICD-10-Z 55.9), (2) Kurang memperhatikan anggota keluarga dengan gejala yang sama, (3) Kurangnya pengetahuan pasien tentang kebersihan diri.

Aspek resiko eksternal didapatkan : (1) Kurangnya kesadaran terhadap pencegahan penyakit (ICD-10-Z 55.9), (2) Status pendidikan orang tua rendah (ICD-10-Z551), (3) Kurang menjaga higienitas personal dan keluarga (ICD-10-Z912), (3) Faktor pekerjaan yang mengakibatkan pasien keringat berlebih.

Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Intervensi yang dilakukan secara non-medikamentosa yaitu:

1. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit pasien,
2. Penyuluhan hygiene perorangan, keluarga dan lingkungan serta pola hidup bersih dan sehat,
3. Edukasi kepada pasien untuk rajin mengganti baju terutama bila beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, selalu mencuci baju setelah 1 kali pemakaian, tidak bertukar handuk atau pakaian, mengganti spreii tempat tidur, tidak menumpukkan pakaian diatas tempat tidur dan melakukan penjemuran pakaian di tempat yang cukup terkena cahaya matahari, serta mengganti sabun padat dengan sabun cair,

4. Edukasi kepada pasien tentang lama pengobatan dan bagaimana cara penggunaan obat,
5. Konseling kepada pasien untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit.

Adapun intervensi yang dilakukan secara medikamentosa yaitu: (1). Griseofulvin tablet 3x125 mg selama 3 minggu, (2). Ketokonazole 2% krem 2x sehari selama 3 minggu.

Dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal sebanyak 3 kali kunjungan rumah. Intervensi meliputi: (1) Memberikan edukasi pada pasien tentang penyakit tinea korporis, (2) Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien dan anggota keluarga berupa tinea korporis, (3) Memberikan edukasi kepada pasien tentang pengobatan tinea korporis serta pencegahannya agar tidak berulang, (4) Konseling mengenai perilaku hidup bersih dan sehat.

Pada diagnosis akhir studi didapatkan aspek personal: (1) Alasan kedatangan: kontrol penyakit di kulit, (2) Kekhawatiran: kekhawatiran pasien sudah berkurang, (3) Harapan: penyakit tidak muncul kembali. Pada aspek klinik didapatkan: Tinea korporis (ICD-10 B35.4).

Pada aspek resiko internal didapatkan : (1) Meningkatnya pengetahuan tentang penyakit tinea, (2) Meminum obat secara teratur hingga selesai dan kembali kontrol ke puskesmas, (3) Rajin mengganti baju terutama bila beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, dan mandi 3x sehari.

Aspek resiko eksternal: (1) Kesadaran terhadap pencegahan penyakit semakin meningkat, (2) Termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien minum obat hingga habis, (3) Menjaga higienitas dengan mandi teratur dan sering mengganti pakaian, (4) Menempatkan lokasi penjemuran baju di tempat yang cukup terkena sinar matahari dan seluruh pakaian di setrika.

Derajat fungsional 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Pembahasan

Pada pasien Ny. T dengan usia 42 tahun dilakukan pembinaan dengan pelayanan dokter keluarga yang berarti pasien masih

diusia produktif.⁸ Pasien datang ke Puskesmas Way Kandis dengan keluhan gatal dan kemerahan di sekitar lipatan ketiak, lipatan payudara dan daerah perut sejak 2 minggu yang lalu. Gatal terjadi sepanjang hari dan gatal semakin bertambah pada saat pasien berkeringat dan bila setelah bekerja membuat tempe di rumahnya. Gatal tidak dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi oleh pasien. pada axila dextra (ketiak kanan) terdapat makula eritema hiperpigmentasi berbatas tegas disertai plaque eritema. pada axila sinistra (ketiak kiri) terdapat makula hiperpigmentasi dengan tepi vesikuler dengan skuama halus, eritema. Pada regio thorakal (lipatan payudara) terdapat lesi makula eritema hiperpigmentasi, polisiklik soliter. Pada daerah tepi lesi terdapat skuama halus, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*). Dari data yang didapatkan dari anamnesa dan pemeriksaan fisik tersebut dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami infeksi jamur superfisial yaitu tinea korporis.⁹

Pada pasien ini dilakukan intervensi sebanyak 3 kali, dimana pada kunjungan pertama dilakukan pengenalan dengan pasien dan keluarganya dan meminta izin untuk dilakukan pembinaan serta melakukan anamnesa secara keseluruhan kepada pasien dan anggota keluarganya. Berdasarkan pertemuan pertama didapatkan bahwa pasien beserta suami pasien terkena tinea korporis akibat higienitas tubuh yang kurang terjaga dan sanitasi lingkungan yang terganggu. Pasien jarang mengganti baju bila berkeringat banyak. Luasnya lesi dan perjalanan penyakit pada kasus ini kemungkinan terjadi karena beberapa hal, yaitu higine personal yang kurang, ini terlihat dari kebiasaan menggunakan handuk bersama, kebiasaan jarang mengganti pakaian bila berkeringat, penggunaan pakaian yang tertutup dalam waktu yang lama dan penjemuran yang kurang terkena cahaya dan hanya pakaian tertentu saja yang disetrika. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dimana ditemukan dengan jelas *central healing* pada lesi tersebut. Saya memberikan media intervensi berbentuk kalender dengan menyisipkan catatan edukasi mengenai tinea korporis serta perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga. Media tidak hanya diberikan tetapi juga dijelaskan kepada pasien beserta

keluarga pasien dari setiap poin yang ada pada media intervensi. Setelah 1 minggu dilakukan penjelasan mengenai penyakit tinea korporis dan perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga, setelah itu didapati perubahan bentuk lesi, dan lesi sudah terlihat tenang. Keluhan gatal pada pasien serta suami pasien juga sudah berkurang.

Penatalaksanaan pada tinea korporis juga dapat diberikan secara non medikamentosa adalah sebagai berikut yaitu gunakan handuk tersendiri untuk mengeringkan bagian yang terkena infeksi atau bagian yang terinfeksi dikeringkan terakhir untuk mencegah penyebaran infeksi ke bagian tubuh lainnya, jangan menggunakan handuk, baju, atau benda lainnya secara bergantian dengan orang yang terinfeksi, cuci handuk dan baju yang terkontaminasi jamur dengan air panas untuk mencegah penyebaran jamur tersebut, menjemur pakaian dibawah sinar matahari, setrika semua pakaian yang sudah dicuci dan yang sudah dijemur, ganti pakaian bila tubuh sudah berkeringat untuk menghindari berkembang biaknya jamur pada tubuh, membersihkan kulit setiap hari menggunakan sabun dan air untuk menghilangkan sisa-sisa kotoran agar jamur tidak mudah tumbuh, memakai pakaian yang dapat menyerap keringat, hindari penggunaan baju dan sepatu yang dapat menyebabkan kulit selalu basah seperti bahan wool dan bahan sintesis yang dapat menghambat sirkulasi udara, sebelum menggunakan sepatu, sebaiknya dilap terlebih dahulu dan bersihkan debu-debu yang menempel pada sepatu, hindari kontak langsung dengan orang yang mengalami infeksi jamur. Gunakan sandal yang terbuat dari bahan kayu dan karet, mengganti sabun padat menjadi sabun cair.

Pasien serta suami pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya serta faktor yang memudahkan terjadinya penyakit. Pada pasien ini, ditekankan mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri/hygiene, terutama mengganti baju setelah beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, seperti sehabis melakukan pekerjaannya sebagai pembuat tempe. Hal ini penting untuk dilakukan untuk mencegah suasana tubuh lembab yang mendukung pertumbuhan jamur.

Di samping itu, diedukasikan pula terkait menghindari penggunaan pakaian

secara bergantian, tidak menggunakan handuk secara bersamaan, mencuci pakaian serta mengganti seprai secara rutin. Higienitas tubuh dan sanitasi lingkungan yang terjaga dapat mempercepat penyembuhan pasien. Higienitas personal dan lingkungan yang baik dapat mengontrol dan mencegah kejadian tinea. Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa higienitas personal yang sederhana dan pendidikan kesehatan yang baik tanpa obat lebih efektif dan lebih murah daripada menggunakan farmakoterapi dalam pengobatan tinea cruris.¹⁰

Pengobatan dapat diberikan melalui topikal dan sistemik. Terapi topikal direkomendasikan untuk infeksi lokal karena dermatofit yang hidup pada jaringan kulit. Preparat yang sering digunakan yaitu golongan imidazol, allilamin, siklopirosolamin, dan kortikosteroid. Ketokonazol merupakan turunan imidazol sintetis yang bersifat lipofilik dan larut dalam air pada pH asam. Ketokonazol digunakan untuk pengobatan dermatofita, pitiriasis versikolor, kutaneus kandidiasis, dan dapat juga untuk pengobatan dermatitis seboroik. Ketokonazol 2% cream digunakan untuk infeksi jamur di kulit yang tidak berambut seperti dermatofita, dengan dosis dan lamanya pengobatan tergantung dari kondisi pasien, biasanya diberikan selama 2-4 minggu dan dioleskan 1-2 kali sehari.^{11,12}

Pada tinea korporis terapi sistemik yang paling banyak digunakan yaitu griseofulvin, ketokonazol, flukonazol, itrakonazol, dan amfoterisin B. Obat tinea korporis yaitu griseofulvin merupakan obat yang bersifat fungistatik.¹¹ Lama pemberian griseofulvin pada tinea korporis adalah setelah sembuh klinis dilanjutkan 2 minggu agar tidak residif, kebanyakan para ahli menggunakan waktu 3-4 minggu dari pemakaian griseofulvin. Obat ini diberikan bila lesi luas atau bila dengan pengobatan topikal tidak ada perbaikan. Pada kasus yang resisten terhadap Griseofulvin dapat diberikan derivat azol seperti itrakonazol, dan flukonazol.^{11,12}

Pada pasien diberikan obat antifungi topikal berupa krim ketokonazol 2% yang digunakan 2 kali sehari dan obat antifungi sistemik berupa griseofulvin 125 mg 3 kali sehari dan dikonsumsi selama 3 minggu. Setelah 1 minggu menggunakan griseofulvin pasien tidak mengeluh gatal lagi dan pada pemeriksaan lokalis tidak ditemukan adanya

makula eritematosa, lesi hiperpigmentasi, skuama dan *central healing* menghilang.

Pasien Ny.T memiliki rumah yang tidak terlalu jauh dengan puskesmas, sehingga pasien tidak kesulitan untuk mencari pengobatan bila keluhan muncul kembali. Pasien sudah cukup mengerti mengenai pencegahan yang harus dilakukan agar penyakitnya tidak kambuh lagi, salah satunya dengan sering mengganti baju bila sudah berkeringat berlebih, tidak memakai handuk secara bersamaan dan sering mengganti sprei tempat tidur. Infeksi tinea dapat bersifat akut atau menahun, bahkan merupakan penyakit yang dapat berlangsung seumur hidup. Maka dari itu, kepada pasien dan keluarganya diberikan pula edukasi dan semangat agar saling memberi dukungan dalam menjaga higienitas tubuh dan lingkungan satu sama lain dan untuk mencegah terjadinya kekambuhan atau munculnya kasus baru pada keluarga.

Daftar Pustaka

1. Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin edisi V. Jakarta; Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007.
2. Siregar RS. Atlas berwarna saripati penyakit kulit. Edisi 3. Jakarta. EGC; 2016.
3. Duarsa W. Pedoman diagnosi dan terapi penyakit kulit dan kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar; 2010.
4. Kumar K. Clinico-mycological profile of dermatophytic skin infections in a tertiary care center-a cross sectional study. Sri Ramachandra J Med; 2007.
5. Arif R, Dirmawati K, Safruddin A. Tinea corporis and tinea cruris caused by *trychophyton mentagrophytes* type glanular in asthma bronchiale patient. Makassar; Medical Faculty of Hasanuddin University; 2013.

Simpulan

Diagnosis Dermatofitosis pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien sudah sesuai dan telah terjadi perubahan perilaku pada Ny.T dan Tn. Muh. Perbaikan lesi pada Ny. T terlihat setelah diberi penatalaksanaan, intervensi dan menjaga higienitas tubuh dan lingkungannya. Begitu pula pada Tn.Muh Perbaikan lesi pada Tn. Muh terlihat setelah diberi penatalaksanaan, intervensi dan menjaga higienitas tubuh dan lingkungannya. Pada kasus ini pelayanan kedokteran keluarga efektif dalam penatalaksanaan tinea korporis. *Provider* tidak hanya menyelesaikan masalah klinis tetapi juga menanggulangi risiko internal, eksternal, psikososial, dan lingkungan.

6. Jihan R. Tinea korporis et kruris kronis disebabkan oleh trichophyton tonsurans pada pasien obesitas. Jakarta: FKUI; 2013.
7. Rushing ME. Tinea corporis. US: Medical College of Georgia; 2009.
8. Moriarty B, Hay R, Jones RM. *The diagnosis and management of tinea. BMJ.* 2012; 345(7):e4380
9. Tarwoto, Wartonah. Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika; 2010.
10. Jean B, Jorizzo, Joseph L, Rapini, Roland P. Dermatology (2nd ed.). St.Louis Mosby Elsevier. 2007; p. 1135.
11. Sularsito, Adi A. Dermatologi praktis. Jakarta: Perkumpulan Ahli Dermatologi dan Venereologi Indonesia; 2006.
12. Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010.