



Penatalaksanaan Holistik Pasien Wanita Usia 36 Tahun Dengan Tinea Kruris Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Fasilitas Kesehatan Primer

Tasya Nadia Putri¹, Tutik Ernawati²

¹Mahasiswa Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Keluarga dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Tasya Nadia Putri, alamat Jl. Tebet Timur Dalam III L, RT 001/RW 003, Jakarta Selatan, HP 081368392067, e-mail tasyanadiaputri@gmail.com

Received : 2 Januari 2025

Accepted : 20 Mei 2025

Published : 20 Juni 2025

ABSTRAK

Tinea kruris merupakan penyakit akibat infeksi jamur superfisial yang mengenai kulit pada daerah lipat paha, genital, dan sekitar perineum. Penyakit ini merupakan masalah umum pada negara berkembang. Prevalensi dermatofitosis di Indonesia merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dengan jenis terbanyak ialah tinea kruris dan tinea corporis. Laporan kasus ini membahas penatalaksanaan Pasien Ny. N, berusia 36 tahun datang dengan keluhan gatal dan bercak kemerahan di kedua bagian lipat paha yang hilang timbul sejak dua minggu sebelum pasien berobat. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan penyakit tinea kruris. Penegakkan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan melalui pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dan komprehensif sesuai masalah pada pasien dengan pendekatan *patient-centered*, *family-approach*, dan *community-oriented* berdasarkan penelitian dan literatur terkini. Setelah dilakukan intervensi didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan serta perubahan perilaku pasien dan keluarga. Penatalaksanaan secara holistik dan berbasis *evidence-based medicine* terbukti efektif menurunkan kekambuhan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: Tinea Kruris, Kedokteran Keluarga, Diagnosis Holistik

ABSTRACT

Tinea cruris is a superficial fungal infection that affects the skin on the thighs, genitals and around the perineum. It is a common disease in developing countries. The prevalence of dermatophytosis in Indonesia is 52% of all dermatomycosis with the most common types being tinea cruris and tinea corporis. This case report discusses the management of Patient Mrs. N, aged 36 years, who came with complaints of itching and reddish patches on both thigh folds that had appeared since two weeks before the patient was treated. Based on history and physical examination, the patient was diagnosed with tinea cruris. The diagnosis and management of this patient has been carried out through a holistic and comprehensive family medicine approach according to the patient's problem with a patient-centered approach, family-approach, and community-oriented based on current research and literature. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in knowledge and changes in patient and family behavior. Holistic management based on evidence-based medicine is proven to be effective in reducing disease recurrence and improving patient quality of life.

Key words: Tinea Cruris, Family Medicine, Holistic Diagnostics

Pendahuluan

Dermatofitosis atau disebut dengan “Tinea” merupakan penyakit kulit akibat infeksi jamur superfisial yang disebabkan oleh jamur kelompok dermatofita seperti *Trichophyton sp.*, *Epidermophyton sp.*, dan *Microsporum sp* (jenis jamur dermatofita). Tinea diklasifikasikan berdasarkan lokasi tubuh yang terinfeksi diantaranya adalah tinea kapitis, tinea korporis, tinea kruris, tinea pedis, tinea manum, tinea unguium, dan tinea imbricata¹

Kasus dermatofitosis mengalami peningkatan insiden pada negara tropis dan subtropis akibat dari kelembapan serta suhu lingkungan yang tinggi.² Dermatofitosis menyerang sekitar 20% sampai 25% kasus di dunia, sedangkan prevalensi kejadian dermatofitosis di benua asia sebesar 35,6%.³ Indonesia merupakan salah satu negara beriklim tropis dengan suhu dan kelembapan tinggi, sehingga jamur mudah tumbuh di berbagai tempat. Hal tersebut menyebabkan prevalensi dermatofitosis di Indonesia cukup tinggi.⁴

Penyakit ini merupakan masalah umum pada negara berkembang sebesar 46,5%. Angka ini menunjukkan 5% lebih besar dari pada prevalensi di negara maju.⁵ Sedangkan di Indonesia, prevalensi dermatofitosis berjumlah sebesar 52% dari seluruh dermatomikosis dengan jenis terbanyaknya ialah tinea kruris dan tinea korporis.⁶ Menurut Hamzah (2000), studi terhadap 7.611 pasien yang datang berobat ke Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin RSUD dr. Abdul Moeloek Lampung, sebanyak 1.173 penderita dermatofitosis dan 52% diantaranya menderita tinea kruris.

Tinea kruris merupakan infeksi jamur superfisial yang mengenai kulit pada daerah lipat paha, genital, bokong, sekitar anus dan daerah perineum.⁴ Tinea kruris sebagai salah satu dermatofitosis yang disebabkan oleh jamur golongan dermatofita, terutama suatu

kelas *Fungi imperfecti*, yaitu Genus *Microsporum*, *Trichophyton*, dan *Epidermophyton*. Tinea kruris paling sering disebabkan oleh *species Tricophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum*.⁷

Tinea korporis dan tinea kruris bersifat kronis, dan banyak pasien yang mengalami kegagalan terapi. Kegagalan tersebut tidak hanya disebabkan oleh ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan, tetapi juga karena diagnosis yang tidak tepat atau sering salah. Akibatnya, kualitas hidup pasien akan menurun.⁸

Kurangnya pengetahuan tentang penyakit akibat jamur seperti tinea kruris menyebabkan penyakit ini masih sering terjadi di masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan edukasi kepada pasien beserta keluarga pasien mengenai faktor risiko, pengobatan, serta edukasi kepada masyarakat terkait pencegahan dan penularan penyakit. Ini menunjukkan pentingnya peran dokter keluarga dalam menangani pasien secara holistik dan komprehensif.

Pelayanan kedokteran keluarga mencakup beberapa prinsip yaitu pelayanan yang komprehensif, kontinuitas perawatan, *pendekatan holistik (aspek bio-psiko-sosial-budaya-spiritual)*, *patient-centered care*, *family-oriented care*, dan *community-oriented*. Prinsip ini dapat diterapkan pada penatalaksanaan penyakit Tinea Kruris untuk mencegah komplikasi jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kasus

Pasien, Ny. N, usia 36 tahun, datang ke poli umum Puskesmas Satelit pada tanggal 5 Oktober 2024 dengan keluhan gatal dan bercak kemerahan di kedua bagian lipat paha yang hilang timbul sejak dua minggu sebelum pasien berobat. Keluhan gatal tidak disertai dengan rasa panas dan nyeri. Keluhan gatal dirasakan pasien sepanjang hari dan semakin bertambah

pada saat pasien berkeringat. Pasien mengatakan keluhan ini sudah dirasakan berulang sejak sekitar satu tahun lalu.

Pada awalnya keluhan bercak merah muncul seukuran biji jagung. Bercak tersebut awalnya muncul hanya sedikit dan berukuran kecil. Namun, karena bercak tersebut terasa gatal, pasien sering menggaruk-garuk bercak tersebut dan dirasakan semakin meluas. Pasien menggaruk daerah yang gatal menggunakan tangan hingga menyebabkan kulit lecet.

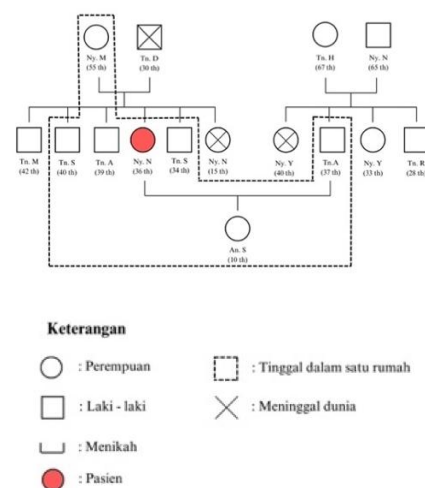
Pasien mengatakan keluhan tersebut dirasakan muncul ketika pasien sedang keputihan atau menstruasi, dimana keadaan pakaian dalam menjadi lembab. Pasien menggunakan pakaian dalam yang lembab tersebut sepanjang hari sampai selesai bekerja dan hanya berganti pakaian saat pulang bekerja, yaitu setelah mandi. Pasien bekerja sebagai buruh harian yang setiap harinya bekerja dari pukul delapan pagi sampai pukul tujuh malam. Sampai saat ini pasien masih tidak rutin mengganti pakaian dalamnya ketika lembab. Selain itu, pasien memiliki kebiasaan sehari-hari menggunakan korset.

Pasien mengatakan belum pernah berobat ke klinik atau dokter kulit sebelumnya. Pasien hanya melakukan pengobatan secara mandiri dengan membeli salep *betamethasone valerate* di apotek. Pasien mengatakan salep tersebut dibeli sekitar dua bulan lalu dan salep tersebut sudah dua kali dibeli oleh pasien. Namun, keluhan kembali timbul dan dirasakan semakin melebar bercaknya dua minggu sebelum berobat ke puskesmas.

Riwayat alergi akibat makanan, minuman, dan obat disangkal. riwayat berkontak dengan barang atau zat tertentu disangkal. Riwayat berkontak dengan hewan disangkal. Riwayat penyakit diabetes melitus dan penyakit *immunocompromised* (lupus, HIV-AIDS, dll) disangkal. Keluarga dan orang di

sekitar pasien tidak ada yang memiliki keluhan serupa.

Pasien berasal dari Lampung. Pasien tinggal satu rumah bersama dengan Ibu, kedua kakak, seorang adik, suami dan anak pasien. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga besar (*extended family*). Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar baik. Keluarga pasien termasuk dalam keluarga yang harmonis dan sering berkumpul. Fungsi Keluarga dinilai dengan menggunakan *family APGAR score* didapatkan hasil sepuluh yang berarti fungsi keluarga baik dan berdasarkan *family SCREAM* didapatkan hasil 26 yang berarti sumber daya keluarga baik.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. N

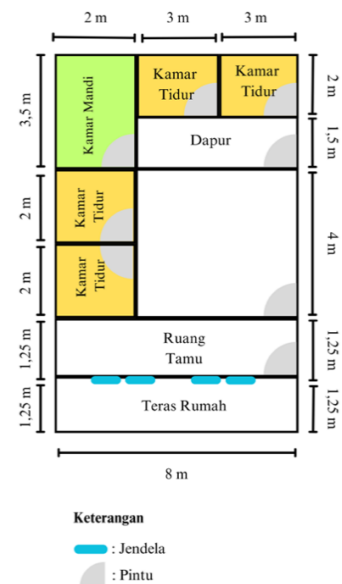
Pasien tinggal di daerah padat penduduk dan jarak antar tetangga atau kerabat sangat berdekatan. Rumah pasien merupakan rumah permanen milik orang tua pasien dengan luas berukuran $8 \times 10 \text{ m}^2$ dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak tujuh orang terdiri dari pasien, suami pasien (Tn. A), anak pasien (An. S), Ibu Pasien (Ny. M), kedua kakak laki (Tn. S dan Tn. A) dan satu adik laki-laki (Tn. S). Rumah pasien tidak bertingkat serta memiliki beberapa ruangan fungsional seperti satu teras, satu ruang tamu yang menyatu dengan ruang keluarga, empat kamar tidur, satu kamar

mandi dengan kloset jongkok, dan satu dapur. Dinding rumah pasien terbuat dari bata dan dilapisi dengan cat, atap rumah pasien menggunakan genteng yang dialaskan plafon, lantai rumah pasien menggunakan keramik. Rumah pasien memiliki empat jendela di bagian depan dan tidak ada jendela di setiap kamar. Sirkulasi udara dan sumber cahaya matahari di kamar hanya berasal dari plafon yang dilubangi sehingga kondisi rumah terkesan lembab.

Sumber penerangan dan alat elektronik di rumah pasien menggunakan listrik. Sumber penerangan berasal dari lampu ketika malam hari dan saat siang hari berasal dari cahaya matahari yang masuk melalui jendela yang dibuka setiap pagi. Dapur terletak di dalam rumah dan pasien memasak menggunakan kompor gas. Kebutuhan air sehari-hari berasal dari sumur bor yang digunakan untuk mandi, memasak dan mencuci pakaian sedangkan kebutuhan air minum pasien berasal dari air galon isi ulang.

Pembuangan limbah air dari dapur dan kamar mandi dialirkan menuju *septic tank* yang terletak di belakang rumah pasien. Jarak sumur dengan *septic tank* lebih dari lima meter. Rumah pasien tampak bersih, namun kurang rapih beberapa pakaian dan barang terletak sembarangan.

Pasien membuang limbah rumah tangga dengan dikumpulkan ke dalam plastik dan diletakkan di tempat sampah di depan rumah yang rutin diambil oleh petugas kebersihan dua kali dalam satu minggu. Kesan kebersihan lingkungan rumah tempat tinggal pasien kurang baik. Akses jalan menuju rumah pasien cukup sempit, muat untuk satu buah mobil. Jarak rumah pasien menuju fasilitas kesehatan kurang lebih dua kilometer dan dapat diakses dengan motor atau mobil.



Gambar 2. Denah Rumah Ny. N

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari diperoleh dari upah ibu, ketiga saudara pasien, serta upah pasien dan suaminya setiap bulannya. Total pendapatan keluarga perbulannya berkisar sepuluh juta rupiah yang digunakan untuk menghidupi ketujuh anggota keluarga. Kebutuhan primer terpenuhi secara cukup. Pemenuhan kebutuhan sekunder berupa rekreasi tidak pernah dilakukan dan olahraga rutin setiap minggu secara gratis. Keluarga tidak terbebani dengan adanya sumbangan sosial di masyarakat.

Pola makan pasien yaitu sebanyak 2-3 kali dalam sehari. Pasien sehari-hari makan sumber karbohidrat yang berasal dari nasi dan protein yang berasal dari tahu, tempe, ikan asin, serta konsumsi sayur dan buah. Pasien mengatakan sehari harinya makan dari makanan yang dimasak sendiri atau dibeli di luar.

Peran keluarga dalam memelihara kebersihan rumah kurang dan hanya didominasi oleh pasien dan ibunya. Pasien membersihkan dan merapikan rumah dua hari sekali. Pasien juga mengatakan jarang mencuci sprei, sarung bantal guling dan handuk. Anggota keluarga rajin mandi dua kali sehari.

Namun, terkadang menggunakan pakaian berulang dan tidak segera dicuci setelah dipakai. Anggota keluarga memiliki kebiasaan menggunakan handuk secara bergantian.

Seluruh anggota keluarga pasien terdaftar di BPJS kesehatan. Namun, saat ini BPJS pasien sedang tidak aktif karena tidak rutin dibayarkan sehingga pasien menggunakan P2KM Bandar Lampung (Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Bandar Lampung) untuk berobat. Keluarga selalu mendampingi dan mendorong anggota keluarga yang sakit untuk berobat dan tidak mendahulukan berobat alternatif.

Akan tetapi, upaya pasien dan keluarganya menjaga kesehatan masih kurang karena pola pengobatan hanya bersifat kuratif. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya ke layanan kesehatan apabila dirasakan bahwa keluhan sudah bertambah berat. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Satelit yang berjarak kurang lebih dua kilometer dari rumah pasien. Jika sedang sakit, pasien biasanya diantar oleh kakak atau adiknya dengan motor ke layanan kesehatan.

Pasien saat ini memiliki kekhawatiran apabila penyakitnya tersebut tidak dapat disembuhkan dan semakin memburuk. Pasien berharap keluhannya dapat segera sembuh dan tidak kambuh lagi.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran *compos mentis* dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif. Hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, dan suhu 37,1 °C. Pengukuran status gizi pasien didapatkan berat badan 54 kg, tinggi badan 148 cm, indeks massa tubuh (IMT) 24,65 kg/m² (Status gizi *overweight*).

Pemeriksaan status generalisata didapatkan kepala *normocephal*, rambut berwarna hitam, tidak mudah dicabut, pertumbuhan rambut merata; konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-); telinga dan hidung kesan dalam batas normal, faring tidak *hiperemis*, tonsil T1/T1; pembesaran KGB (-), pembesaran kelenjar tiroid (-), JVP tidak meningkat. Pemeriksaan jantung didapatkan pulsasi iktus *cordis* tidak terlihat dan teraba di ICS IV *midclavicular sinistra*, batas jantung tidak melebar, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, bunyi jantung tambahan seperti mumur dan gallop tidak ditemukan. Pemeriksaan paru didapatkan *normochest*, gerak dinding dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-/-), massa (-/-), ekspansi simetris, sonor seluruh lapang paru, *vesikuler* (+/+), *rhonki* (-/-) dan *wheezing* (-/-). Pemeriksaan abdomen tampak datar, bising usus terdengar (4x/menit), nyeri tekan (-), tidak ada organomegali, dan perkusi timpani. Ekstremitas *superior* dan *inferior* baik dekstra maupun sinistra teraba hangat, tidak ada edema dan CRT didapatkan <2 detik. Pemeriksaan muskuloskeletal dan neurologis Kesan dalam batas normal.

Status dermatologis pasien didapatkan Pada *regio femoralis dextra et sinistra* terdapat makula eritematosa disertai skuama putih halus dan erosi, jumlah multiple, diskret, batas tegas, bentuk irregular, ukuran lentikular sampai plak, tepi lesi terdapat skuama halus dan papul yang aktif, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*), terdistribusi lokalisata. Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien.



Gambar 3. Lesi Kulit Pasien Ny. N

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

1. Aspek Personal

- a. Alasan kedatangan: Keluhan gatal dan bercak kemerahan di kedua bagian lipatan paha yang hilang timbul sejak dua minggu sebelum pasien berobat.
- b. Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan tidak dapat sembuh dan hanya mereda sesaat kemudian keluhan timbul kembali serta bercak semakin meluas.
- c. Persepsi: Pasien tidak mengetahui bahwa keluhan gatal yang dialaminya disebabkan oleh infeksi jamur. Pasien juga merasa malu untuk memeriksakan diri ke dokter karena keluhan berada di paha bagian dalam sehingga hanya membeli obat secara mandiri di apotek.
- d. Harapan: Penyakit dapat sembuh dan tidak kambuh kembali.

2. Aspek Klinik

Tinea kruris (ICD-10: B35.6; ICPC-2: S74).

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan yang kurang memadai mengenai penyakit, faktor risiko penyakit, transmisi penyakit, cara pengobatan dan upaya pencegahan penyakit.
(ICD-10 Z55.9 *Problem related to education and literacy, unspecified, ICPC-2 Z07*)

- Pasien kurang menjaga kebersihan diri seperti tidak segera mengganti pakaian dalam ketika sudah lembab.
(ICD-10 Z91.2 *Personal history of poor personal hygiene*)
- Kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat (seperti korset) dalam jangka waktu lama setiap harinya
(ICD-10 Z91 *Personal history of risk-factors, not elsewhere classified*)

4. Aspek Risiko Eksternal

- Pengetahuan yang kurang memadai mengenai penyakit, faktor risiko penyakit, transmisi penyakit, cara pengobatan dan upaya pencegahan penyakit.
(ICD-10 Z55.9 *Problem related to education and literacy, unspecified, ICPC-2 Z07*)
- Keluarga kurang mengingatkan mengenai kebersihan.
- Kebiasaan anggota keluarga yang menggunakan barang-barang pribadi secara bergantian.
(ICD-10 QE24 *Problem with hygiene behavior*)
- Lingkungan tempat tinggal: Kondisi lingkungan rumah lembab akibat kurangnya paparan sinar matahari dan sirkulasi udara di dalam rumah.
(ICD-10 Z59.1 *Inadequate housing*)

5. Aspek Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu), yaitu pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit (tidak ada kesulitan) dan mandiri dalam perawatan diri.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini meliputi tatalaksana medikamentosa dan non-medikamentosa terkait penyakit yang diderita. Tatalaksana medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Tatalaksana non-medikamentosa berupa intervensi yang dilakukan melalui kunjungan ke rumah pasien terbagi menjadi

patient-centered, *family-approach* dan *community-oriented*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi:

1. Edukasi mengenai penyakit tinea meliputi pengertian, penyebab, faktor risiko, gejala, cara penularan, pengobatan serta upaya pencegahan penyakit.
2. Edukasi pasien untuk memperhatikan kebersihan diri seperti segera mengganti pakaian dalam bila lembab, menggunakan pakaian yang menyerap keringat serta tidak ketat untuk menghindari kekambuhan.
3. Edukasi untuk menghindari kontak langsung maupun tidak langsung seperti melalui penggunaan barang pribadi secara bersamaan dengan teman dan anggota keluarga lainnya untuk mencegah penularan.
4. Edukasi mengenai cara pemakaian obat salep yaitu sehabis mandi, tidak terlalu tebal, dan dioles mengelilingi minimal dua sentimeter melebihi daerah lesi.
5. Edukasi kepada pasien agar mematuhi tatalaksana pengobatan yang telah diberikan untuk pasien dan kontrol terhadap perkembangan penyakit secara berkala.
6. Penatalaksanaan medikamentosa pada pasien diberikan antifungal sistemik yaitu ketokonazol tablet 200 mg dengan dosis 1 x 1 tablet setelah makan selama dua minggu, antifungal topikal yaitu ketokonazol krim 2% dua kali sehari yang dioleskan di area kulit yang bermasalah setelah mandi, dan obat antihistamin berupa cetirizine tablet 1 x 10 mg bila terdapat keluhan gatal.

Intervensi *family-approach* yang dilakukan berupa:

1. Memberikan edukasi mengenai penyakit tinea, meliputi pengertian, penyebab, faktor risiko, gejala, cara penularan, pengobatan serta upaya pencegahan penyakit.
2. Meminta keluarga agar memperhatikan kebersihan diri Ny. N seperti mengingatkan untuk mengganti pakaian ketika lembab.
3. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan menghindari penggunaan barang pribadi seperti handuk secara bergantian terutama dengan pasien untuk mencegah penularan.
4. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk memperhatikan kebersihan lingkungan seperti mengganti sprei dan sarung bantal dengan frekuensi lebih sering (1-2 minggu sekali), menjemur kasur dan bantal di bawah sinar matahari, serta membuka jendela, tirai, dan pintu setiap pagi, siang, dan sore hari untuk meningkatkan sirkulasi udara dan mengurangi kondisi lembab.
5. Menjelaskan kepada keluarga pasien untuk mengingatkan pasien agar mematuhi tatalaksana pengobatan yang telah diberikan untuk pasien dan kontrol terhadap perkembangan penyakit secara berkala.

Intervensi dengan *community-oriented* yang dilakukan berupa edukasi mengenai cara penularan penyakit Tinea atau infeksi jamur yang dapat menular melalui kontak langsung dan melalui penggunaan barang secara bersamaan serta upaya pencegahan penyakit.

Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada studi kasus ini adalah seorang wanita berusia 36 tahun terdiagnosis Tinea Kruris yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis, dan sosial. Dermatofitosis atau tinea merupakan penyakit infeksi mikosis superfisial dengan menginvasi jaringan yang mengandung keratin, seperti stratum korneum epidermis, rambut, dan kuku.⁹ Infeksi dermatofita dapat mengenai kedua jenis kelamin, tetapi perbedaan angka kejadian pada beberapa daerah atau negara disebabkan oleh pengaruh faktor kebiasaan dan gaya hidup. Penelitian Yuwita dkk tahun 2016 menunjukan angka kejadian tinea kruris lebih sering terjadi pada wanita (60%) dibandingkan pria (40%).

Hasil penelitian yang hampir serupa dilaporkan oleh Hitendra B. dan kawan-kawan, yaitu kelompok usia yang paling sering menderita tinea kruris dan atau tinea korporis adalah kelompok usia 19-59 tahun. Penelitian Kumar dan kawan-kawan menunjukkan bahwa angka kejadian tinea kruris dan atau tinea korporis paling sering terjadi pada kelompok usia dekade ketiga dan keempat kehidupan (46,2%). Hal tersebut disebabkan karena pada kelompok usia tersebut masih memiliki aktivitas fisik tinggi sehingga sering berkeringat akibat cuaca panas atau iklim yang tropis.

Pada pertemuan pertama tanggal 05 Oktober 2024 di Poli Umum Puskesmas Satelit, pasien mengeluhkan gatal dan bercak kemerahan di kedua lipat paha yang hilang timbul sejak dua minggu sebelum pasien berobat. Keluhan gatal tidak disertai dengan

rasa panas dan nyeri. Keluhan gatal dirasakan pasien sepanjang hari dan semakin bertambah pada saat pasien berkeringat. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit, frekuensi napas 22x/menit, dan suhu tubuh 37,1 °C. Pengukuran status gizi pasien didapatkan berat badan 54 kg, tinggi badan 148 cm dan indeks massa tubuh (IMT) 24,65 kg/m² yang menunjukkan status gizi *overweight*.

Pemeriksaan lokalisata pada regio femoralis didapatkan lesi eritematosa disertai skuama putih halus, bentuk irregular, susunan annular, tepi lesi terdapat skuama halus dan papul yang aktif, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*), jumlah multiple, diskret, batas tegas, ukuran lentikular sampai plak, terdistribusi lokalisata (lipat paha). Terdapat erosi pada lesi akibat garukan. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut pasien didiagnosis dengan penyakit dermatofitosis atau tinea. Menurut lokasi lesinya, diagnosis pasien adalah tinea kruris.

Tinea kruris merupakan infeksi kulit dermatofitosis pada bagian lipat paha, daerah perineum, dan sekitar anus. Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup. Efloresensi terdiri atas macam macam bentuk yang primer dan sekunder (polimorf). Kelainan kulit dapat terlihat sebagai lesi-lesi dengan pinggir yang polisiklik karena beberapa lesi menjadi satu. Bila penyakit ini menahun, dapat berupa bercak hitam disertai sedikit sisik. Erosi dan keluarnya cairan biasanya akibat garukan.¹⁰

Pada anamnesis, biasanya pasien akan mengeluhkan ruam yang gatal pada daerah genitokrural seperti inguinal sampai lipat paha bagian dalam, daerah pubis, perianal, bokong,

dan perut bagian bawah. rasa gatal hingga kadang-kadang disertai nyeri akibat iritasi karena garukan. Rasa gatal terutama dirasakan ketika berkeringat, saat cuaca panas, atau lembap.¹³ Pada pemeriksaan fisik lokalisasi didapatkan lesi plak eritema berbentuk anular berbatas tegas dengan tepi yang meninggi dan skuama, dapat terjadi unilateral atau bilateral. Pada tepinya bisa terdapat papul, vesikel, atau pustul. Bisa disertai nyeri bila ada maserasi atau infeksi sekunder.¹

Pasien mengatakan keluhan ini sudah dirasakan berulang sejak sekitar satu tahun lalu dan belum pernah berobat ke klinik atau dokter kulit sebelumnya. Pasien hanya melakukan pengobatan secara mandiri dengan membeli salep di apotek yaitu salep *Bethametasone Valerate*. Menurut penelitian Yuwita dkk tahun 2016, durasi tinea kruris dan atau tinea korporis berkisar antara lima hari hingga lima tahun, durasi infeksi tersering pada tinea kruris dan tinea kruris *et* korporis adalah ≤ 1 bulan. Lamanya durasi infeksi tersebut disebabkan pasien umumnya cenderung mencari pengobatan sendiri terlebih dahulu. Rekurensi yang terjadi dihubungkan dengan pendidikan yang rendah sehingga kurangnya pengetahuan mengenai pengobatan dan cara pengobatan tidak optimal.¹³

Dermatofitosis dapat ditularkan secara langsung maupun tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, tempat tidur, dan lain-lain. Untuk dapat menjadi penyakit, jamur dermatofita harus melekat pada kulit pejamu (host), mampu menembus jaringan pejamu, dan mampu bertahan serta menyesuaikan dengan suhu dan lingkungan biokimia pejamu.¹¹

Interaksi kompleks antara agen, host dan lingkungan berperan dalam patogenesis dermatofitosis. Faktor predisposisi pada *host*

termasuk keadaan *immunocompromised* seperti diabetes mellitus, limfoma dan penyakit kronis, yang dapat menyebabkan dermatofitosis luas, dan berulang.²

Infeksi dermatofita paling sering ditemukan pada sela paha dan bokong karena memiliki kelembapan yang tinggi, sering mengalami trauma dan iritasi akibat penggunaan pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat. Hal tersebut akan menyebabkan terjadinya maserasi pada kulit sehingga rentan terhadap infeksi dermatofita.¹³

Berdasarkan penjelasan diatas, faktor risiko yang dapat ditemukan pada pasien ialah sering mengenakan pakaian yang lembab dan menggunakan pakaian berulang tanpa dicuci terlebih dahulu. Selain itu, penggunaan pakaian ketat sehari-harinya juga meningkatkan risiko infeksi jamur ini. Riwayat alergi akibat makanan, minuman, obat, berkontak dengan barang atau zat tertentu disangkal oleh pasien. Riwayat berkontak dengan hewan disangkal. Riwayat penyakit *immunocompromised* (diabetes melitus, lupus, HIV-AIDS, dll) pun disangkal oleh pasien.

Pemeriksaan penunjang pada penyakit ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan sediaan langsung kerokan kulit menggunakan mikroskop dan KOH 20%. Pengerokan sebaiknya diambil dari tepi lesi yang aktif. Pada hasil positif akan terlihat hifa panjang dan arthrospora. Pemeriksaan ini memiliki sensitivitas 50-60%, tetapi tidak dapat menunjukkan gambaran spesifik guna mengetahui penyebab agen yang menginfeksi.¹ Hasil negatif palsu dapat terjadi sehingga dapat dilakukan kultur jamur untuk membuktikannya.¹⁰ Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan KOH maupun kultur jamur. Hal ini dikarenakan larutan KOH tidak tersedia di laboratorium puskesmas.

Penegakan diagnosis hanya didasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah penerapan pelayanan kedokteran keluarga yang meliputi *patient-centered*, *family-approach*, dan *community-oriented*. Penatalaksanaan terdiri dari tata laksana medikamentosa dan non-medikamentosa. Penatalaksanaan medikamentosa meliputi antifungal sistemik ketokonazol tablet 200 mg dengan dosis 1x1 tablet setelah makan selama dua minggu, kemudian antifungal topikal yaitu memberikan ketokonazol krim 2% dengan dosis dua kali sehari, dioleskan pada area kulit yang bermasalah setelah mandi, dan memberikan antihistamin berupa Cetirizine tablet 10 mg 1x1 tablet untuk mengurangi keluhan gatal.

Pengobatan standar yang dapat diberikan pada tinea kruris adalah dengan pemberian antifungal sediaan topikal. Tinea kruris atau superfisial biasanya berespon baik terhadap terapi antifungal topikal yang dioleskan pada lesi dan setidaknya dua sentimeter di luar lesi, sekali atau dua kali pemberian dalam sehari selama dua sampai empat minggu.

Preparat antifungal topikal yang menjadi pengobatan pilihan yaitu golongan alilamin (krim terbinafine) 1-2 kali sehari selama 1-2 minggu dan pengobatan alternatif lainnya yang sering digunakan yaitu sebagai berikut.¹ Golongan imidazol seperti ketokonazol, ketokonazol, mikonazol, dan klotrimazol, dipakai dua kali sehari selama empat minggu; Benzilamin seperti butenafine, 1-2 kali sehari selama 1-4 minggu; Ciclopirox, yang menghambat DNA, RNA, dan sintesis protein, dipakai dua kali sehari; Tolnaftat, dipakai dua kali sehari selama 2-4 minggu; Genta violet (antifungal, antibiotik), dipakai 1-2 kali sehari. Namun golongan ini dapat mengotori kulit dan pakaian.

Golongan azol memiliki spektrum yang luas dan menjadi inti dalam pengobatan infeksi tinea kruris. Hal ini dikarenakan golongan azol bersifat fungistatik yakni bekerja dengan mereduksi sintesis ergosterol pada membran sel fungal dengan menghambat enzim sitokrom P450. Golongan azol termasuk antifungal yang aman karena absorpsinya terlokalisir dan efek samping yang ditimbulkan minimal, efektif, serta memiliki harga yang terjangkau.¹⁴

Antifungal sistemik melalui sediaan oral diberikan bila lesi kronik, lesi luas, atau sesuai indikasi. Ruam yang luas atau menyebar dan pasien dengan *immunocompromised* juga memerlukan pengobatan sistemik. Obat antifungal sistemik yang menjadi pilihan yaitu erbinafin oral 1x250 mg/hari (hingga klinis membaik dan hasil pemeriksaan laboratorium negatif) selama 2-4 minggu atau 3-6 mg/kg/hari selama dua minggu. Atau alternatif lainnya yaitu sebagai berikut.¹ Itrakonazol 100 mg/hari selama satu minggu atau lima mg/kg/hari selama satu minggu; Flukonazol 150-300 mg/hari selama 4-6 minggu; Griseofulvin oral 500 mg/hari atau 10-25 mg/kgBB/hari selama 2-4 minggu.

Terbinafin dan itrakonazol oral memiliki karakteristik yang baik untuk manajemen dermatofit dan paling sering diresepkan. Terapi antijamur topikal dapat digunakan sebagai tambahan pada pasien yang membutuhkan pengobatan sistemik. Antibiotik topikal dan oral dapat diberikan bila terdapat infeksi bakteri sekunder.⁴ Antihistamin yang diberikan bekerja secara primer yaitu menghambat reseptor H1 pada dermis. Antihistamin memperbaiki gejala pruritus karena histamin adalah satu-satunya mediator yang menginduksi pruritus pada kulit.¹

Tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi untuk menjaga kebersihan diri, mandi teratur dua kali sehari, menggunakan

pakaian yang tidak ketat dan menyerap keringat, pastikan kulit dalam keadaan kering sebelum menutup area yang rentan terinfeksi jamur, mencukur rambut pubis secara teratur, serta agar mematuhi pengobatan yang diberikan untuk mencegah resistensi obat. Edukasi terhadap keluarga untuk menghindari penggunaan handuk, pakaian dan sabun mandi yang bergantian dengan orang lain, serta melakukan skrining keluarga dan juga mengedukasi agar pencucian linen yang terinfeksi seperti pakaian spre, handuk, dan linen lainnya dicuci secara terpisah.¹

Setelah pertemuan di Puskesmas, kegiatan dilanjutkan dengan pembinaan ke rumah pasien untuk melakukan pendekatan kedokteran keluarga. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pasien ini dikarenakan penyakit infeksi jamur dermatofita (tinea) ini seringkali dianggap sepele oleh masyarakat sehingga biasanya penyakit ini cenderung bersifat kronis akibat pengobatan yang tidak tepat dan kurang adekuat. Selain itu, pembinaan ini tidak hanya berfokus pada pasien namun juga pada keluarganya. Hal tersebut karena penatalaksanaan penyakit pada pasien tidak hanya dipengaruhi oleh pasien dan tenaga kesehatan saja, tetapi membutuhkan dukungan dan pengetahuan keluarga juga.

Pada pasien Ny. N dilakukan pembinaan dengan melakukan kunjungan binaan sebanyak tiga kali yaitu identifikasi masalah awal (kunjungan pertama), intervensi (kunjungan kedua), dan evaluasi (kunjungan ketiga). Sebelumnya, telah dilakukan *informed consent* guna meminta persetujuan kepada pasien dan keluarga secara lisan untuk dilakukan kunjungan. Kunjungan pertama dilaksanakan pada Selasa, 8 Oktober 2024. Pada kunjungan pertama ini dilakukan pengenalan dan pendekatan kepada pasien dan keluarga serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan. Saat kunjungan tersebut

dilakukan *follow-up* terkait keluhan klinis pasien.

Dari hasil anamnesis didapatkan keluhan gatal masih ada tetapi sudah berkurang, bercak sudah tidak tampak kemerahan. Kekhawatiran pasien mengenai keparahan penyakitnya masih ada namun sudah berkurang. Pasien masih khawatir bercak dapat meluas ke bagian tubuh lainnya dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan lesi kulit pasien sudah tidak tampak kemerahan melainkan tampak hiperpigmentasi disertai dengan skuama putih halus dan erosi, batas tegas, jumlah *multiple*, konfluens, susunan polisiklik, bentuk iregular, ukuran plak, tepi aktif (+) namun papul sudah mengempis, central healing (+), terdistribusi lokalisata.

Setelah dilakukan *follow up* terkait keluhan klinis pasien kemudian dilanjutkan dengan analisis masalah kesehatan secara holistik termasuk mengidentifikasi fungsi biologis, gaya hidup, kebiasaan sehari-hari, *family mapping*, psikososial, ekonomi, pekerjaan, perilaku kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, dan lingkungan sekitar rumah pasien. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan analisis masalah sesuai dengan konsep *Mandala of Health*, dari segi aspek *human biology*, pasien tergolong usia produktif sehingga rentan aktivitas banyak berkeringat dan meningkatkan risiko pertumbuhan jamur jika tidak diimbangi *personal hygiene* yang baik.

Dari aspek *personal behavior*, pasien kurang menjaga *personal hygiene* seperti tidak sering mengganti pakaian dalam apabila sudah lembab. Kurangnya penggantian pakaian dalam terutama selama menstruasi atau keputihan meningkatkan risiko terkena penyakit tinea kruris. Dan dari segi *lifestyle*, pasien sering menggunakan pakaian ketat dan sehari-harinya gemar menggunakan korset

yang juga meningkatkan faktor risiko terjadinya tinea kruris. Penggunaan pakaian ketat dalam aktivitas sehari-hari dapat memperburuk kondisi kulit pasien.

Dari segi perilaku kesehatan pasien masih kuratif dibandingkan preventif, serta pengetahuan yang dimiliki oleh pasien dan keluarganya mengenai penyakit yang diderita masih kurang. Pasien tidak mengetahui bahwa keluhanannya disebabkan oleh infeksi jamur dan pasien merasa malu untuk memeriksakan diri ke dokter karena keluhan yang dirasakan berada di sekitar lipat paha atau selangkangan.

Pasien hanya menggunakan obat yang dia dapatkan secara mandiri dari apotek tanpa konsultasi medis sebelumnya yaitu berupa salep *Betamethasone valerate* yang tidak tepat untuk mengatasi dermatofitosis. Salep golongan kortikosteroid ini bersifat immunosupresif sehingga membuat jamur tumbuh lebih leluasa dan infeksi menjadi kronis atau meluas serta menghambat peradangan yang dapat menyamarkan gejala klinis infeksi jamur (*masking effect*).

Pada aspek *family mapping dan psychosocial* tidak ditemukan adanya masalah yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pasien memiliki fungsi keluarga yang baik dan memiliki hubungan komunikasi dan manajemen keluarga yang baik. Hubungan pasien dengan masyarakat, kegiatan sosial dan keagamaan juga baik. Dari aspek pekerjaan, pasien merupakan buruh harian dengan jadwal kerja panjang yaitu dari pukul 08.00-19.00 sehingga meningkatkan risiko tidak terjaganya kebersihan pribadi. Aktivitas pasien juga menyebabkan pasien sering berkeringat.

Pada aspek lingkungan fisik didapatkan pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dimana jarak antara satu rumah ke rumah yang lain sangat berdekatan. Selain itu pada saat kunjungan didapatkan rumah pasien tampak kurang bersih dan rapi, beberapa pakaian

dan barang terletak sembarangan. Dari segi budaya di lingkungan rumah, didapatkan masalah berupa kurangnya pengetahuan anggota keluarga yang lain terhadap keluhan pasien. Keluarga juga tidak mengetahui terkait pentingnya menjaga kebersihan lingkungan rumah terhadap proses penyembuhan pasien. Keluarga tidak mengetahui bahwa penyakit ini dapat menular ke orang sekitar melalui kontak langsung atau melalui penggunaan barang pribadi secara bersamaan. Pasien seringkali bertukar-tukar barang pribadi dengan anggota keluarga lainnya.

Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah ke bawah. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari diperoleh dari upah ibu, ketiga saudara pasien, serta upah pasien dan suaminya setiap bulannya. Total pendapatan keluarga perbulannya berkisar sepuluh juta rupiah yang digunakan untuk menghidupi ketujuh anggota keluarga. Pendapatan keluarga tersebut cukup untuk memenuhi kebutuhan pokok. Selain itu dari aspek komunitas, lingkungan pasien di tempat kerja dan aktivitas luar rumah kurang memberikan edukasi terkait menjaga kebersihan pribadi.

Aspek yang dinilai dirangkum dalam aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Masalah yang ditemukan dari aspek risiko internal yaitu terkait *personal hygiene* yang kurang baik seperti tetap memakai pakaian dalam yang sudah lembab, kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat (seperti korset) dalam jangka waktu lama setiap harinya.

Kemudian masalah dari aspek risiko eksternal antara lain kurangnya kepedulian keluarga untuk mengingatkan kebersihan diri pasien, kebiasaan anggota keluarga yang menggunakan barang-barang pribadi secara bergantian dan kebersihan lingkungan rumah

yang kurang terjaga, serta kondisi lingkungan rumah yang lembab akibat kurangnya paparan sinar matahari dan sirkulasi udara di dalam rumah.

Selain itu pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit kulit akibat infeksi jamur dermatofita atau Tinea masih kurang. Hal ini dibuktikan dari hasil pre-test pasien yang mendapatkan skor 60/100. Setelah diperoleh permasalahan dan faktor yang mempengaruhi masalah pada pasien, langkah selanjutnya adalah merencanakan metode intervensi yang tepat kepada pasien yang akan dilaksanakan pada kunjungan selanjutnya.

Kunjungan kedua dilaksanakan pada Selasa, 15 Oktober 2024. Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi berdasarkan *patient-centered* dan *family-approach*. Intervensi dilakukan menggunakan media berupa poster yang berisi informasi mengenai penyakit pasien yaitu Tinea, faktor risikonya, cara penyebaran, cara pengobatan serta upaya pencegahan penyakit tersebut. Selain itu disarankan untuk sering mengganti pakaian dalam apabila lembab dan menggunakan pakaian yang menyerap keringat serta tidak ketat.

Keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai penyakit pasien, cara penularan, cara pengobatan, serta pencegahan penularan dan kekambuhan penyakit. Kemudian mengajak keluarga untuk bersama-sama memantau, mengajari pasien, maupun melakukan pencegahan pada diri sendiri berupa perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah faktor-faktor yang memungkinkan penularan penyakit. Seluruh anggota keluarga diberikan konseling untuk menggunakan handuk pribadi dan tidak bergantian terutama dengan pasien serta memperhatikan kebersihan linen seperti sprei, handuk, dan pakaian sehari-hari. Diharapkan dari intervensi yang telah dilakukan kepada pasien dan

keluarga, dapat mengurangi faktor risiko.

Kemudian dilakukan evaluasi klinis dimana didapatkan keluhan gatal pasien sudah lebih berkurang. Bercak masih tetap ada. Pemeriksaan fisik didapatkan lesi hiperpigmentasi berukuran plak, susunan polisiklik, tepi lesi terdapat skuama halus, tepi aktif (-), *central healing* (-), terdapat erosi pada lesi akibat garukan. Pada kunjungan kedua juga dilakukan penatalaksanaan berupa edukasi mengenai pemakaian obat salep yaitu sehabis mandi, tidak terlalu tebal, dan dioles mengelilingi dua sentimeter melebihi daerah lesi.

Setelah intervensi dilakukan evaluasi pada kunjungan ketiga yang dilaksanakan pada Rabu, 23 Oktober 2024. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi tercapai. Pada kunjungan ini dilakukan evaluasi ulang pengetahuan pasien mengenai penyakitnya serta mengevaluasi kepatuhan pasien dan keluarga dalam pengobatan dan pencegahan penularannya. Evaluasi dilakukan melalui *post-test* untuk menilai pemahaman pasien kembali setelah diberi intervensi. Hasil *post-test* menggambarkan bahwa pengetahuan pasien terkait penyakit infeksi jamur dermatofita atau tinea sudah mengalami peningkatan dibandingkan pada sebelum intervensi dilakukan. Hal tersebut dibuktikan dengan meningkatnya skor *post-test* yaitu menjadi 100/100.

Pada kunjungan ketiga ini juga dilakukan evaluasi klinis dimana pasien sudah tidak mengeluhkan gatal dan bercak yang tampak sudah mulai memudar karena pasien mengonsumsi obat dan mengoleskan salep secara rutin setiap harinya. Ini menunjukkan bahwa pasien sudah menerapkan cara pengobatan yang benar dan kepatuhan terhadap pengobatan. Status lokalis didapatkan lesi hiperpigmentasi, dengan

skuama halus, dan *central healing* sudah menghilang.

Pasien juga telah melaksanakan tindakan pencegahan yang dapat mengurangi risiko timbulnya gejala kembali. Seluruh anggota keluarga telah menggunakan handuk sendiri-sendiri dan tidak bergantian serta mencuci pakaian atau linen yang digunakan pasien secara terpisah sebagai upaya pencegahan terjadinya penularan. Keluarga pasien menerapkan pola hidup bersih dan sehat serta selalu mengajak pasien agar memperhatikan kebersihan diri dan pakaian, tidak menggunakan pakaian yang lembab dan ketat. Selain itu juga memperhatikan kebersihan linen seperti handuk, sprei, dan tempat tidur dengan lebih rutin untuk mencucinya. Jendela dan gorden rumah juga sering dibuka setiap pagi, siang, dan sore hari sehingga cahaya matahari bisa masuk untuk mencegah kondisi rumah agar tidak lembab. Secara keseluruhan, tujuan intervensi dari berbagai aspek ini dinilai sudah cukup baik dari segi pengetahuan dan perubahan perilaku.

Pada pertemuan ini juga pasien diberikan penjelasan bahwa keluhan yang dialami pasien sudah sembuh meskipun bekas bercaknya masih tetap ada. Pasien diberikan edukasi bahwa bercak bekas lesi tersebut tidak dapat langsung hilang dan membutuhkan waktu untuk memudar perlahan-lahan. Pasien dianjurkan untuk melakukan pengobatan ke dokter jika keluhan dirasakan muncul kembali dan apabila terdapat gejala lain yang mengganggu agar mendapatkan pengobatan. Pasien dan keluarga dianjurkan untuk tetap menjaga dan memelihara higienitas personal dan lingkungan serta dianjurkan untuk kontrol kesehatan secara rutin atau mengubah pola pengobatan menjadi preventif.

Pada aspek *community oriented*, perlu dilakukan edukasi tentang gejala penyakit infeksi jamur dermatofita/tinea serta cara

penularan dan pencegahan penyakit. Edukasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan melakukan pencegahan timbulnya gejala, penularan serta memastikan penderita mendapatkan pengobatan yang aman dan sesuai sehingga penyakit tidak menjadi kronis.

Kesimpulan

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis yang ditegakkan pada kasus ini, ialah Tinea Kruris. Penatalaksanaan penyakit tinea dilakukan dengan pendekatan yang luas. Tatalaksana tidak hanya berfokus pada tatalaksana medikamentosa melainkan juga mencakup dimensi psikososial pasien. Oleh karena itu, penatalaksanaan yang bersifat menyeluruh dan berkelanjutan sangat diperlukan agar hasil yang dicapai optimal dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan adanya keluhan yang semakin membaik. Selain itu, juga didapatkan peningkatan yang signifikan dalam aspek pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien.

Daftar Pustaka

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). 2021. Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi Indonesia. Jakarta: PERDOSKI
2. Jartarkar SR, dkk. 2022. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *Journal of Fungi*. 8(39): 1 – 15
3. Verma S, Verma G, Sharma V, Bhagra S, Negi A, Tegta GR. 2017. Current Spectrum of Dermatophytosis in a Tertiary Care Hospital of North India – A 6-Year Clinico-Mycological Study. *J Med Sci Clin Res*. 05(03): 19488-94.
4. Pippin MM, Madden ML, Das M. 2024. Tinea cruris. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
5. Araya S, Tesfaye B, Fente D. 2020. Epidemiology of dermatophyte and non-dermatophyte fungi infection in Ethiopia. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 13:291–7.

6. Marwah S, Zuraida R. 2023. Pendekatan Holistik Pada Pria Usia 52 Tahun Dengan Tinea Cruris Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari. Bandar Lampung: Universitas Lampung.
7. Yossela T. 2015. Diagnosis and Treatment of Tinea cruris. J MAJORITY. 4(2): 122-8.
8. Sanggarwati SYD, Wahyunitisari, Astari L, Erianti E. 2021. Profile of Tinea Corporis and Tinea Cruris in Dermatovenere-ology Clinic of Tertiery Hospital: A Retrospective Study. J. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. 33(1): 34-9.
9. Devy D, Erianti E. 2018. Studi Retrospektif: Karakteristik Dermatofitosis. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Periodical of *Dermatology and Venereology*. 30(1): 66 – 72.
10. Widaty S, Budimulja U. 2016. Dermatofitosis. Dalam S. L. S. Menaldi, K. Bramono, & W. Indriatmi (Ed.), *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin* (ketujuh, hlm. 109–116). Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
11. Kaltsum U. 2014. Pendekatan Holistik Penatalaksanaan Dermatofitosis (Tinea Manum Dekstra, Tinea Korporis, dan Tinea Cruris Sinistra) pada Wanita Usia 43 Tahun Dengan Pekerjaan Buruh Cuci Harian. Jurnal Medula. 3(1): 135 – 142.
12. Putri MN, Burmana F, Nusadewiarti A. 2017. Penatalaksanaan dan Pencegahan Tinea Korporis pada Pasien Wanita dan Anggota Keluarga. J Agromed Unila. 4:103–10.
13. Yuwita W, Ramali WM, Miliawati R. 2016. Karakteristik Tinea Kruris dan/atau Tinea Korporis di RSUD Ciamis Jawa Barat. J. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. 28(2): 42-51.