

Penatalaksanaan Holistik pada Remaja Laki-laki Usia 16 Tahun dengan Tinea Cruris

Silvia Mara Asvita¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tinea kruris adalah infeksi jamur superfisial dermatofita pada lipatan paha dan selangkangan. Tinea kruris memiliki prevalensi yang masih cukup tinggi di Indonesia. Penyakit tersebut merupakan masalah klinis yang umum dan penting sehingga menjadi tantangan diagnostik dan terapeutik. Faktor yang paling berperan yaitu iklim tropis dan *personal hygiene* yang kurang. Selain itu dikarenakan sifat penyakit yang kronis dan residif, kepatuhan terhadap terapi yang rendah dan kegagalan terapi atau terapi yang tidak adekuat, dapat menyebabkan lesi radang yang rekuren dan mengganggu kualitas hidup pasien dan keluarganya. Tujuan penelitian untuk menguraikan uraian masalah klinis, mengidentifikasi faktor risiko yang menjadi penyebab, dan memberikan tatalaksana melalui pendekatan dokter keluarga. Studi merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis) dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah, mengisi family folder, dan mengisi berkas pasien. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir kunjungan secara kuantitatif dan kualitatif. Diagnosa Tinea cruris ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pasien seorang pelajar sekolah yang memiliki banyak aktivitas diluar rumah. Pasien memiliki kebiasaan memakai pakaian lembab dan jarang mengganti baju, pasien kurang mengerti mengenai penyakitnya dan hanya berobat ketika muncul keluhan. Setelah dilakukan evaluasi terdapat perubahan perilaku dengan menjaga kebersihan diri sendiri dan lingkungan.

Kata Kunci: penatalaksanaan holistik, remaja, tinea cruris

Holistic Management on 16 Years Old Adolescent with Tinea Cruris

Abstract

Tinea cruris is a superficial dermatophyte fungal infection in the groin and groin. Tinea cruris still has a high prevalence in Indonesia. The disease is a common and important clinical problem that is a diagnostic and therapeutic challenge. The most important factors are the tropical climate and the lack of personal hygiene. Besides that due to the nature of chronic and residual diseases, adherence low therapy and inadequate therapy or therapy failure can cause recurrent inflammatory lesions and interfere with the quality of life of patients and their families. The purpose of the study is to explain the description of clinical problems, identify the risk factors that are the cause, and provide management through a family doctor approach. Study is case report study. Primary data is obtained through history (autoanamnesis and alloanamnesis) and physical examination by making home visits, filling out family folders, and filling in patient files. Secondary data obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, the process, and the end of the visit quantitatively and qualitatively. Diagnosis of Tinea cruris is based on history and physical examination. Patient is a school student who has many activities outside the home. Patients have a habit of wearing damp clothing and rarely change clothes, patients are less understanding about the disease and only seek treatment when complaints arise. The evaluation is indicate that there is a change in behavior by maintaining personal hygiene and the environment.

Keyword: holistic management, adolescent, tinea cruris

Korespondensi: Silvia Mara Asvita, Alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro Rajabasa Bandar Lampung, HP 081279889646, e-mail silviamara1305@gmail.com

Pendahuluan

Tinea kruris yang sering juga disebut "*jock itch*" merupakan infeksi jamur superfisial dermatofita yang mengenai kulit pada daerah lipatan paha, genital, sekitar anus dan daerah perineum.^{1,2} Prevalensi tinea cruris masih cukup tinggi di Indonesia. Iklim Indonesia yang cenderung tropis menjadi salah satu faktor yang mendukung penyebaran infeksi. Berdasarkan data statistik di RS. Dr. M Jamil Padang, insiden relatif dari beberapa tipe klinis dermatofitosis

didapatkan tinea kruris berada di urutan pertama (33%) diikuti tinea corporis (18%), tinea pedis (16%), tinea kapitis (14%), tinea manum (9%) dan tinea unguium (9%).³

Tinea kruris dapat terjadi pada semua usia dengan rentang usia produktif dan lebih sering menyerang pria dibandingkan wanita. Hal ini berkaitan dengan tingkat aktivitas yang mengeluarkan banyak keringat, trauma, dan lama pajanan terhadap jamur.^{4,5}

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya tinea cruris antara lain lingkungan yang padat, social ekonomi yang rendah, adanya sumber penularan disekitarnya melalui kontak langsung dengan individu yang terinfeksi atau tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur hotel, dan lain-lain, obesitas, penyakit sistemik, penggunaan antibiotika dan obat steroid.⁶

Selain itu juga dikarenakan sifat penyakit yang kronis, kepatuhan terhadap terapi yang rendah dan kegagalan terapi atau terapi yang tidak adekuat, dapat menyebabkan lesi radang yang rekuren dan mengganggu kualitas hidup pasien dan keluarganya. Kondisi kebersihan lingkungan yang buruk dan *personal hygiene* yang kurang menjadi faktor yang berperan penting.^{5,6}

Kebersihan (*higiene*) adalah upaya untuk memelihara hidup sehat yang meliputi kebersihan pribadi, kehidupan bermasyarakat, dan kebersihan kerja. Perilaku kesehatan yang berkaitan dengan upaya kebersihan diri dalam kaitannya dengan upaya pencegahan penyakit dilakukan dengan berbagai cara, contohnya seperti kebiasaan mandi, mencuci tangan dan kaki, dan, kebersihan pakaian.⁷

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik haruslah dimulai dari keluarga. Keluarga bisa menjadi pelaku rawat yang baik bagi masing-masing anggota keluarganya.

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif dan kontinu untuk mengidentifikasi faktor resiko dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien dan keluarga.

Kasus

An. Al, usia 16 tahun, datang diantar oleh ibunya ke Puskesmas Kampung Sawah dengan keluhan gatal pada lipatan paha sejak 2 bulan yang lalu dan semakin memberat sekitar 3 hari sebelum ke Puskesmas. Awalnya keluhan timbul semenjak pasien mengikuti kegiatan sekolah yang diadakan di pantai. Saat itu, pasien mengatakan bahwa hanya timbul sedikit bercak kemerahan dan gatal pada lipatan paha kanan namun dibiarkan oleh pasien. Pasien juga sering menggaruk bercak tersebut sehingga bercak semakin menebal dan lama kelamaan semakin meluas sehingga kedua lipat

paha pasien terkena dengan disertai rasa gatal dan kulit menjadi mengelupas. Gatal dirasakan terus menerus dan memberat jika berkeringat. Gatal dirasakan semakin bertambah sehingga pasien seringkali tidak tahan dan akhirnya menggaruk-garuk daerah yang gatal. Pasien merasakan daerah yang gatal lama-kelamaan menjadi terasa tebal dan bersisik akibat pasien sering menggaruknya.

Karena semakin memberat, sekitar 1 bulan yang lalu, pasien berobat namun obat tidak diminum secara teratur, sehingga keluhan tak kunjung membaik dan pada akhirnya pasien kembali berobat ke Puskesmas Kampung Sawah diantar ibunya dikarenakan takut bahwa penyakitnya tidak dapat sembuh. Pola pengobatan keluarga adalah kuratif, dimana anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja. Keluarga juga tidak pernah mengingatkan pasien untuk berobat setiap ada keluhan, dikarenakan persepsi keluarga bahwa sakit gatal pada kulit akan sembuh dengan sendirinya. Riwayat keluarga dengan penyakit yang sama dialami oleh ibu pasien dengan keluhan gatal di lipatan paha dan juga timbul bercak kemerahan yang lama-kelamaan berwarna kecoklatan, namun dibiarkan saja.

Pasien adalah seorang pelajar SMA yang aktif mengikuti kegiatan sekolah. Pasien juga sering berolahraga bersama teman-temannya dengan menggunakan celana ketat. Pasien juga sering memakai pakaian yang masih basah setelah dicuci, tidak menunggu pakaian kering terlebih dahulu. Pasien jarang mengganti pakaian sehingga menurut ibunya hanya itu-itu saja baju yang dipakai. Pasien memiliki pola makan yang cukup baik. Pasien tidak mengonsumsi alkohol ataupun rokok.

Pasien merupakan anak pertama dari empat bersaudara. Hubungan pasien dengan keluarga terjalin cukup baik. Pasien tinggal bersama kedua orang tua dan ketiga adiknya.

Kedadaan umum tampak sakit ringan; suhu: 36,7°C; tekanan darah 120/80 mmHg; frekuensi nadi: 84x/menit; frek. nafas: 20x/menit; berat badan: 42 kg; tinggi badan: 157 cm. Kepala, telinga, hidung, mulut, leher, paru, jantung, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal.

Pada kedua lipatan paha terdapat lesi makula eritema hiperpigmentasi, bentuk ireguler, batas tegas, polisiklik soliter dan pada daerah tepi lesi terdapat skuama halus,

sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*). Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan karena tidak adanya regimen KOH.

Diagnosis kerja pada pasien ini adalah Tinea Cruris. Penatalaksanaan nonfarmakologi yang diberikan kepada pasien adalah edukasi dan konseling mengenai penyakitnya dan pencegahan agar penyakit tidak muncul kembali. Penatalaksanaan farmakologi yang diberikan berupa Ketokonazole tablet 1x200 mg dan Miconazole krim 2 % 2x sehari.

Pembahasan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien menggunakan penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine*. Penatalaksanaan tersebut dilakukan dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan dengan pendekatan *patient center* dan *family approach*.

Pada pasien ini telah dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali, dimana pada kunjungan pertama yaitu pada tanggal 10 September 2018 dilakukan pengenalan dengan pasien dan keluarganya dan meminta izin untuk dilakukan pembinaan. Berdasarkan pertemuan pertama didapatkan bahwa pasien terkena tinea kruris akibat kurangnya higienitas tubuh dan sanitasi lingkungan yang terganggu. Pasien selalu beraktivitas dan berkeringat namun sering tidak mengganti bajunya dan memiliki kebiasaan memakai pakaian yang lembab. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dimana ditemukan dengan jelas lesi makula eritema hiperpigmentasi dengan tepi polikistik dan *central healing* di tengah lesi.

Tinea cruris adalah dermatofitosis pada lipat paha, daerah perineum, dan sekitar anus. Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup. Lesi akut dapat terbatas pada daerah genitor-krural saja, atau meluas ke daerah sekitar anus, daerah gluteus dan perut bagian bawah, atau bagian tubuh yang lain. Kelainan kulit yang tampak pada sela paha merupakan lesi terbatas tegas. Peradangan pada tepi lebih nyata daripada daerah tengahnya. Efloresensi terdiri atas macam-macam bentuk yang primer dan sekunder (polimorfi). Bila penyakit ini menjadi menahun dapat berupa bercak hitam disertai

sedikit sisik. Erosi dan keluarnya cairan biasanya akibat garukan.¹

Cara penularan jamur dapat secara langsung maupun tidak langsung. Penularan langsung dapat secara fomititis, epitel, rambut yang mengandung jamur baik dari manusia, binatang, atau tanah. Penularan tidak langsung dapat melalui tanaman, kayu yang dihinggapi jamur, pakaian debu. Agen penyebab juga dapat ditularkan melalui kontaminasi dengan pakaian, handuk atau sprei penderita atau autoinokulasi dari tinea pedis, tinea inguim, dan tinea manum.⁸

Iklim yang lembap dan penggunaan pakaian dalam yang ketat juga dapat memicu pertumbuhan jamur apabila higienitas daerah tubuh tersebut tidak terjaga dengan baik. Pada penyakit diabetes mellitus, sistem imun menurun sehingga mudah terserang infeksi, termasuk infeksi jamur.⁸

Infeksi ini disebabkan oleh masuknya artrospora atau konidia. Patogen menginvasi lapisan kulit yang paling atas, yaitu pada stratum korneum, lalu menghasilkan enzim keratinase dan menginduksi reaksi inflamasi pada tempat yang terinfeksi. Inflamasi ini dapat menghilangkan patogen dari tempat infeksi sehingga patogen akan mencari tempat yang baru di bagian tubuh. Perpindahan organisme inilah yang menyebabkan gambaran klinis yang khas berupa *central healing*.⁸

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu dengan pemeriksaan kerokan kulit daerah lesi dengan KOH 10%. Pada pemeriksaan mikroskopis kerokan kulit tersebut akan tampak elemen jamur seperti hifa, spora dan miselium.⁹

Pada tanggal 15 September 2018 dilakukan kunjungan rumah kedua. Pasien dan keluarga diberikan edukasi menggunakan media intervensi berbentuk pamflet mengenai tinea cruris serta perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga. Penatalaksanaan diberikan secara non medikamentosa dan medikamentosa.

Pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya serta faktor resiko penyakit. Pada pasien, ditekankan mengenai pentingnya menjaga *personal hygiene*, terutama mengganti baju setelah beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak dan tidak menggunakan baju yang masih basah. Hal ini penting untuk dilakukan untuk mencegah

suasana tubuh lembab yang mendukung pertumbuhan jamur.

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 farmakoterapis dalam pengobatan tinea cruris.¹⁰

Pada kebanyakan kasus tinea kruris dapat dikelola dengan pengobatan topikal. Namun untuk steroid topikal tidak direkomendasikan. Agen topikal memiliki efek menenangkan, yang akan meringankan gejala lokal. Terapi topikal untuk pengobatan tinea kruris termasuk: terbinafine, butenafine, ekonazol, miconazole, ketoconazole, klotrimazole, ciclopirox. Terapi topikal direkomendasikan untuk infeksi lokal karena dermatofit yang hidup pada jaringan kulit.¹⁰

Miconazole merupakan obat anti jamur yang termasuk golongan azol. Obat ini merupakan turunan dari imidazole. Obat ini bersifat fungistatik terhadap jamur (menghambat pertumbuhan) namun pada jamur yang rentan terhadap obat ini seperti golongan *Candida*, obat ini dapat bersifat fungisidal (mematikan jamur). Miconazole digunakan untuk pengobatan dermatofita, pitiriasis versikolor dan kutaneus kandidiasis. Miconazole 2% krim digunakan untuk infeksi jamur dermatofita, dengan dosis dan lamanya pengobatan tergantung dari kondisi pasien, biasanya diberikan selama 2-6 minggu dan dioleskan 1-2 kali sehari.¹⁰

Sebagian besar kasus tinea kruris berespon baik dengan preparat anti jamur topikal. Akan tetapi pada lesi yang luas, tidak dapat mentoleransi obat topikal, gagal dengan pengobatan topikal dan penderita dengan infeksi kronis maka diperlukan pemberian preparat antijamur sistemik.¹¹ Terapi oral diperlukan jika wilayah infeksi yang terlibat lebih luas atau di mana infeksi kronis atau berulang. Beberapa indikasi terapi sistemik dari infeksi dermatofita antara lain:^{2,10}

- a. Infeksi kulit yang luas.
- b. Infeksi kulit yang gagal dengan terapi topikal.
- c. Infeksi kulit kepala.
- d. Granuloma majocchi.
- e. Onychomycosis dengan melibatkan lebih dari 3 buah kuku.

Ketokonazol bersifat fungistatik. Pada kasus resisten terhadap griseovulfin dapat diberikan obat tersebut sebanyak 200 mg perhari selama 10 hari – 2 minggu.¹ Namun, pemakaian jangka panjang ketokonazole melebihi sebulan tidak dianjurkan karena dapat mengakibatkan *Drug Induced Liver Injury*.¹²

Pada pasien diberikan obat antifungi topikal berupa krim miconazole 2% yang digunakan 2 kali sehari dan ketokonazole tablet 200 mg 1 kali sehari selama 1 minggu.

Kunjungan ketiga yaitu pada tanggal 24 September 2018 dilakukan evaluasi terhadap pasien setelah intervensi yang sudah diberikan. Keluhan sudah berkurang dan pasien sudah mengerti mengenai pencegahan yang harus dilakukan agar penyakitnya tidak kambuh lagi.

Evaluasi intervensi pengetahuan mengenai penyakit nya dan cara perilaku hidup bersih sehat menggunakan *pretest* dan *posttest*, keluhan klinis dan status dermatologis pasien, dimana didapatkan hasil yang memuaskan.

Kesimpulan

Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan dengan pendekatan *patient centre* dan *family approach* efektif pada pasien remaja dengan Tinea cruris.

Daftar Pustaka

1. Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009.
2. Hainer BL. Dermatophyte Infections. Am Fam Physician 2003;67(1):101-108.
3. Puryanto P. Hubungan riwayat atopik dengan kejadian dermatofitosis di poliklinik kulit dan kelamin RSUD dr. moewardi surakarta [skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2012.
4. Patel GA, Wiederkehr M. Schwartz RA. Tinea cruris in children. New Jersey: Pediatric Dermatology; 2009.
5. Budimulja U, Sunoto, Tjokronegoro A. Penyakit jamur. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2008.
6. Pires CA, Cruz NF, Lobato AM, Sousa PO, Carneiro FR, Mendes AM. Clinical, epidemiological, and therapeutic profile of

- dermatophytosis. *An Bras Dermatol*. 2014; 89(2):259-64.
7. Potter PA, Perry AG. Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktek. Edisi 4 Volume 1. Jakarta: EGC; 2005.
 8. Price SA, Wilson LM. Patofisiologi: konsep klinis. proses-proses penyakit. Jakarta: EGC; 2012.
 9. Verma S, Heffernan MP. Superficial fungal infection : dermatophytosis, onychomycosis, tinea nigra, piedra. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill; 2008. hlm. 1807-1821.
 10. Sahoo K dan Mahajan. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *IDOJ*. 2016; 7:77-87.
 11. Duarsa W. Pedoman diagnosis dan terapi penyakit kulit dan kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar; 2010.
 12. Kao, WY, Su CW, Huang YS, Chou YC, Chen YC, Chung WH. Risk of oral antifungal agent-induced liver injury in Taiwanese. *Br J Clin Pharmacol*. 2013; 77:180-9 .