

Penatalaksanaan Pasien Tinea Korporis Pembuat Kerupuk Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Fauzia Tria Andara Sari¹, Dian Isti Angraini²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tinea korporis adalah infeksi kulit menular yang disebabkan oleh dermatofita yang berkoloni dan memperoleh nutrisi dari keratin sehingga menyebabkan infeksi pada kulit berupa reaksi inflamasi. Insiden tinea korporis tinggi pada iklim tropis dan subtropis serta pada populasi dengan status sosioekonomi rendah yang tinggal di lingkungan yang sesak dan higiene yang rendah. Penegakan diagnosis tinea korporis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Kasus ini akan membahas identifikasi faktor risiko, tatalaksana dan pencegahan tinea korporis pada pembuat kerupuk berdasarkan *patient-centered* dan *family approach*. Penelitian ini merupakan laporan kasus dengan data diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, melakukan kunjungan rumah, dan rekam medis pasien. Kasus, wanita 30 tahun bekerja sebagai pembuat kerupuk, hidup dalam keluarga inti, aktifitas harian sedang, kebersihan diri dan lingkungan yang kurang dan hubungan antar anggota keluarga baik. Pasien mengeluhkan timbul bercak kemerahan disertai rasa gatal dan perih di sekitar lipatan samping payudara, punggung dan di paha kanan sejak kurang lebih 1 minggu sebelum datang ke Puskesmas. Setelah dilakukan intervensi secara holistik dengan metode edukasi, terlihat perkembangan yang baik pada pasien mulai dari gejala klinis yang menurun hingga perubahan perilaku yang baik terhadap kebersihan diri dan lingkungan. Simpulan, konfirmasi informasi dan edukasi (KIE) pada pelayanan kedokteran keluarga efektif dalam penatalaksanaan tinea korporis. Provider menyelesaikan masalah klinis dan juga menanggulangi risiko internal, eksternal, psikososial, dan lingkungan.

Kata Kunci: pembuat kerupuk, tatalaksana, tinea korporis

Management Patient of Tinea Corporis Cracker Makers With a Family Medicine Approach

Abstract

Tinea corporis is an infectious skin infection caused by dermatophytes that colonize and obtain nutrients from keratin, causing infections in the skin in the form of inflammatory reactions. The incidence of tinea corporis is high in tropical and subtropical climates as well as in populations with low socioeconomic status who live in crowded environments and low hygiene. The diagnosis of tinea corporis is based on history taking and physical examination. This case will discuss the identification of risk factors, management and prevention of tinea corporis in cracker makers based on patient-centered and family approach. This study is a case study with data obtained from history taking, physical examination, home visits, and patient medical records. Case, 30-year-old woman works as a cracker maker, lives in a main family, with a moderate daily activities, lack of personal hygiene and environment, and good relations between family members. The patient complained of itching accompanied by a burning sensation and redness around the side folds of the breast, back and right thigh since about 1 week before coming to the health center. After a holistic intervention with the educational method, it can be seen that there are good developments in patients ranging from decreased clinical symptoms to changes in good behavior towards personal and environmental hygiene, conclusions, family medicine services are effective in the management of tinea corporis. Providers resolve clinical problems and also deal with internal, external, psychosocial and environmental risks.

Keyword: Cracker makers, Therapy, Tinea corporis

Korespondensi: Fauzia Tria Andara Sari, alamat Jl. Waysema, Ganjaran, Pringsewu, Hp 082281928349, email Fauziatria@gmail.com

Pendahuluan

Kulit merupakan organ yang esensial dan vital serta merupakan cermin kesehatan dan kehidupan. Kulit juga sangat kompleks, elastik dan sensitif, bervariasi pada keadaan iklim, umur, jenis kelamin, ras dan juga sangat bergantung pada lokasi tubuh.¹ Indonesia merupakan salah satu negara beriklim tropis yang memiliki suhu dan kelembaban tinggi, merupakan suasana yang

baik bagi pertumbuhan jamur, sehingga jamur dapat ditemukan hampir di semua tempat.² Penyakit kulit dapat disebabkan oleh *jamur*, *virus*, *kuman*, *parasit* hewani dan lain-lain. Penyakit infeksi jamur, masih memiliki prevalensi yang cukup tinggi di Indonesia, mengingat negara kita beriklim tropis yang mempunyai kelembapan tinggi.¹

Dermatofitosis adalah salah satu infeksi yang paling sering terjadi di dunia. Distribusi,

spesies penyebab, dan bentuk infeksi yang terjadi bervariasi pada daerah geografis, lingkungan dan budaya yang berbeda. Dermatofita merupakan kelompok jamur yang memiliki kemampuan untuk melekat pada keratin dan menggunakannya sebagai sumber nutrisi yang memungkinkan jamur tersebut untuk berkoloni pada jaringan yang mengandung keratin, seperti stratum korneum epidermis, rambut dan kuku. Dermatofita berkembang pada suhu 25-28°C dan timbulnya infeksi pada kulit manusia didukung oleh kondisi yang panas dan lembab. Karena alasan ini, infeksi jamur superfisial relatif sering pada negara tropis pada populasi dengan status sosioekonomi rendah yang tinggal di lingkungan yang sesak dan hygiene yang rendah.¹

Insidensi dermatofitosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia menunjukkan angka persentase yang bervariasi mulai dari yang terendah yaitu di Kota Semarang (2,93%), Kota Surabaya (4,8%), Kota Padang (27,6), Kota Surakarta (82,6 %).⁴ Dermatofita superfisial mengenai lebih dari 20% hingga 25% populasi sehingga menjadi bentuk infeksi yang tersering.³

Tinea korporis adalah dermatofita yang berkoloni dan memperoleh nutrisi dari keratin sehingga menyebabkan infeksi pada kulit berupa reaksi inflamasi pada tubuh manusia.^{6,11} Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dan kontak tidak langsung. Kontak langsung bisa didapatkan dari individu yang terinfeksi atau kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain.¹ Manifestasi klinis tinea korporis adalah adanya lesi berbentuk lingkaran dan struktur kasar dengan tepi aktif merah sehingga tampak ada elevasi. Di tengah lesi, ada *central healing* (sembuh dibagian tengah), yang merupakan bagian dari lesi. Bagian ini tidak aktif dan terlihat seperti kulit normal.

Penulisan laporan kasus untuk membahas penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evident based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko internal serta eksternal dan masalah klinis dan melakukan penatalaksanaan pada pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah dengan pendekatan *family-approach*

dan *patient-centered*. Penelitian ini adalah laporan kasus dengan data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga), pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, dan psikososial serta lingkungan. Data sekunder didapatkan dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari proses awal dan akhir penelitian secara kuantitatif dan kualitatif.

Kasus

Ny.P, 30 tahun, seorang pembuat kerupuk, datang dengan keluhan timbul bercak kemerahan disertai rasa gatal dan perih di sekitar lipatan samping payudara, punggung dan di paha kanan sejak kurang lebih 1 minggu sebelum datang ke Puskesmas. Gatal terjadi sepanjang hari, gatal juga mengganggu aktivitas sehari-hari. Gatal semakin bertambah pada saat pasien berkeringat dan membaik saat setelah mandi. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi setiap harinya. Pada awalnya terdapat bercak merah bulat pada daerah tersebut dan terasa sangat gatal, namun semakin hari bercak kemerahan semakin melebar hingga warna berubah menjadi merah kehitaman.

Sebelumnya pasien pernah mengalami keluhan yang sama sekitar 6 bulan yang lalu, namun keluhan gatal pasien berkurang dengan berobat ke puskesmas dan setelah pasien sering mandi dengan air belerang. Keluhan yang serupa juga pernah dialami oleh anak kedua pasien namun berbeda tempat predileksi yaitu di pinggang kanan dan punggung. Namun pasien tidak pernah membawa anaknya berobat dan sembuh dengan sendirinya

Pola pengobatan pasien bersifat kuratif, yaitu akan berobat jika sakit dan tidak ada upaya preventif untuk menangani penyakitnya, yaitu dengan cara kontrol ulang ke puskesmas agar tidak terulang penyakit yang sama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan sesuai usia, keadaan umum tampak sakit ringan. Suhu 36,6 C, tekanan darah 130/90 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi napas 16x/menit, BB 50 kg, TB 155 cm, IMT 23,3 kg/m².

Mata, telinga, dan hidung, kesan dalam

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

Pada pemeriksaan status dermatologis (Gambar 1, 2, dan 3) regio mid axillar dextra et trunkus posterior et femoralis dextra tampak makula-patch eritem hiperpigmentasi, batas tegas, multipel, irregular dengan tepi aktif dan *central healing*, ukuran nummular-plakat, Sebagian ditutupi skuama sedang selapis warna putih.

Dari data keluarga didapatkan pasien merupakan anak keempat dari empat bersaudara. Saat ini pasien tinggal bersama suami dan kedua anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari suami, istri dan anak-anak. Pasien merupakan pembuat kerupuk. Seluruh permasalahan keluarga dimusya-warahkan bersama dan diputuskan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari penghasilan suami pasien sebagai kepala keluarga dan di bantu oleh pasien yang keduanya adalah seorang pembuat kerupuk yaitu sebesar kurang lebih 2.500.000/bulan. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit.



Gambar 1. Regio Trunkus Posterior



Gambar 2. Regio Mid Axilla Dextra



Gambar 3. Regio Femoralis Dextra

Perilaku berobat keluarga memeriksakan diri ke layanan kesehatan jika keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas \pm 3 kilometer.

Pasien tinggal bersama dengan suami dan anak-anak pasien. Rumah berukuran 6x5 m² tidak bertingkat. Terdapat satu ruang tamu, satu ruang keluarga, dua kamar tidur, satu dapur dan satu toilet dengan WC jongkok berada di dalam rumah. Lantai sebagian tanah sebagian semen, dinding terbuat dari kombinasi bambu dan tembok. Penerangan dan ventilasi kurang baik. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah yang buruk, pada lantai tanah merah tampak kotor, banyak barang berserakan dan tidak rapi. Ruang tamu dan kamar tidur tampak berantakan, tidak ada penutup atap dan tidak berseprei. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air sumur yang dimasak, sumber air diperoleh dari air sumur dan sungai. Pasien memiliki halaman rumah dengan luas 2x 4 m² dan sekaligus merupakan tempat pasien membakar kerupuk. Rumah tampak kurang bersih dan berantakan. Rumah sudah menggunakan listrik, jendela cukup pada masing-masing

kamar dan ruang tamu memiliki satu jendela. Rumah berada di lingkungan yang kurang bersih. Sumber air berasal dari sumur dan sungai, digunakan untuk mandi dan mencuci. Limbah dialirkan ke selokan, memiliki 1 kamar mandi dan jamban dengan bentuk jamban jongkok. Kamar mandi dan dapur cukup berantakan.

Pada diagnostik holistik awal didapatkan aspek personal (1) alasan kedatangan: bercak disertai rasa yang sangat gatal pada lipatan payudara, punggung, dan paha kanan yang semakin hari semakin meluas sejak 1 minggu yang lalu, (2) kekhawatiran: takut keluhannya bertambah berat dan meluas keseluruhan badan dan menularkan ke anggota keluarga yang lain, (3) harapan: keluhan dapat hilang dan pasien dapat sembuh dari penyakit tersebut, sehingga dapat nyaman beraktivitas dan seperti biasa.

Pada Aspek Klinik yaitu Tinea Korporis (ICD-10-B35.4).¹⁰ Aspek resiko internal (1) kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat, (2) kurang memperhatikan anggota keluarga dengan gejala yang sama, (3) kurangnya pengetahuan pasien tentang kebersihan diri. Aspek resiko eksternal (1) kurangnya kesadaran terhadap pencegahan penyakit, (2) kurang menjaga higienitas personal dan keluarga, (3) faktor pekerjaan yang mengakibatkan pasien keringat berlebih. Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Intervensi yang dilakukan kepada pasien ini secara *Patient Center* yaitu Non-medikamentosa, (1) edukasi kepada pasien mengenai penyakit pasien, (2) *hygiene* perorangan, keluarga dan lingkungan serta pola hidup bersih dan sehat, (3) edukasi kepada pasien untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit berupa, meningkatkan *hygiene*, menjaga kelembaban ruangan, dan menghindari sumber penyakit dan (4) edukasi kepada pasien untuk mengganti baju terutama bila beraktivitas yang menimbulkan keringat banyak, selalu mencuci baju setelah 1 kali pemakaian, tidak bertukar handuk atau pakaian, mengganti sprei tempat tidur, tidak menumpukkan pakaian di atas tempat tidur dan melakukan penjemuran pakaian di tempat

yang cukup terkena cahaya matahari, serta mengganti sabun padat dengan sabun cair, pengobatan dan bagaimana cara penggunaan obat. Adapun intervensi medikamentosa yaitu Ketokonazole 2% krim 2x sehari selama 3 minggu dan Ketokonazol tablet 1x200 mg selama 2 minggu. Pada *Family Focus* menjelaskan faktor-faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien dan anggota keluarga berupa tinea korporis dan edukasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat agar pasien dan keluarga terhindar dari masalah kesehatan. Pada *Community Oriented* diberikan edukasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat kepada pasien dan keluarga guna meningkatkan kesadaran pentingnya kesehatan bagi keluarga.

Pada diagnosis akhir studi didapatkan aspek personal: (1) Alasan kedatangan: kontrol penyakit di kulit, (2) Kekhawatiran: kekhawatiran pasien sudah berkurang, (3) Harapan: penyakit tidak muncul kembali. Pada aspek klinik didapatkan: Tinea korporis (ICD10 B35.4). Pada aspek resiko internal didapatkan : (1) Meningkatnya pengetahuan tentang penyakit tinea, (2) Meminum obat secara teratur hingga selesai dan kembali kontrol ke puskesmas, (3) Rajin mengganti baju terutama bila beraktivitas yang menimbulkan keringat banyak, dan mandi 3x sehari. Aspek resiko eksternal: (1) Kesadaran terhadap pencegahan penyakit semakin meningkat, (2) Termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien minum obat hingga habis, (3) Menjaga higienitas dengan mandi teratur dan sering mengganti pakaian, (4) Menempatkan lokasi penjemuran baju di tempat yang cukup terkena sinar matahari dan seluruh pakaian di setrika. Derajat fungsional 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Pembahasan

Ny.P, 30 tahun, seorang pembuat kerupuk, datang dengan keluhan gatal disertai rasa panas dan kemerahan di sekitar lipatan payudara, punggung dan di paha kanan sejak kurang lebih 1 minggu sebelum datang ke Puskesmas. Gatal terjadi sepanjang hari, gatal juga mengganggu aktivitas sehari-hari. Gatal semakin bertambah pada saat pasien berkeringat dan membaik saat setelah mandi. Menurut pasien gatal tidak dipengaruhi makanan yang dikonsumsi

setiap harinya. Pada awalnya terdapat bercak merah bulat pada daerah tersebut dan terasa sangat gatal, namun semakin hari bercak kemerahan semakin melebar hingga warna berubah menjadi merah kehitaman. Pada pemeriksaan fisik didapatkan di regio abdomen posterior terdapat makula eritema hiperpigmentasi soliter regional berbatas tegas disertai skuama halus, thorak posterior terdapat makula eritema hiperpigmentasi soliter regional berbatas tegas disertai skuama halus, regio thorak posterior (lipatan payudara samping) terdapat lesi makula eritema hiperpigmentasi plakat soliter disertai skuama halus, regio cruris dexra terdapat lesi makula eritema hiperpigmentasi diskret multiple berbatas tegas disertai dengan erosi dan skuama dan tampak central healing. Dari data yang didapatkan dari anamnesa dan pemeriksaan fisik tersebut dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami infeksi jamur superfisial yaitu tinea korporis.¹

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

hanya diberikan tetapi juga dijelaskan kepada pasien beserta keluarga pasien dari setiap poin yang ada pada media intervensi. Setelah 1 minggu dilakukan penjelasan mengenai penyakit tinea korporis dan perilaku hidup bersih dan sehat di rumah tangga, setelah itu didapati perubahan bentuk lesi, dan lesi sudah terlihat tenang.²

Penatalaksanaan tinea korporis terdiri dari medikamentosa dan non medikamentosa. Penatalaksanaan secara non medikamentosa dengan menggunakan handuk sendiri untuk mencegah penyebaran infeksi ke orang lain, tidak menggunakan handuk, baju, atau benda lainnya secara bergantian dengan orang yang terinfeksi, mencuci handuk, baju benda lainnya yang terkontaminasi jamur menggunakan air panas untuk mencegah penyebaran jamur tersebut, menjemur pakaian dibawah sinar matahari, setrika semua pakaian yang sudah dicuci dan yang sudah dijemur, ganti pakaian bila tubuh sudah berkeringat untuk menghindari berkembang biaknya jamur pada tubuh, gunakan seprei pada setiap kasur, membersihkan kulit setiap hari menggunakan sabun dan air untuk menghilangkan sisa-sisa kotoran agar jamur tidak mudah tumbuh, memakai pakaian yang dapat menyerap keringat, hindari penggunaan baju dan sepatu yang dapat menyebabkan kulit selalu basah seperti bahan wool dan bahan sintesis yang dapat menghambat sirkulasi udara, sebelum menggunakan sepatu, sebaiknya dilap terlebih dahulu dan bersihkan debu-debu yang menempel pada sepatu, hindari kontak langsung dengan orang yang mengalami infeksi jamur.³

Pasien diedukasi mengenai penyakit yang dialami dan faktor yang memudahkan terjadinya penyakit. Pada pasien, ditekankan mengenai pentingnya menjaga *personal hygiene*, terutama mengganti baju setelah beraktifitas. Hal ini penting untuk dilakukan untuk mencegah suasana tubuh lembab yang mendukung pertumbuhan jamur. Di samping itu, diberikan pula edukasi mengenai menggunakan pakaian yang pinjam-pinjaman dengan teman pasien, tidak menggunakan handuk secara bersamaan, mencuci pakaian yang bersih serta mengganti spreid secara rutin minimal 1 kali seminggu. Higienitas tubuh dan sanitasi lingkungan yang terjaga dapat mempercepat penyembuhan pasien.

Higienitas personal dan lingkungan yang baik dapat mengontrol dan mencegah kejadian tinea. Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa higienitas personal yang sederhana dan pendidikan kesehatan yang baik tanpa obat lebih efektif dan lebih murah daripada menggunakan farmakoterapi dalam pengobatan tinea corporis.⁴

Penatalaksanaan medikamentosa dapat dikelola dengan pengobatan topikal. Agen topikal memiliki efek membunuh jamur, yang akan meringankan gejala lokal. Terapi topikal untuk pengobatan tinea corporis yaitu terbinafine, butenafin, ekonazol, miconazole, ketoconazole, klotrimazol, dan sertakonazol. Terapi topikal direkomendasikan untuk infeksi lokal karena dermatofit yang hidup pada jaringan kulit. Ketokonazol merupakan turunan imidazol sintetis yang bersifat lipofilik dan larut dalam air pada pH asam. Ketokonazol digunakan untuk pengobatan dermatofita, pitiriasis versikolor, kutaneus kandidiasis, dan dapat juga untuk pengobatan dermatitis seboroik.⁴ Pemberian terbinafin krim 1% selama 4 minggu sebagai pengobatan dermatofita menunjukkan angka kesembuhan yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan sertakonazol krim 2% dengan waktu pemakaian yang sama.⁹ Perbaikan klinis pada pemberian terbinafine krim 1% lebih baik dibandingkan dengan sertakonazol krim 2%.⁹ Ketokonazol 2% krim digunakan untuk infeksi jamur di kulit yang tidak berambut seperti dermatofita, dengan dosis dan lamanya pengobatan tergantung dari kondisi pasien, biasanya diberikan selama 2-4 minggu dan dioleskan 1-2 kali sehari.⁶⁻⁷ Formulasi topikal dapat membasmi area yang lebih kecil dari infeksi, tetapi terapi oral diperlukan di mana wilayah infeksi yang lebih luas yang terlibat atau di mana infeksi kronis atau berulang.⁸

Infeksi dermatofitosis dapat diobati dengan terapi sistemik. Beberapa indikasi terapi sistemik dari infeksi dermatofita antara lain^{9,8}; Infeksi kulit yang luas, infeksi kulit yang gagal dengan terapi topikal, infeksi kulit kepala, granuloma majocchi, onychomycosis dengan melibatkan lebih dari 3 buah kuku.

Pada tinea korporis terapi sistemik yang paling banyak digunakan yaitu griseofulvin, itrakonazol, ketokonazol, flukonazol, dan amfoterisin B. Griseofulvin merupakan obat yang bersifat fungistatik. Lama pemberian

griseofulvin pada tinea korporis memakan waktu 2-4 minggu dari pemakaian griseofulvin. Jika griseofulvin 500mg dibandingkan dengan terbinafin 500mg dengan lama pemberian 6 minggu memberikan hasil yang bagus (87%) tetapi efektivitas terbinafine lebih baik.⁸ Obat ini diberikan bila lesi luas atau bila dengan pengobatan topikal tidak ada perbaikan. Pemberian itrakonazol 100 mg selama 2 minggu memberikan hasil yang lebih baik pada tinea korporis atau cruris dibandingkan dengan griseofulvin 500mg.⁸ efektivitas itrakonazol sama dengan terbinafine.⁸ Ketokonazol bersifat fungistatik. Pada kasus ini diberikan ketokonazol 200 mg perhari selama 10 hari – 2 minggu pada pagi hari setelah makan. Selama terapi 10 hari, gambaran klinis memperlihatkan makula hipopigmentasi dan hiperpigmentasi, sehingga jika dilakukan pemeriksaan ulang KOH 10% tidak dapat ditemukan kembali hifa atau arthrokonidia.⁶



Gambar 4. Perbaikan lesi regio Trunkus Posterior



Gambar 5. Perbaikan lesi regio Mid Axilla Dextra

Pada pasien diberikan obat antifungi topikal berupa krim ketokonazol 2% yang digunakan 2 kali sehari dan obat antifungi sistemik berupa ketokonazol 200 mg 1 kali sehari yang dikonsumsi selama 2 minggu. Setelah 1 minggu menggunakan ketokonazol

pasien tidak mengeluh gatal lagi dan pada pemeriksaan lokalis tidak ditemukan adanya makula eritematosa, dan pada pemakaian 2 minggu tidak lesi hiperpigmentasi, skuama dan *central healing* menghilang (Gambar 4,5).¹⁰⁻¹² pada pasien ini sudah diberikan terapi yang sesuai untuk tatalaksana tinea korporis dan menyesuaikan obat-obatan yang ada di tingkat pelayanan primer. Ny. P memiliki rumah yang dekat dengan puskesmas, sehingga pasien tidak kesulitan untuk mencari pengobatan bila keluhan muncul kembali. Pasien sudah cukup mengerti mengenai pencegahan yang harus dilakukan agar penyakitnya tidak kambuh lagi, salah satunya dengan sering mengganti baju bila sudah berkeringat berlebih, menjaga kontak pakaiannya dengan anggota keluarga lainnya dan sering mengganti sprei tempat tidur. Infeksi tinea dapat bersifat akut atau menahun, bahkan merupakan penyakit yang dapat berlangsung seumur hidup. Maka dari itu, kepada pasien dan keluarganya diberikan pula edukasi dan semangat agar saling memberi dukungan dalam menjaga higienitas tubuh dan lingkungan satu sama lain dan untuk mencegah terjadinya kekambuhan atau munculnya kasus baru pada keluarga.

Kesimpulan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien sudah sesuai dan telah terjadi perubahan perilaku pada Ny. P. Perbaikan lesi pada Ny. P terlihat setelah diberi penatalaksanaan, intervensi dan menjaga higienitas tubuh dan lingkungannya. Pada laporan kasus ini pelayanan KIE kedokteran keluarga efektif dalam penatalaksanaan tinea korporis. Provider tidak hanya menyelesaikan masalah klinis tetapi juga menanggulangi risiko internal, eksternal, psikososial, dan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djuanda A. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta; 2009.
2. Hidayati NA, Suyoso S, Hinda D, Sandra E. Mikosis superfisial di divisi mikologi unit rawat jalan penyakit kulit dan kelamin rsud dr. Soetomo surabaya tahun 2003–2005. Surabaya: Department Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. 2009; 21(1)1-8

3. Paramata NR, Maidin A, Massi N. The Comparison of Sensitivity Test of Itraconazole Agent The Causes of Dermatophytosis in Glabrous Skin In Makassar. Makassar: Bagian Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin. Makassar; 2009
4. Duarsa W. Pedoman diagnosi dan terapi penyakit kulit dan kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar; 2010
5. Kumar K. Clinico-mycological profile of dermatophytic skin infections in a tertiary care center - a cross-sectional study. Sri Ramachandra J Med; 2007
6. Gupta Sarika, Agrawal Purva, Rajawat Rahul, Gupta Saksham. Prevalence Of Dermatophytic Infection And Determining Sensitivity Of Diagnostic Procedures. International Journal Of Pharmacy And Pharmaceutical Sciences; 2014
7. Goldsmith, L., Katz, S., Gilchrist, B., Paller, A., Leffell, D., & Wolff, K. Fitzpatrick's: dermatology in general medicine (8th ed.). New York: McGraw-Hill Companies; 2012
8. Sahoo K & Mahajan. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. IDOJ. 2016;7:77-87.
9. Narasihman S.J.M & Ahamed P.B. Comparative trial between the therapeutic efficacy of topical 2% sertaconazole cream and 1% terbinafine cream in the treatment of tinea cruris/tinea corporis. International Journal Of Research in Dermatology. 2017
10. National Center for Health Statistics. 2008. International Classification of Disease, Tenth Revision (ICD-10). Diunduh : 23 Februari 2012 Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/icd10des.htm>.
11. Hay RJ, Ashbee HR. Mycology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell Science Ltd.; 2010. p. 36, 94