**Penatalaksanaan Pasien Perempuan Usia 23 Tahun dengan Tinea Pedis melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Puskesmas Rawat Inap Kedaton**

**Arifaa Thalitha Zuleikha1, Fitria Saftarina2**

1,2,3,4 Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Arifaa Thalitha Zuleikha, alamat Jl. Soekarno Hatta Rajabasa, Bandar Lampung, e-mail tataarifa75@gmail.com

*Received : 12 Februari 2025 Accepted : 17 April 2025 Published : 20 Juni 2025*

**ABSTRAK:** Infeksi jamur yang disebabkan oleh dermatofit dikenal sebagai dermatofitosis. Tinea adalah nama lain untuk penyakit ini. Jamur ini diklasifikasikan menurut area tubuh yang terinfeksi: kepala (tinea capitis), wajah (tinea faciei), janggut (tinea barbae), tubuh (tinea corporis), tangan (tinea manuum), selangkangan (tinea cruris), kaki (tinea pedis), dan kuku (tinea unguinum). Di Indonesia, prevalensi penyakit dermatofitosis adalah 52%, dibandingkan dengan 35,6% di Asia. Ada agen, host, dan variabel lingkungan yang berkontribusi terhadap risiko. Di antara karakteristik ini termasuk perbedaan virulensi jamur, urbanisasi yang lebih besar, suhu tinggi, kelembaban tinggi, dan individu dengan gangguan kekebalan tubuh. Dengan menggunakan pendekatan yang berpusat pada pasien dan berorientasi pada keluarga, tujuan kami adalah untuk menyediakan layanan medis berbasis bukti bagi pasien melalui identifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan perawatan pasien berdasarkan kerangka kerja untuk mengatasi masalah. Penelitian ini berupa laporan kasus. Data yang dikumpulkan mencakup sumber primer dan sekunder, termasuk catatan medis pasien dan metode seperti autoanamnesis, aloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Ibu M, pasien berusia 23 tahun, datang ke fasilitas kesehatan dua minggu setelah ia mulai merasakan gatal dan kulit mengelupas di kakinya. Kaki pasien terasa lebih gatal saat basah. Pada pemeriksaan fisik, kami melihat lesi eritematosa seukuran numular yang dibatasi oleh sisik kecil. Pasien ditemukan menderita Tinea pedis, menurut diagnosis klinis (ICD-10 B35.3). Selain itu, intervensi, penanganan, dan penilaian semuanya telah selesai. Khususnya bagi pasien yang menderita dermatofitosis, terapi holistik berpotensi meningkatkan pemahaman dan memengaruhi perubahan perilaku dan sikap. Orang-orang terkasih pasien memegang peranan penting dalam perawatan dan pengobatan mereka, dengan memberikan dukungan emosional dan praktis.

**Kata Kunci:** Kedokteran keluarga, Dermatofitosis, Tatalaksana holistik

**Management of A 23 Years Old Female Patient with Tinea Pedis Through A Family Doctor Approach in the Kedaton Inpatient Health Center Area**

**ABSTRACT:** Fungal infections caused by dermatophytes are known as dermatophytosis. Tinea is another name for this disease. These fungi are classified according to the area of ​​the body infected: head (tinea capitis), face (tinea faciei), beard (tinea barbae), body (tinea corporis), hands (tinea manuum), groin (tinea cruris), feet (tinea pedis), and nails (tinea unguinum). In Indonesia, the prevalence of dermatophytosis disease is 52%, compared to 35.6% in Asia. There are agent, host, and environmental variables that contribute to the risk. Among these characteristics include differences in fungal virulence, greater urbanization, high temperature, high humidity, and individuals with impaired immunity. Using a patient-centered and family-oriented approach, our goal is to provide evidence-based medical services to patients through identification of risk factors, clinical problems, and patient care based on a framework for addressing the problems. This study is a case report. Data collected include primary and secondary sources, including patient medical records and methods such as autoanamnesis, alloanamnesis, physical examination, and home visits. Mrs. M, a 23-year-old patient, came to the health facility two weeks after she started to feel itching and peeling skin on her feet. The patient's feet felt itchier when wet. On physical examination, we saw erythematous lesions of nummular size bordered by small scales. The patient was found to have Tinea pedis, according to the clinical diagnosis (ICD-10 B35.3). In addition, interventions, treatments, and assessments were all completed. **Conclusion:** Especially for patients with dermatophytosis, holistic therapies have the potential to improve understanding and influence behavioral and attitudinal changes. Patients’ loved ones play an important role in their care and treatment, providing emotional and practical support.

**Keyword:** Family Medicine, Dermatophytosis, Holistic Management

DOI

**PENDAHULUAN**

Dermatofitosis terjadi ketika jamur dermatofit menyerang jaringan yang mengandung keratin termasuk stratum korneum kuku, rambut, dan kulit manusia. Tinea, kurap, teigne, dan ringworm adalah istilah yang menggambarkan kondisi yang sama. Kulit, kuku, dan rambut rentan terhadap dermatofitosis, infeksi jamur yang disebabkan oleh dermatofit (spesies microsporum, trichophyton, dan epidermophyton). Rambut dan kulit merupakan target microsporum. Kuku, kulit, dan rambut merupakan target parasit trichophyton. Meskipun epidermophyton dapat menginfeksi kuku, sebagian besar menyerang kulit.

Tinea cruris (selangkangan), tinea corporis (tubuh), tinea manum (tangan), tinea unguium (kuku), tinea capitis (kepala), dan tinea pedis (kaki) merupakan beberapa jenis penyakit jamur (dermatofitosis) yang disebabkan oleh kelompok jamur dermatofit. Salah satu infeksi kulit yang paling umum adalah tinea pedis. Gatal-gatal umum terjadi, terutama di antara jari-jari kaki dan di telapak kaki, di area yang terdapat jari-jari kaki bersisik. Tinea pedis paling sering terlihat sebagai fisura yang dikelilingi oleh sisik-sisik tipis dan kecil yang dapat menyebar ke telapak kaki dan bahkan di bawah jari-jari kaki (subdigital). Jenis papuloskuamosa adalah nama lain untuk kaki moccasin. Sejumlah faktor, termasuk kelembaban tinggi, keringat, dan iklim tropis, berkontribusi terhadap tinea pedis. Orang-orang yang tidak nyaman dengan kebersihan pribadi dan yang bekerja di lingkungan panas dengan tingkat keringat dan kelembapan kulit yang tinggi lebih mungkin terkena penyakit ini.

Tinea pedis telah menginfeksi sekitar 70% dari populasi global. Survei Eropa menemukan prevalensi tinea pedis sebesar 24% di seluruh Asia dan Eropa, sedangkan Survei Asia Timur menemukan prevalensi sebesar 37%. Temuan ini menunjukkan Asia sebagai wilayah dengan insiden tinea pedis tertinggi. Namun, di Indonesia, 52% dari populasi terkena penyakit ini. Satu penelitian menemukan bahwa Trichophyton rubrum bertanggung jawab atas 47% kasus tinea. Ada faktor predisposisi yang berhubungan dengan lingkungan, host, dan agen untuk penyakit ini. Faktor yang berhubungan dengan host meliputi kondisi immunocompromised (seperti diabetes melitus, penyakit kronis, lupus, dan AIDS), kurangnya kebersihan pribadi seseorang, dan kebiasaan memakai sepatu basah secara terus-menerus. Panas dan kelembapan yang ekstrem merupakan contoh variabel lingkungan. Di antara parameter yang berhubungan dengan agen adalah perbedaan virulensi jamur, yang dapat memengaruhi resistensi atau kekambuhan infeksi. Biasanya, dermatofit dapat menyebar saat tinea pedis muncul.

Seorang wanita yang sudah menikah yang tinggal di rumah untuk mengurus memasak, membersihkan, dan mencuci dikenal sebagai ibu rumah tangga. Ada kemungkinan bahwa tindakan ini dapat menyebabkan penyakit. Hal ini berkaitan dengan kebersihan, yaitu rumah dan kebersihan pribadi seseorang. Mengenakan sepatu yang terlalu basah dan tidak mengeringkan kaki setelah terkena air adalah contoh kebersihan pribadi yang buruk. Lingkungan dengan sedikit jendela atau suasana rumah yang pengap. Kemungkinan infeksi jamur akan meningkat sebagai akibat dari semua itu yang berkontribusi terhadap perkembangan lingkungan yang lembap. Lebih jauh, penyakit ini menyerang semua anggota rumah tangga yang tinggal di tempat yang sempit, tidak hanya wanita.

Oleh karena itu, pendekatan kedokteran keluarga adalah terapi terbaik di sini. Selain mendiagnosis dan mengobati kondisi medis, dokter keluarga berfokus pada seluruh pasien, termasuk orang yang mereka cintai dan lingkungan sekitarnya, karena faktor-faktor ini dapat memengaruhi prognosis pasien, tingkat remisi, dan kemampuan untuk mengendalikan penyakit.

**TUJUAN PENULISAN**

1. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidencebased medicine* pada pasien
2. Mengidentifikasi faktor resiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan pendekatan *patient centered, family approach* dan *community oriented*.

**ILUSTRASI KASUS**

Gatal pada telapak kaki menjadi alasan ibu rumah tangga berusia 23 tahun, Ibu M, mendatangi poliklinik rawat jalan Puskesmas Rawat Inap Kedaton pada tanggal 20 Mei 2024. Selain rasa tidak nyaman selama dua minggu, ibu tersebut mengatakan bahwa kondisinya semakin memburuk saat telapak kakinya basah. Awalnya, pasien merasakan gatal dan terkelupas di bagian telapak kaki dan sela-sela jari kaki kanannya. Pasien mengatakan bahwa ia tidak menggaruk bagian yang gatal tersebut. Luka pada telapak kaki yang berdarah hebat masih dialami pasien seminggu kemudian. Setelah membawa salep 88 yang dibelinya sendiri tetapi tidak berhasil, pasien tersebut mencari pemeriksaan lebih lanjut di Puskesmas Kedaton.

Ini merupakan keluhan pertama pasien terkait kondisi ini. Pasien tidak melaporkan adanya reaksi terhadap makanan, minuman, obat-obatan, atau produk lainnya di masa lalu maupun saat ini. Pasien mengakui bahwa ia bekerja di usaha binatu milik ibunya setiap hari, yang berarti bahwa kakinya terus-menerus terkena air saat ia membantu pekerjaan seperti mengepel lantai dan mencuci pakaian. Setiap hari, pasien berjalan di sekitar rumah dengan sandal mereka, yang sering kali basah.

**METODE**

Analisis studi ini didasarkan pada laporan kasus. Sumber primer dan sekunder digunakan untuk mengumpulkan data. Autoanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah merupakan metode utama pengumpulan data dari pasien, sedangkan data tambahan berasal dari sumber keluarga, psikososial, dan lingkungan. Catatan medis pasien berfungsi sebagai sumber informasi sekunder. Evaluasi menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif berdasarkan diagnosis komprehensif selama penelitian

**DATA KLINIS**

**Anamnesis**

Seorang perempuan berusia 23 tahun bernama M membawa ibunya ke Puskesmas Rawat Jalan Kedaton pada tanggal 20 Mei 2024, karena telapak kaki kanannya terasa gatal. Selama dua minggu terakhir, pasien mengalami masalah tersebut, yang semakin parah saat kakinya basah. Awalnya, pasien mengalami kulit mengelupas dan gatal di bagian bawah dan di antara jari-jari kaki kanannya. Menurut pasien, kulit yang gatal tidak digaruk. Setelah satu minggu, pasien menyatakan tidak nyaman karena ada lepuh berdarah yang luar biasa di bagian belakang kakinya. Setelah salep 88 yang dibeli sendiri oleh pasien tidak berhasil meringankan kondisinya, ia memilih untuk memeriksakan diri lebih lanjut ke Puskesmas Kedaton.

Pasien tidak pernah menunjukkan kekhawatiran tentang kondisi ini sebelumnya. Pasien mengatakan bahwa dia tidak pernah alergi terhadap obat-obatan, makanan, atau minuman apa pun. Pasien menyangkal adanya pengalaman sebelumnya dengan hewan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit yang memengaruhi sistem imun, seperti diabetes, lupus, HIV/AIDS, dll. Pasien mengakui bahwa ia membantu ibunya di perusahaan binatu setiap hari, yang berarti kakinya terus-menerus terkena air saat ia membersihkan lantai dan mencuci pakaian.

Pasien merasakan nyeri saat terkena air, yang membuat kondisi ini sangat mengganggu saat berwudhu dan melakukan aktivitas sehari-hari lainnya.Pasien khawatir kondisinya akan memburuk daripada membaik. Agar gejalanya hilang dan tidak mengganggu kehidupan sehari-hari, itulah keinginan terbesar pasien. Pasien mengklaim bahwa kondisi ini disebabkan oleh alergi makanan.

Pasien sering memakai sandal di dalam rumah. Baik saat pasien pergi ke kamar kecil atau mencuci pakaian, mereka selalu memakai sandal. Akibatnya, sandal biasanya lembab dan basah. Saat kaki atau sandal pasien basah, ia tidak pernah mengeringkannya.

**Pemeriksaan Fisik**

Tanda-tanda vital pasien adalah 84 kali per menit, suhu 36,5 derajat Celsius, berat 58 kilogram, tinggi 154 sentimeter, dan pasien dalam keadaan sadar kompos mentis.

**Status Generalis :**

**Kepala :** Ukuran dalam batas normal, rambut tersebar merata, lesi (-)

**Mata :** Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), eksoftalmus (-/-)

**Telinga :** Sekret (-), hiperemis (-), benjolan **Hidung :** sekret (-), konka hiperemis dan edem **(-)**

**Faring :** tidak hiperemis, tonsil T1/T1.

**Jantung :**

Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus cordis teraba pada SIC 5

Perkusi : Batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 2 jari medial linea midclavicular sinistra

Auskultasi : Bunyi jantung I dan II regular

**Paru :**

Inspeksi : Tampak simetris, retraksi (-), pernafasan tertinggal

Palpasi : Fremitus taktil dan ekspansi simetris kanan dan kiri

Perkusi : Sonor (+/+)

Auskultasi: Rhonki (-), wheezing (-)

**Abdomen :**

Inspeksi : Datar

Auskultasi : BU (+) 8x/menit

Perkusi : Nyeri tekan (-)

Auskultasi : Timpani

**Ekstermitas :**

Superior : Akral hangat, edem (-/-) Inferior : Akral hangat, edem (-/-)

**Muskuloskeletal dan Neurologis:** Kesan dalam batas normal

**Status Lokalis :**

Regio pedis dekstra: “makula eritema multipel, bentuk irreguler, batas tegas ditutupi skuama putih, penyebaran regional, terdapat erosi pada lesi”.

**PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

**DATA KELUARGA**

Pasien Nn. M berusia 23 tahun, saat ini bekerja membantu ibunya yang membuka usaha laundry sebagai pencuci baju dirumah mereka sendiri. Pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara dan belum memiliki pasangan. Ibu I, ibu pasien, adalah seorang tukang cuci berusia 48 tahun. Ibu A, ayah pasien berusia 49 tahun, sekarang tidak memiliki pekerjaan, dan Ibu N, adik perempuan pasien berusia 17 tahun, adalah seorang pelajar. Struktur keluarga inti menggambarkan dinamika keluarga pasien. Tidak ada seorang pun dalam keluarga yang sakit karena penyakit menular atau kondisi jangka panjang dalam dua bulan terakhir. Kesehatan keluarga sangat baik, dan semua orang memiliki catatan lengkap tentang vaksin. Keluarga kami tidak menderita gangguan fisik apa pun.

Karena orang tua dan adik pasien tinggal serumah, hubungan mereka cukup erat. Keluarga pasien sering kali berunding satu sama lain ketika menghadapi masalah, dan ayah pasien, sebagai kepala keluarga, biasanya membuat keputusan akhir.

Karena mereka tidak terlibat dalam kegiatan ekstrakurikuler di luar rumah, seperti remaja masjid, banyak yang beranggapan bahwa anak-anak tidak cukup terlibat dalam kegiatan masyarakat. Semua orang di lingkungan sekitar, termasuk para pemimpin kelompok RT dan RW setempat, mengenal keluarga ini. Ibu I, ibu pasien, berpartisipasi dalam kelas senam rumah tangga untuk wanita sebagai kegiatan sosial. Dengan pendapatan keluarga per bulan sekitar Rp. 3.000.000, yang digunakan untuk menghidupi empat orang dalam rumah tangga ini, gaji suami sangat penting untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga. Persediaan makanan dan minuman yang cukup tersedia. Tidak ada jumlah olahraga mingguan atau kegiatan waktu luang yang pernah memenuhi kebutuhan sekunder. Keluarga tidak menekankan pada pengobatan alternatif, tetapi mereka selalu pergi ke dokter dengan orang yang mereka cintai yang sakit dan mendesak orang lain untuk melakukan hal yang sama. Tetapi keluarga hanya pernah mengunjungi dokter ketika mereka sakit, tidak pernah sembuh sejak awal. Setiap orang di keluarga selalu meminum pil dan mendengarkan perintah dokter ketika datang untuk berobat.

Membawa anggota keluarga yang sakit ke dokter atau rumah sakit sesegera mungkin merupakan praktik umum dalam pengobatan keluarga. Asuransi kesehatan kota digunakan oleh pasien untuk membayar biaya pengobatan. Dalam hal menjaga kerapian rumah, Ibu I. yang memimpin. Agar rumah tetap bersih, setiap orang dalam keluarga sangat berhati-hati untuk menyeka kaki mereka setelah setiap penggunaan. Tidak ada seorang pun dalam keluarga yang menyalakan rokok atau menggunakan narkoba atau alkohol. Hanya berjarak satu kilometer dari rumah pasien terdapat Puskesmas Kedaton, tempat keluarga pasien berobat. Karena pasien sering menggunakan angkutan umum, jarang sekali menjadi masalah untuk sampai ke sana.

**Genogram Keluarga Ny. M**



**Gambar 2.** Genogram Keluarga Tn. A

**Hubungan Antar Keluarga**



**Gambar 3.** Hubungan Keluarga Ny.M

Keterangan :

 : Hubungan erat

**Family APGAR Score**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **APGAR** | **Score** |
|  | “Saya “merasa puas karena saya dapa meminta bantuan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan | 2 |
| ***Adaptation*** |
| ***Partnership*** | Saya merasa puas dengancara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya | 2 |
| ***Growth*** | Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan- keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya | 1 |
| ***Affection*** | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta | 1 |
| ***Resolve*** | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama” | 2 |
|  | Total | 9 |

 **Tabel 1.** Family APGAR

Total *Family APGAR Score 9* (tidak ada disfungsi keluarga).

Interpretasi *Family* APGAR :

7 – 10 : Keluarga fungsional

4 – 6 : Keluarga kurang fungsional

0 – 4 : Keluarga sangat tidak fungsional

***Family Screem Score***

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil antara lain:

**Table 1.** *Family SCREEM Analysis* Ny. E (46 tahun)

**Tabel 2.** SCREEM *Score*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit** | **SS(3)** | **S****(2)** | **TS(1)** | **STS****(0)** |
| S1 | “Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami | ✔ |  |  |  |
| S2 | Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami |  | ✔ |  |  |
| C1 | Budaya kami memberi kekuatan dan keberaniankeluarga kamiBudaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami |  | ✔ |  |  |
| C2 | Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami |  | ✔ |  |  |
| R1 | Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalamkeluarga kami | ✔ |  |  |  |
| R2 | Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami |  | ✔ |  |  |
| E1 | Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami |  |  | ✔ |  |
| E2 | Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami |  | ✔ |  |  |
| E’1 | Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit |  | ✔ |  |  |
| E’2 | Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami |  | ✔ |  |  |
| M1 | Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami |  | ✔ |  |  |
| M2 | Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluargaKami” |  | ✔ |  |  |
| Total | 6 | 18 | 1 |  |

Dapat dikatakan dengan pasti bahwa acara keluarga Ibu memiliki sumber daya yang cukup, sebagaimana hasil penilaian SCREEM sebesar 25.



***Family Lifecycle***

****

**Gambar 4.** Family Lifecycle

Keluarga pasien termasuk dalam fase keluarga dengan Anak Remaja.

6

**DATA LINGKUNAN RUMAH**

Pasien tinggal di rumah berukuran 6m x 8m, menurut hasil wawancara dan kunjungan. Satu saudara kandung dan kedua orang tua tinggal bersama penderita. Ada ruang tamu, kamar tidur, dapur, kamar mandi, dan ruang cuci di rumah yang bentuknya tidak rata ini. Lantai rumah dilapisi semen, dan dindingnya, yang terbuat dari bata merah, juga dilapisi semen. Meskipun jendelanya tidak pernah dibuka, rumah tersebut memiliki pencahayaan dan ventilasi yang baik, atap genteng, dan langit-langit yang menutupi sebagian atap. Secara umum, rumah tersebut dalam kondisi sangat baik. Listrik sudah digunakan di rumah tersebut. Jarak antara rumah pasien dan rumah-rumah di sekitarnya sangat sempit. Air untuk mencuci dan mandi berasal langsung dari keran. Jarak antara keran air dengan kamar kecil adalah sepuluh meter. Toilet dalam adalah toilet jongkok dan kamar mandi berukuran 1,5 x 1 meter. Pasien merebus air untuk dikonsumsi. Talang air adalah tempat pembuangan semua sampah rumah tangga. Baik di dalam maupun di luar rumah, Anda mungkin menemukan tempat sampah. Pasien tinggal di daerah yang penduduknya agak jarang.

**Denah Rumah**





**Gambar 5.** Denah rumah keluarga Ny. M

**DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL**

**Aspek 1. Aspek Personal**

* Alasan kedatangan: pasien mengeluhkan kulit gatal (ICPC-2: S02), kulit kemerahan (ICPC-2: S06).
* Kekhawatiran: Orang yang menderita penyakit sering kali takut kondisinya akan memburuk, bukannya membaik.
* Harapan: Keluhan yang dirasakan pasien segera membaik.
* Persepsi: Pasien mengklaim bahwa kondisi ini disebabkan oleh alergi makanan.

**Aspek 2. Diagnosis Klinik**

* Tinea Pedis (ICD 10: B35.3)

**Aspek 3. Resiko Internal**

* Pengetahuan yang kurang memadahi mengenai:
	1. Penyebab penyakit
	2. Faktor risiko penyakit
	3. Transmisi penyakit
	4. Cara Penggunaan Obat Salep
	5. Upaya pencegahan
	6. Pendidikan terakhir SMK
* Berjalan-jalan dengan sandal basah di dalam rumah. *(Moisture or humidity problem ICD-10 XzxE8HD)*
* Saat terkena air, pasien jarang mengeringkan kakinya. (*Poor personal hygine ICD-10 MB23.J)*

**Aspek 4. Resiko Eksternal**

* Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah memiliki ventilasi (*IC-10 XE011Ventilation problem in device environment)* dan penerangan yang cukup, namun jarang dibuka. (*Problems associated with housing* I*CD 10 QD71)*

7

**Aspek 5. Derajat Fungsional**

* Pasien mampu melakukan tugas sehari-hari seperti yang mereka lakukan sebelum sakit, yang dikenal sebagai tingkat fungsional satu.

**RENCANA INTERVENSI**

Pendidikan dan konseling pasien tentang tinea pedis dan penyebabnya, faktor risiko, dan jalur penularannya akan menjadi terapi yang diberikan kepada pasien ini. Intervensi dapat dikategorikan sebagai berorientasi pada masyarakat, berfokus pada keluarga, atau berpusat pada pasien.

Akan ada total tiga kunjungan pasien. Rekam medis dan pemantauan pasien dapat diselesaikan pada pertemuan pertama. Tujuan pertemuan kedua adalah untuk melaksanakan intervensi, dan pertemuan ketiga adalah untuk mengevaluasi seberapa baik intervensi tersebut berhasil.

|  |  |
| --- | --- |
| **Variabel** | **Target Terapi** |
| Tinea Pedis | Keluhan membaik ditandai dengan tidak ada gejala gatal dan lemerahan pada kulit |
| Pengetahuan pasien dan keluarga | Pasien dan keluarga mengetahui tentang Tinea Pedis meliputi definisi, penyebab, gejala, pencegahan, efek berkelanjutan, dan pengobatan |
| *Personal Hygiene* | Pasien menjadi lebih *aware* terkait *personal hygiene* pasien dengan tidak memakain sendal yang basah dan lembab didalam rumah dan merawat kulit dengan baik |

***Patient centered***

1. Medikamentosa

Ketokonazol sistemik 200 mg sekali sehari, cetirizine 10 mg sekali sehari, dan ketokonazol topikal dua kali sehari setelah mandi.

1. Nonmedikamentosa

Memberikan konseling kepada pasien tentang asal faktor risiko, cara penyebarannya, dan upaya untuk menghindari penyakit. Tidak hanya itu, sebaiknya segera hilangkan air dari kaki Anda dan hindari memakai sandal saat masih basah. Setelah membersihkan dan mengeringkan kaki secara menyeluruh, pasien diinstruksikan untuk mengoleskan salep sekitar 5 cm di luar area lesi.

***Family focused***

Untuk mengurangi kelembapan dan meningkatkan sirkulasi udara, seluruh keluarga disarankan untuk membuka semua jendela, gorden, dan pintu tiga kali sehari.

***Community oriented***

Penyebaran informasi kepada tetangga pasien tentang pentingnya ventilasi yang baik dalam mencegah penumpukan kelembapan dan jamur di tempat tinggal.

**DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR**

1. **Aspek Personal**
	* Alasan kedatangan: Luka di kaki juga sudah sembuh, dan tidak ada lagi rasa gatal atau kulit mengelupas.
	* Kekhawatiran: Karena kondisinya sudah membaik, pasien tidak perlu khawatir lagi.
	* Harapan: Pasien tidak lagi merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas sehari-hari, terutama saat berwudhu, karena semua gejalanya sudah hilang.
	* Persepsi: Pasien menduga bahwa kondisinya disebabkan oleh jamur akibat pilihan gaya hidupnya sendiri dan tingkat kelembapan yang tinggi di rumahnya.
2. **Aspek Klinis**
	* Tinea Pedis (ICD 10: B35.3)
3. **Aspek Risiko Internal**
	* Pasien memiliki pemahaman yang baik tentang asal penyakit, potensi bahaya, mekanisme penularan, dan cara menghindari penularan.
	* Pasien mengetahui cara yang tepat dan benar dalam mengoleskan salep.
	* Pasien secara konsisten mengeringkan kaki setelah terkena air.
4. **Aspek Risiko Eksternal**
	* Lingkungan tempat tinggal: Pada siang hari, baik pagi, siang, atau sore, jendela dan tirai rumah sering dibiarkan terbuka.
5. **Derajat Fungsional**

Pada tingkat fungsional pertama, pasien mampu melakukan semua tugas rutinnya seperti sebelum sakit.

**PEMBAHASAN**

Seorang pasien perempuan berusia 23 tahun datang dengan riwayat iritasi kulit dan pengelupasan pada telapak kakinya. Di poliklinik umum Puskesmas Rawat Jalan Kedaton pada tanggal 20 Mei 2024, pada pertemuan pertama. Masalah tersebut telah berlangsung selama dua minggu sebelumnya, dan menjadi lebih parah saat telapak kaki pasien basah. Pasien pertama kali mengalami gatal dan mengelupas pada telapak kaki dan sela-sela jari kaki kanannya. "Saya tidak menggaruk bagian yang gatal itu," kata pasien. Pasien terus mengalami luka pada telapak kaki dan pendarahan satu minggu kemudian. Karena masalah pasien terus berlanjut setelah menggunakan salep 88 yang dibelinya sendiri, ia memutuskan untuk mencari evaluasi lebih lanjut di Puskesmas Kedaton. Pemeriksaan fisik menunjukkan lesi di area pedis, yang meliputi banyak makula berbentuk tidak teratur yang hipopigmentasi dan dilapisi sisik putih. Erosi telah terjadi di dalam lesi, yang memiliki batas yang jelas dan telah bermigrasi ke area lain. Tinea pedis, infeksi jamur pada kaki, terlihat dari riwayat dan pemeriksaan fisik pasien.

Bintik-bintik merah yang gatal dan bersisik merupakan keluhan utama pada pasien dengan tinea pedis. Makula eritematosa dengan batas yang jelas dan sisik yang menyertainya memberikan gambaran keseluruhan dalam konteks evaluasi status lokal. Tinea pedis adalah kondisi yang ditandai dengan adanya lesi di ruang interdigital atau di telapak kaki (ICD-10 B35.3).

Saat hujan atau lembap, Ibu M biasanya memilih untuk memakai sandal. Saat kakinya basah karena berada di air, pasien hampir tidak pernah mengeringkannya. Lingkungan rumah yang lembap dan kurangnya ventilasi yang baik menjadikannya lingkungan yang ideal bagi penyakit untuk menyebar.

Etiologi tinea pedis melibatkan interaksi kompleks antara agen, host, dan lingkungan. Tinea pedis yang luas, berulang, atau persisten dapat disebabkan oleh kondisi host yang mengalami gangguan kekebalan seperti diabetes melitus, limfoma, atau penyakit kronis. Kelembapan, kehangatan, dan penggunaan alas kaki yang tidak pas merupakan variabel lingkungan yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko infeksi.

Kontak langsung dengan individu yang terinfeksi merupakan satu-satunya cara yang diketahui agar penyakit ini menyebar dari orang ke orang. Individu yang terinfeksi mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah penularan penyakit mereka dengan menghindari berbagi barang-barang pribadi seperti handuk. Melalui kontak langsung kulit ke kulit, infeksi jamur dapat berpindah dari hewan yang sakit ke manusia. Penyakit ini sering ditularkan oleh kucing dan anjing. Selain itu, ada juga babi, kuda, kambing, dan sapi. Aturan praktis yang baik adalah selalu mencuci tangan setelah bersentuhan dengan hewan. Penularan melalui lingkungan, terutama di area basah seperti toilet umum dan ruang ganti. Oleh karena itu, sebaiknya hindari bertelanjang kaki di area tersebut.

Larutan KOH 10-30% dapat digunakan untuk mendukung pemeriksaan kondisi ini. Kerokan kulit sebagai salah satu jenis spesimen. Untuk mendiagnosis lesi aktif, kerokan diperlukan. Setelah itu, di bawah mikroskop, Anda dapat melihat artrospora, spora, dan hifa yang panjang. Meskipun tes ini cukup sensitif (sensitivitas 50-60%), tes ini tidak memberikan gambaran yang jelas tentang asal agen infeksius.

Untuk membuktikannya, kultur jamur dapat menghasilkan hasil negatif palsu. Kultur jamur dan pengujian KOH tidak dilakukan pada kasus ini. Anamnesis dan pemeriksaan fisik merupakan dasar diagnosis.

**KESIMPULAN**

1. Faktor internal, seperti kecenderungan memakai sandal di lingkungan basah dan kurangnya waktu pengeringan setelah terkena air, kemungkinan besar menjadi penyebab penyakit tinea pedis pada pasien. Kelembaban dan lingkungan rumah merupakan contoh variabel eksternal.
2. Media poster digunakan untuk tujuan pengajaran, dengan topik yang dibahas meliputi penggunaan narkoba, penularan, penyebab, faktor risiko, dan kegiatan pencegahan sesuai dengan garis besar pada poster.
3. Manajemen yang tepat, termasuk penggunaan obat-obatan, dan pengendalian faktor risiko merupakan tujuan utama pengobatan tinea pedis.
4. Pasien melaporkan lebih sedikit masalah setelah terapi dievaluasi. Terdapat tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap pengobatan yang diresepkan dan pengobatan non-obat di antara pasien. Selain itu, terdapat peningkatan kesadaran pasien tentang asal-usul penyakit, potensi bahaya, mekanisme penularan, dan tindakan pencegahan.

**SARAN**

**Bagi Pasien :**

1. Sebaiknya pasien dapat meningkatkan pemahaman mengenai faktor risiko yang dapat menimbulkan rekurensi penyakit.
2. Meningkatkan kesadaran agar mau memeriksakan penyakit sedini mungkin dan tidak setelah penyakit itu sudah lama dirasakan.

**Bagi Keluarga :**

1. Menjaga kebersihan lingkungan rumah dan masing-masing anggota keluarga.
2. Kurangi frekuensi pemakaian sandal saat cuaca basah, dan selalu pastikan untuk mengeringkan kaki setelah menyentuh air.

**Bagi Puskesmas :**

1. Atasi masalah klinis pasien sekaligus kelola risiko yang mungkin terjadi.
2. Pelatihan untuk skenario ini dapat dilanjutkan dengan keluarga.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Jartarkar SR, Patirl A, Goldust Y, Cockerrerll CJ, Schwartz RA, Grabber S, ert al. Pathogernersirs, Irmmunology and Managermernt of Derrmatophytosirs. J Fungir. 2022;8(1):1–15.
2. Mernaldir SL. Irlmu Pernyakirt Kulirt Kerlamirn. Jakarta: Unirverrsirtas Irndonersira; 2017.
3. Araya S, Tersfayer B, Fernter D. Erpirdermirology of derrmatophyter and non- derrmatophyter fungir irnferctiron irn Erthiropira. Clirn Cosmert Irnverstirg Derrmatol. 2020;13:291–7.
4. Hirdayat R. Hubungan Kerberrsirhan Dirrir (Perrsonal Hygirerner) Derngan Kerjadiran Pernyakirt Derrmatofirtosirs Dir Dersa Lerrerng Wirlayah Kerrja Puskersmas Kuok. J Nerrs. 2018;2(1):86–94.
5. Kaltsum U. Holirstirc Approach to Managermernt of Derrmatophytosirs ( Tirnera Manum Ther rirght , Tirneracorporirs , Tirnera crurirs and Sirnirstra ) irn Womern Ager43 Yerars wirth Labor Jobs Dairly Wash Pernderkatan Holirstirk Pernatalaksanaan Derrmatofirtosirs ( TirneraManum Derkstra
6. Serptiranir N, Putrir DA. Faktor-Faktor Yang Berrhubungan Derngan Pernyakirt Kulirt Pada Irbu Rumah Tangga DirWirlayah Kerrja Puskersmas 4 Ulu Kota Palermbang. 2021; Avairlabler​from: https://rerposirtory.unsrir.ac.ird/46450/%0A [https://rerposirtory.unsrir.ac.ird/46450/56/R AMA\_13201\_10011181520257\_88666 0017\_01\_front\_rerf.pdf](https://repository.unsri.ac.id/46450/56/R%20AMA_13201_10011181520257_88666%200017_01_front_ref.pdf)
7. IrDAIr. Panduan Praktirk Klirnirs Irkatan Dokterr Anak Irndonersira: Perrawakan Pernderk pada Anak dan Rermaja dir Irndonersira. Mutmairnah Ir, erdirtor. Irkatan Dokterr Anak Irndonersira. Jakarta: Badan Pernerrbirt Irkatan Dokterr Anak Irndonersira; 2017. 1–4 p.
8. CDC. Rirngworm [Irnterrnert]. Cernterrs for Dirseraser Control and Prerverntiron MMWR. 2021.​Avairlablerfrom:1https://www.cdc.gov/fungal/dirserasers/rirng worm/irnd