

Penatalaksanaan Holistik Anak dengan Tinea Corporis dan Obesitas melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Holistic Management of Children with Tinea Corporis and Obesity Through Family Medicine Approach

Siti Noor Fadilah Bulfiah¹, Sahab Sibuea², Susi Kania³

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

³Puskesmas Rawat Inap Panjang, Lampung

Korespondensi Penulis : Sitinoorfadilahbulfiah@gmail.com

ABSTRACT

Indonesia is a tropical country with a high potential for skin infections caused by fungi, including dermatophytosis. The prevalence of dermatophytosis in the world is 20-25%, while in Asia it reaches 35.6%, in Indonesia which shows the highest percentage of 27.6%. Identifying internal, external risk factors, and clinical problems of patients with a family doctor approach and management based on Evidence Based Medicine. This study is a case report. Primary data was obtained through anamnesis, physical examination, and home visits. Assessment based on holistic diagnosis through in-depth interviews, observations and patient questionnaires. Patient An. M, male, 9 years old, the main complaint was red spots accompanied by itching on the back, stomach, both arms, and both legs since 4 days ago. The patient has a history of bathing in dirty rivers and poor personal hygiene. The patient's diet is uncontrolled in terms of quantity, frequency, and type. The patient eats 5 times a day for heavy meals and some snacks in between. The patient was diagnosed with tinea corporis and obesity. The interventions that have been carried out have increased knowledge and changed some of the patient's and family's behaviors as evidenced by improvements in the patient's clinical symptoms.

Keywords : family medicine, obesity, holistic management, tinea corporis.

ABSTRAK

Indonesia merupakan negara beriklim tropis sangat berpotensi untuk terjadinya penyakit infeksi kulit yang dapat disebabkan oleh jamur diantaranya dermatofitosis. Prevalensi penyakit dermatofitosis di dunia adalah sebesar 20-25%, sedangkan di Asia mencapai 35,6%, di Indonesia yang menunjukkan angka persentase 27,6% yang tertinggi. Mengidentifikasi faktor risiko internal, eksternal, dan masalah klinis pasien dengan pendekatan dokter keluarga serta penatalaksanaan berbasis *Evident Based Medicine*. Studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik secara *in-depth interview*, observasi dan lembar isian pasien. Pasien An. M, laki-laki, berusia 9 tahun, keluhan utama muncul bercak merah disertai gatal pada punggung, perut, kedua lengan, dan kedua kaki sejak 4 hari lalu. Pasien memiliki riwayat mandi di sungai yang kotor dan kebersihan diri yang kurang. Pola makan pasien tidak terkontrol dari segi jumlah, frekuensi, dan jenisnya. Pasien makan 5 kali sehari untuk makanan berat dan beberapa makanan ringan diantaranya. Pasien didiagnosis tinea corporis dan obesitas. Intervensi yang sudah dilakukan menambah pengetahuan dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya yang dibuktikan dengan perbaikan gejala klinis pasien.

Kata Kunci : kedokteran keluarga, obesitas, penatalaksanaan holistik, tinea corporis.

PENDAHULUAN

Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non-inflamasi pada kulit yang tidak berambut (glabrous skin), seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai, dan gluteal (Asri, 2015). Tinea korporis lebih sering ditemukan pada laki-laki pasca pubertas dibandingkan wanita, dapat terjadi pada semua usia, tetapi umumnya mengenai usia 18–25 tahun serta 40–50 tahun (Arif et al., 2013). Maserasi dan oklusi kulit lipatan menyebabkan peningkatan suhu dan kelembaban kulit sehingga memicu infeksi. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung maupun tidak langsung (Noble et al., 2014).

Indonesia merupakan salah satu negara beriklim tropis dengan suhu dan kelembaban tinggi, yang meningkatkan risiko infeksi kulit akibat fungi, termasuk dermatofitosis. Prevalensi penyakit dermatofitosis di dunia mencapai 20–25%, sedangkan di Asia lebih tinggi, yaitu 35,6% (Cholis, 2011). Di Indonesia, insidensi dermatomikosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter bervariasi, mulai dari 2,93% (Semarang) hingga 27,6% (Padang), dengan tinea korporis sebagai tipe yang paling dominan, diikuti tinea pedis, tinea kruris, dan onikomikosis (Mulyaningsih, 2014).

Dermatofitosis adalah infeksi jamur superfisial yang disebabkan oleh jamur dermatofita, yaitu *Trichophyton* spp., *Microsporum* spp., dan *Epidermophyton* spp. (Hay, 2010). Infeksi ini dapat menyerang kulit (*tinea korporis*, *tinea kruris*, *tinea manus et pedis*), rambut (*tinea kapitis*), dan kuku (*tinea unguium*) (Sahoo & Mahajan, 2016). Ciri khas infeksi jamur adalah *central healing*, di mana bagian tengah lesi tampak kurang aktif, sedangkan bagian pinggir lebih aktif (Dorland, 2012). Diagnosis tinea korporis didasarkan pada gambaran klinis, status lokalis, dan pemeriksaan penunjang. Secara klinis, penyakit ini ditandai dengan rasa gatal yang lebih terasa saat berkeringat, sehingga pasien sering menggaruk dan memperluas lesi, terutama di area lembab (Jihan, 2013).

Faktor penting yang berperan dalam penyebaran dermatofita meliputi

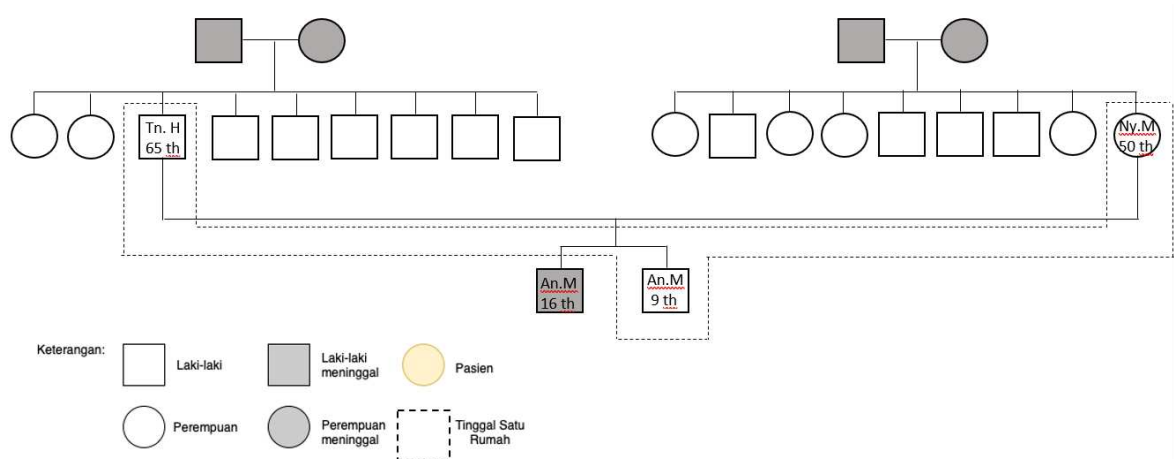
kebersihan lingkungan yang buruk, kepadatan penduduk di daerah pedesaan, serta kebiasaan menggunakan pakaian ketat atau lembab. Faktor lainnya meliputi adanya sumber penularan di sekitar, obesitas, penyakit sistemik, imunitas rendah, serta personal hygiene yang buruk (Kemenkes RI, 2018; Muliawati et al., 2020).

Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan tinea korporis membantu mengidentifikasi faktor-faktor klinis, personal, dan psikososial yang berpengaruh terhadap penyakit ini. Oleh karena itu, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai tinea korporis sangat penting, termasuk dalam aspek pencegahan, pengobatan, pengawasan, serta pemulihan pasien.

Laporan Kasus

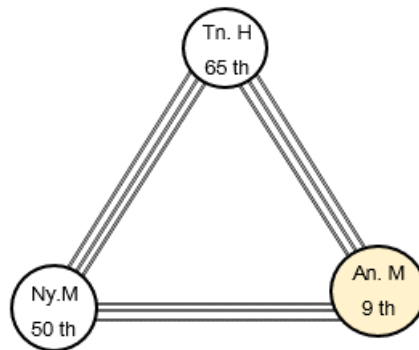
Pasien An. M, laki-laki usia 9 tahun, datang ke Poli Puskesmas Panjang diantar oleh ibunya pada tanggal 29 Mei 2023 dengan keluhan gatal di beberapa bagian tubuhnya sejak 5 hari lalu. Awalnya, pasien mengeluhkan timbul bercak kecil kemerahan pada punggung pasien, berjumlah 3 buah berwarna merah, seukuran jarum pentul, berbatas tegas, dan gatal. Sejak 3 hari yang lalu, bercak merah disertai rasa gatal tersebut semakin menyebar dan meluas hingga ke lengan, perut, dan kedua paha pasien. Berdasarkan keterangan pasien, 2 hari sebelum keluhan bercak tersebut timbul, atau sekitar satu minggu lalu, pasien sempat mandi di sungai yang kotor. Pasien mudah sekali berkeringat sehingga pasien merasa lebih nyaman untuk tidak mengenakan pakaian dalam kegiatannya sehari-hari atau hanya menggunakan pakaian terbuka. Keluhan nyeri dan panas pada area bercak disangkal. Keluhan demam sebelum munculnya bercak disangkal.

Pola makan pasien sehari-hari yaitu sebanyak 3-5 kali sehari untuk makanan berat dan beberapa selingan di antaranya. Nafsu makan pasien cukup baik, pasien selalu menghabiskan makanannya. Pasien tidak mau mengonsumsi sayur dan hanya sesekali mengonsumsi buah-buahan.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. M 9 tahun (Dibuat oleh Siti Noor Fadilah Bulfiah pada Juni 2023)

Family Map



Gambar 2. Family Map keluarga An. M

Keterangan:

- Harmonis
- Hubungan erat
- == Hubungan sangat erat
- Pasien

Family APGAR Score

Tabel 1. Family APGAR Score keluarga An. M

APGAR		Skor
Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
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	2

	kemarahan, kesedihan dan cinta	
Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
Total		8

Total *Family Apgar Score* 8 (nilai 7-10, fungsi keluarga baik).

METODE

Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari keluarga dan pasien), pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL

DIGNOSTIK HOLISTIK AWAL

1. Aspek Personal
 - a. Alasan Kedatangan: muncul bercak merah pada punggung, perut, kedua lengan, dan kedua paha sejak 5 hari lalu yang memberat sejak 2 hari lalu.
 - b. Kekhawatiran: Rasa gatal pada bercak semakin bertambah jumlahnya dan luasnya, sehingga mengganggu aktivitas pasien
 - c. Persepsi: Tidak diketahuinya penyebab kondisi fisik memburuk tersebut oleh pasien dan keluarga pasien, persepsi ibu pasien terhadap penyakit pasien yakni menganggap bahwa penyakit ini membahayakan dan membutuhkan pengobatan. Sementara, dari pasien sendiri, pasien merasa gatal yang dirasakan sulit untuk hilang terutama ketika sedang berkeringat.
 - d. Harapan: Keluhan dapat berkurang, tidak ada anggota keluarga yang sakit serupa, ibu pasien mengetahui penyakit pasien, dan pasien dapat diobati hingga pasien sembuh agar dapat beraktivitas seperti biasa.
2. Aspek Klinis
Tinea corporis (ICPC-2 S74 ICD-10 B35.4)
Obesitas (ICPC-2 T82 ICD-10 E66.9)
3. Aspek Risiko Internal
 - a. Kebersihan diri kurang baik (pengetahuan pasien kurang

- mengenai kebersihan diri sehingga tidak adanya kebiasaan untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat), sering mandi di sungai dengan air kotor dan jarang sekali mengenakan pakaian dengan benar atau sesuai.
 - b. Kebiasaan makan yang tidak terkontrol, baik dari segi jumlah maupun frekuensi, serta kurangnya konsumsi sayuran.
4. Aspek Risiko Eksternal
 - a. Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit tinea corporis (penyebab, pencegahan, tanda dan gejala, pengobatan).
 - b. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) kurang baik.
 - c. Kurangnya pengetahuan dan minat keluarga mengenai gizi sehat dan seimbang.
 5. Derajat Fungsional
Derajat fungsional satu yaitu masih mampu melakukan pekerjaan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

INTERVENSI

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi dan keluhan berulang. Intervensi yang akan dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

Patient Centered

1. Non-Farmakologi
 - a. Mengedukasi kepada pasien mengenai infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, cara pencegahan, pengendalian agar keluhan tidak berulang, dan rencana tatalaksana.
 - b. Mengedukasi pasien untuk memperhatikan higienitas diri, mandi 2 kali sehari, jika sudah mulai berkeringat bisa mengganti bajunya, gunakan baju yang

- menyerap keringat dan baju yang longgar.
2. Farmakologi
 - a. Ketoconazole 2% krim, dioleskan dua kali sehari setelah mandi pada bercak dengan melebihi sekitar 1 ruas jari (2cm) dari bercak
 - b. Ketoconazole tablet 100 mg, 1 kali sehari
 - c. Cetirizine tablet 10 mg 1x1 sebelum tidur (untuk gatal).

Family Focused

1. Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai infeksi jamur dan obesitas (penyebab, pencegahan, tanda dan gejala, pengobatan) serta peran keluarga dalam terapi penyakit pasien.
 2. Menjelaskan kepada keluarga pasien untuk mengawasi pasien dalam menjaga pola hidup bersih dan sehat, seperti menjaga *hygiene* dan meningkatkan aktivitas fisik.
 3. Edukasi kepada keluarga mengenai gizi sehat dan seimbang guna menjaga berat badan pasien.
 4. Memberikan edukasi mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan di layanan kesehatan.
2. Aspek Klinis
Tinea corporis (ICPC-2 S74 ICD-10 B35.4)
Obesitas (ICPC-2 T82 ICD-10 E66.9)
 3. Aspek Risiko Internal
 - a. Anak usia 9 tahun
 - b. Pasien mengetahui cara menjaga kebersihan diri yang baik, terutama untuk tubuh pasien sendiri dan lingkungannya, seperti mandi dengan air bersih dan segera mengenakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat.
 - c. Pasien mulai terbiasa untuk membatasi asupan makannya dan memilah makanan yang baik untuk dimakannya.
 4. Aspek Risiko Eksternal
 - a. Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai penyakit infeksi jamur (penyebab, pencegahan, tanda dan gejala, pengobatan, dan komplikasi) serta risiko obesitas dan hubungan keduanya.
 - b. Keluarga mulai mendukung mengenai kebersihan diri pada pasien dengan meningkatnya pengetahuan keluarga mengenai pentingnya kebersihan diri serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.
 - c. Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai gizi sehat dan seimbang.
 5. Derajat Fungsional

Community Oriented

1. Konseling mengenai penularan dan pencegahan infeksi jamur yang dapat ditularkan dari kebersihan lingkungan rumah ke anggota keluarga dan tetangga di lingkungannya.
2. Memberikan informasi dan penjelasan mengenai tetap menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah, membuka jendela setiap ruangan agak tidak lembab, yang dapat menjadi faktor pemicu.
3. Mengajak warga sekitar untuk senantiasa melakukan aktivitas fisik seperti bekerja bakti atau senam bersama.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal
 - a. Kekhawatiran: Rasa gatal sudah mulai berkurang dan lesi kulit tidak meluas sehingga kekhawatiran berkurang begitu pun terbantu dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.

Derajat fungsional satu yaitu mampu melakukan aktivitas dan pekerjaan sehari-hari, pasien mandiri dalam perawatan diri dan beraktivitas di dalam dan luar rumah.

PEMBAHASAN

Pembinaan kepada pasien An. M usia 9 tahun telah dilakukan sebagai salah satu bentuk pelayanan kedokteran keluarga. Pasien datang ke Puskesmas Panjang diantar oleh ibunya dengan keluhan bercak merah disertai rasa gatal pada punggung, perut, kedua lengan, dan kedua kaki sejak 5 hari lalu. Kegiatan ini dilakukan sebanyak empat kali, yang pertama yaitu ketika pasien berobat di Puskesmas Panjang, lalu berkomunikasi menggunakan media *whatsapp* dan melakukan kunjungan rumah yang dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan yaitu identifikasi masalah awal pada kunjungan pertama, intervensi pada kunjungan kedua, dan evaluasi pada kunjungan ketiga. Pada pertemuan pertama dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik, setelah itu dilakukan *informed consent* kepada pasien dan ibu pasien untuk dilakukannya kegiatan pembinaan keluarga. Secara lisan, ibu pasien menyetujui kegiatan pembinaan keluarga yang akan dilakukan.

Pada anamnesis, didapatkan data berupa keluhan pasien, keadaan keluarga, sosial, psikososial, dan ekonomi, serta keadaan kondisi rumah pasien. Selain itu, dilakukan juga pemeriksaan fisik pada pasien yang masih mengalami sakit hari keenam. Pasien mengalami keluhan bercak merah disertai rasa gatal pada punggung, perut, kedua lengan, dan kedua kaki sejak enam hari lalu. Dua hari sebelum keluhan muncul, pasien sempat mandi di sungai dengan air kotor. Bercak dirasakan pasien semakin meluas dan bertambah gatalnya sehingga mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien mengaku mudah berkeringat sehingga sering menggunakan pakaian terbuka. Pasien tidak dapat membatasi makannya sehingga pasien dapat makan makanan berat hingga lima kali sehari disertai makanan ringan (camilan) diantaranya. Pasien tidak suka mengonsumsi sayur.

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan bahwa keadaan umum

tampak sakit sedang dengan kesadaran kompos mentis dan suhu tubuh pasien 37,1°C dengan tanda-tanda vital lain dalam batas normal, berat badan 54 kg, tinggi badan 133 cm dengan kesan status gizi overweight bersarkan kurva CDC 2000. Pemeriksaan fisik dari kepala hingga tumit, didapati lesi dermatologis pada inspeksi thoraks, abdomen, dan ekstremitas, dengan pemeriksaan fiisk lain dalam batas normal. Pada status dermatologis, didapati pada regio thoraks posterior et abdomen et antebrachii dextra et sinistra et femoralis dextra et sinistra terdapat makula eritem sampai hiperpigmentasi, multipel, ukuran lentikular sampai nummular, batas sirkumskripta, tersusun diskret, dengan bagian pinggir lesi tampak lebih aktif (central healing).

Berdasarkan data hasil autoanamnesis, alloanamnesis, dan pemeriksaan fisik, dapat disimpulkan bahwa pasien mengalami infeksi jamur superfisial (dermatofitosis). Infeksi jamur superfisial adalah salah satu penyakit kulit yang paling umum, mempengaruhi jutaan orang di seluruh dunia. Infeksi ini, yang terjadi baik pada orang sehat maupun orang yang mengalami gangguan kekebalan, disebabkan oleh dermatofita dan jamur non-dermatofita. Pengobatan yang efektif dapat mengurangi durasi gejala pada pasien dengan infeksi jamur superfisial (Hay, 2010).

Berdasarkan pengamatan pemeriksa, bahwa dermatofitosis terjadi di bagian tubuh pasien, maka dapat ditegakkan diagnosis tinea corporis. Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non-inflamasi pada kulit yang tidak berambut (glabrous skin) (Asri, 2015). Lesi dermatologis tinea corporis tampak sebagai papulovesikel eritematosa multipel, berbatas tegas, ditutupi oleh skuama halus, dengan tepi lebih tinggi dan merah (central healing) (Sahoo & Mahajan, 2016).

Etiologi dari tinea corporis adalah adanya infeksi jamur yang disebabkan oleh tiga grup jamur keratofilik yaitu *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*. Infeksi tinea korporis dimulai dengan kolonisasi hifa dan cabang-cabangnya di dalam jaringan

keratin yang mati. Hifa melepaskan keratinase serta enzim lainnya guna menginvasi lebih dalam *stratum korneum* dan menimbulkan peradangan, walaupun umumnya, infeksi terbatas pada epidermis, karena adanya mekanisme pertahanan tubuh non-spesifik, seperti komplemen, PMN, aktivasi faktor penghambat serum (serum inhibitory factor) (Asri, 2015). Bentuk yang klasik dimulai dengan lesi-lesi yang bulat atau lonjong dengan tepi yang aktif. Dengan perkembangan ke arah luar, maka bercak-bercak bisa melebar dan akhirnya dapat memberi gambaran yang polisiklis, arsiner, atau sinsiner. Pada bagian tepi tampak aktif dengan tanda-tanda eritema, adanya papul-papul dan vesikel, sedangkan pada bagian tengah lesi relatif lebih tenang (Arif et al., 2013; Jihan, 2013).

Pada pasien ini, tampak lesi dermatologis yang ditandai dengan adanya bercak merah berupa *central healing* disertai rasa gatal di beberapa bagian tubuh seperti perut, punggung, kedua lengan, dan kedua kaki. Hal ini sesuai dengan teori di mana predileksi tinea korporis banyak ditemukan pada wajah, badan, lengan, dan kaki bagian atas. Gejala subjektif yaitu gatal, terutama jika berkeringat. Gejala objektif yaitu efloresensi, terlihat makula atau plak yang berwarna merah atau hiperpigmentasi dengan tepi aktif dan daerah bagian tengah lebih tenang (*central healing*) (Arif et al., 2013; Jihan, 2013).

Infeksi jamur ini kemudian dapat menular melalui kontak langsung dengan orang, hewan, tanah, atau jamur yang terinfeksi. Dermatofit antropofilik (manusia) adalah sumber paling umum dari infeksi tinea, tetapi sumber zoofilik (hewan) harus diidentifikasi (jika mungkin) untuk mencegah infeksi ulang pada manusia dan segera diobati (Asri, 2015).

Terdapat beberapa faktor pencetus tinea di antaranya kondisi panas dan lembab dari lingkungan, pakaian ketat, pakaian yang tidak menyerap keringat, keringat berlebihan karena berolahraga, atau karena kegemukan, trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), kehamilan, menstruasi (ketidakseimbangan hormon dalam tubuh

sehingga rentan terhadap jamur), keseimbangan flora normal tubuh terganggu (pemakaian antibiotik atau hormon jangka panjang), serta penyakit atau kondisi tertentu (Saftro et al., 2018; Dorland, 2012).

Faktor risiko pada An. M adalah personal hygiene yang kurang baik seperti mandi dengan air kotor dan mengenakan pakaian yang tidak menyerap keringat, lingkungan yang lembab, serta obesitas. Hal ini sejalan dengan penelitian Kanti (2014) yang mengatakan bahwa personal hygiene yang buruk seperti jarang mengganti pakaian dan menggunakan pakaian ketat yang tidak menyerap keringat merupakan salah satu faktor pencetus infeksi jamur pada kulit. Selain itu, menurut penelitian Muliawati et al. (2020), terdapat hubungan antara indeks massa tubuh dengan kejadian infeksi jamur pada kulit. Hal ini karena seseorang yang memiliki indeks massa tubuh yang tinggi sering mengeluarkan keringat. Hal ini terjadi karena pada orang dengan berat berlebih memiliki persentase lemak tubuh yang lebih banyak sehingga produksi panas tubuh lebih banyak dan berkeringat lebih banyak.

Penatalaksanaan farmakologis tinea korporis ialah menggunakan obat-obatan antifungal. Antifungal tersedia dalam sediaan topikal dan sistemik. Golongan antifungal yang dapat digunakan adalah golongan azol (klotrimazol, ekonazol, ketokonazol, mikonazol, oksikonazol, sulkonazol, dan sertakonazol). Golongan azol memiliki spektrum yang luas dalam mengobati infeksi tinea korporis. Golongan azol bersifat fungistatik yaitu bekerja dengan mereduksi sintesis ergosterol pada membran sel fungal dengan menghambat enzim sitokrom (Djuanda, 2012).

Golongan antifungal lainnya yaitu alilamin (naftitin, terbinafin) dan benzilamin (butenafin) yang bersifat fungisidal. Sama dengan golongan azol, golongan alilamin dan benzilamin bekerja dengan menghambat sintesis ergosterol, namun tidak melalui enzim sitokrom P450 melainkan melalui enzim skualens epoksidase sehingga menimbulkan suasana yang toksik bagi fungal itu sendiri (Djuanda, 2012).

Pelaksanaan pembinaan keluarga pada pasien An. M dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali. Pada kunjungan pertama, 1 Juni 2023, dilakukan untuk meminta izin dengan pasien dan keluarga untuk melakukan anamnesis lebih lanjut untuk menilai aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, aspek eksternal, psikososial, dan derajat fungsional yang dialami oleh pasien, serta untuk melakukan pengisian family folder. Selain itu, kunjungan pertama ini juga dilakukan untuk memonitoring perkembangan kondisi kesehatan pasien yang tiga hari sebelumnya datang berobat ke puskesmas. Pada kunjungan pertama, terlihat kondisi pasien yang sudah membaik, menurut pasien gatal sudah berkurang namun pasien merasa lesi masih meluas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga pada kunjungan pertama, sesuai konsep Mandala of Health, pasien dan keluarga memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita pasien, kebiasaan pasien dan keluarga yang tidak menerapkan perilaku hidup bersih, kebiasaan pasien yang tidak memperhatikan kebersihan diri sendiri dan lingkungan, serta makanan yang tidak memenuhi konsep gizi seimbang menjadi pokok permasalahan yang menimbulkan perubahan kondisi kesehatan pasien (Kanti & Rahmanisa, 2014).

Human biology, pasien merasakan perubahan yang terjadi pada kondisi kesehatannya. Keluhan gatal yang timbul dirasakan pasien sangat mengganggu aktivitasnya. Ibu pasien memiliki kekhawatiran akan meluasnya lesi, memburuknya rasa gatal, dan menularnya kondisi tersebut ke anggota keluarga yang lain. Ibu pasien tidak mengetahui penyebabnya, serta tidak tahu pengobatan yang harus diberikan, dan tidak mengerti untuk menangani kondisi tubuh pasien yang semakin memburuk.

Psychosocial environment, hubungan antar anggota keluarga juga terbilang dekat dan jarang mengalami suatu masalah. Pada *Mapping* keluarga, fungsi keluarga dikatakan baik, dengan *family apgar score* memiliki nilai delapan

yang artinya fungsi keluarga baik atau tidak terdapat disfungsi pada keluarga. Sehingga hal ini dapat mendukung pasien dalam mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan terdekat. Pada dasarnya seluruh anggota keluarga memberikan dukungan dalam pengobatan untuk kesembuhan pasien. Harapan ibu pasien dan pasien adalah keluhannya dapat berkurang dan tidak ada anggota keluarga yang sakit serupa, ibu pasien pun berharap mengetahui penyakit pasien, dan pasien dapat diobati hingga pasien sembuh agar dapat beraktivitas seperti biasa.

Personal behavior, kebiasaan pasien tidak menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Pasien sering mandi dengan air kotor sembari bermain bersama teman-temannya dan menggunakan pakaian terbuka yang justru tidak menyerap keringat. Makanan yang dimakan oleh pasien dan keluarga pasien setiap hari adalah makanan yang diolah sendiri oleh ibu pasien di rumah, namun pasien tidak dapat membatasi frekuensi makannya, baik makannya berat maupun makanan ringan, semua dilahapnya.

Physical environment, keadaan rumah secara keseluruhan tampak kurang sehat dan kebersihan kurang terawat, menciptakan lingkungan yang lembab, memperberat terjadinya kondisi kesehatan pasien. Rumah pasien terletak dikawasan padat penduduk dan setiap rumah saling berhimpitan satu sama lain dengan sarana dan prasarana pasien di rumah menunjang semua kebutuhan primer dan sekunder.

Pada kunjungan ini juga untuk mempersiapkan materi intervensi selanjutnya, ibu pasien dan pasien diberikan pretest mengenai penyakit yang diderita pasien yaitu tinea corporis. Pertanyaan pretest meliputi gejala, pencegahan, penularan serta pengobatan dari tinea corporis dalam bentuk pilihan ganda yang berjumlah lima soal. Tujuan pretest ini dilakukan untuk menilai tingkat pengetahuan ibunya mengenai penyakit tinea corporis dan akan dibandingkan dengan hasil posttest setelah intervensi dilakukan sehingga peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya dapat dinilai. Pada penilaian pretest Ny. M dan An. M memperoleh skor 40, skor ini masih tergolong belum baik. Berdasarkan

pretest ini dapat diketahui bahwa pengetahuan ibu pasien dan pasien masih belum cukup, khususnya mengenai definisi, gejala, penularan dan pencegahan tinea corporis serta pengobatan yang harus dilakukan pada pasien.

Setelah mendapatkan informasi mengenai beberapa permasalahan yang ada dalam pasien, dilakukan kunjungan kedua, tanggal 3 Juni 2023, untuk melakukan intervensi kepada pasien dan keluarganya. Intervensi yang dilakukan berupa penyuluhan atau perbincangan untuk bertukar ilmu dengan media lembar balik dan poster. Media lembar balik dan poster berisi beberapa materi yang dikemas sederhana disertai gambar-gambar yang diharapkan lebih mudah untuk dilakukan intervensi. Intervensinya sendiri mengutamakan peningkatan pengetahuan keluarga pasien mengenai penyakit tinea corporis, baik penyebab, faktor resiko, cara penularan yang termasuk di dalamnya bagaimana edukasi menjaga hygiene yang baik untuk mengurangi resiko tertularnya tinea, gejala penyakit, penanganan tinea, pengetahuan tentang air bersih dan mengenakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat di rumah, dan penerapan makanan yang memenuhi konsep gizi seimbang.

Pada *family focused*, digunakan media lembar balik dan poster sebagai media edukasi dengan cara menjelaskan tiap poin dari intervensi yang dilakukan. Edukasi yang diberikan kepada keluarga meliputi penyakit yang diderita pasien, pengobatan, dan pencegahan penyakit yang sedang diderita oleh pasien. Meminta anggota keluarga untuk menjadi pengawas dalam minum obat selama pasien menjalani terapi. Keluarga pasien juga memiliki peran dalam penerapan perilaku hidup bersih dan sehat dengan cara menjaga kebersihan rumah, rutin mencuci tangan terutama di 5 waktu wajib cuci tangan, menerapkan prinsip makan gizi seimbang, dan senantiasa mengingatkan pasien untuk berganti pakaian dan mengenakan pakaian tipis yang menyerap keringat. Selanjutnya keluarga pasien juga diberikan tanggung jawab untuk mengantarkan pasien berobat apabila keluhan pasien

memburuk dan mengenai pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan di layanan Kesehatan.

Pada *community-oriented*, edukasi diberikan kepada tetangga yang tinggal di lingkungan rumah pasien mengenai penularan dan pencegahan penyakit tinea corporis yang dapat ditularkan dari kebersihan diri dan lingkungan rumah ke anggota keluarga dan tetangga di lingkungannya. Selain itu, juga mengajak warga sekitar untuk turut melakukan aktivitas fisik rutin yang dapat dilakukan bersama guna meningkatkan minat. Hal ini dilakukan agar menciptakan lingkungan sekitar rumah bersih dan sehat. Terdapat beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Pada tahap akhir adalah adoption, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Ketika intervensi dilakukan, keluarga juga turut serta mendampingi pasien.

Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang sudah dilakukan pada 5 Juni 2023 untuk mengevaluasi pengetahuan keluarga pasien dan untuk evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait perilaku dan klinis dari pasien. Saat dilakukan kunjungan, pasien mengatakan bahwa keluhan sudah tidak lagi dirasakan dan pasien sudah dapat menjalani aktivitasnya dengan baik. Ibu pasien pun sudah tidak merasa khawatir lagi melihat perubahan kondisi pasien yang sudah membaik. Sebelum dilakukan evaluasi, pasien bersama keluarga diberikan posttest dengan tujuan untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit tinea corporis setelah dilakukan intervensi sebelumnya. Pada hasil posttest didapatkan skor 80, skor tersebut sudah sangat baik. Hal ini menunjukkan bahwa ibu pasien memperoleh peningkatan pengetahuan tentang penyakit yang di derita saat ini.

Tabel 2. Hasil pretest-posttest keluarga An. M.

Nilai <i>Pretest</i>	Nilai <i>Posttest</i>	Nilai
40	80	↑ 40

Setelah dilakukan intervensi, terdapat peningkatan pengetahuan ibu pasien mengenai tanda dan gejala tinea corporis, kebersihan diri, serta gizi sehat dan seimbang. Hasil evaluasi pasien sudah mengikuti saran yang diberikan saat intervensi. Faktor pendukung dalam menyelesaikan masalah pasien dan keluarga adalah seluruh anggota keluarga yang mampu berperan dalam keluarga dengan cara menjaga perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, ibu pasien mulai memahami penyajian menu gizi sehat dan seimbang untuk keluarga. Pasien pun sudah memahami untuk menghindari mandi di sungai dengan air kotor dan mengenakan pakaian yang sesuai, serta mengurangi porsi makan.

Hal ini diharapkan dapat membantu pasien dan keluarga dalam menangani kejadian infeksi jamur jika terulang kembali di keluarga pasien. Dalam kunjungan kali ini juga tetap dilakukan motivasi kepada pasien dan keluarganya. Hal ini dilakukan agar pasien dan keluarga senantiasa tetap menerapkan gaya hidup sehat yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup pasien dan anggota keluarga lainnya. Edukasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga merupakan bentuk penilaian pengetahuan yang bertujuan untuk memberikan informasi. Sesuai dengan teori azwar, pengetahuan menjadikan hal yang dapat membentuk sikap seseorang. Sikap adalah bentuk evaluasi terhadap suatu aspek dan mendasari seseorang dalam pembentukan perilaku. Harapannya dari penerapan pengetahuan tersebut, akan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku yang baik sehingga menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

SIMPULAN

Didapatkan faktor internal berupa pengetahuan mengenai kebersihan diri kurang dan tidak dapatnya membatasi asupan makanan. Didapatkan faktor eksternal berupa kurangnya pengetahuan

keluarga mengenai penyakit tinea corporis, kebersihan diri, kebersihan lingkungan, gizi sehat-seimbang dan kurangnya dukungan keluarga mengenai kebersihan diri pasien. Telah dilakukan intervensi dengan pendekatan keluarga menggunakan media lembar balik dan presentasi poster mengenai penyakit tinea corporis, kebersihan diri, dan lingkungan, dan gizi sehat-seimbang. Setelah dilakukan intervensi dengan pendekatan keluarga didapatkan peningkatan pengetahuan ibu pasien mengenai tinea corporis, dan secara sederhana pada pasien pun demikian, kebersihan diri dan lingkungan, serta gizi sehat-seimbang.

SARAN

Pasien beserta keluarga perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyakit tinea corporis serta melakukan pengelolaan dengan baik, agar mencegah perburukan pada pasien atau penularan pada orang sekitarnya. Pelayanan kesehatan tidak hanya fokus terhadap faktor internal namun juga faktor eksternal dalam mengatasi masalah pasien. Pelaksana kesehatan dapat memberikan penyuluhan mengenai hidup bersih dan sehat, terutama pada kebiasaan mencuci tangan, agar masyarakat dapat mencegah terjadinya penularan berbagai penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, R., Dirmawati, K., & Safruddin, A. (2013). *Tinea corporis and tinea cruris caused by Trychophyton mentagrophytes type glanular in asthma bronchiale patient*. Medical Faculty of Hasanuddin University.
- Asri, R. (2015). *Buku ajar ilmu penyakit kulit & kelamin Jilid 1* (p. 14). Balai Penerbit FKUI.
- Cholis, M. (2011). *Tinea corporis dan kruris penyakit jamur* (pp. 47–49). FKUI.
- Dorland, N. W. A. (2012). *Kamus kedokteran Dorland* (Edisi ke-29, p. 955). EGC.
- Djuanda, A. (2012). *Ilmu penyakit kulit dan kelamin edisi V*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hay, R. (2010). Dermatophytosis and other superficial mycoses. In G. L.

- Mandell, R. G. Douglas, J. E. Bennett, & R. Dolin (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases* (4th ed., pp. 2375–2386). Churchill Livingstone.
- Jihan, R. (2013). *Tinea corporis et kruris kronis sebabkan oleh Trichophyton tonsurans pada pasien obesitas*. FKUI.
- Kanti, E. A. A., & Rahmanisa, S. (2014). Tinea corporis with grade I obesity in women domestic workers age 34 years. *Medula*, 2(4), 24–32.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Obesitas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Muliawati, F., Krisnarto, E., & Kartikadewi, A. (2020). Hubungan indeks massa tubuh dan kelembaban kulit dengan kejadian pityriasis versicolor pada petugas sampah di Purwodadi. *Medica Arteriana*, 2(1), 38–42.
- Mulyaningsih, S. (2014). *Tingkat kekambuhan tinea kruris dengan pengobatan krim ketokonazol 2% sesuai lesi klinis dibandingkan dengan sampai 3 cm di luar batas lesi klinis* [Internet]. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/14933/>.
- Noble, S. L., Forbes, R. C., & Stamm, P. L. (2014). Diagnosis and management of common tinea infection. *American Family Physician*, 58(1), 163–174. Available from: <http://www.aafp.org/afp/1998/0701/p163.html>.
- Safro, F. S., Mobula, L. M., Burnham, G., et al. (2018). Factors associated with uncontrolled blood pressure among Ghanaians: Evidence from a multicenter hospital-based study. *PLoS One*, 1–19.
- Sahoo, A. K., & Mahajan, R. (2016). Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatology Online Journal*, 7(2), 77–86.