

Pendekatan Holistik Pada Pria Usia 52 Tahun Dengan Tinea Cruris Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari

Shoafa Marwah¹, Reni Zuraida²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Di Indonesia, dermatofitosis merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dan tinea kruris merupakan dermatofitosis terbanyak. Penyakit ini penting untuk ditatalaksana secara komprehensif agar tujuan pengobatan dapat tercapai. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Sebelum dilakukan intervensi, pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya dan kebersihan diri kurang. Pengetahuan keluarga tentang Tinea Cruris masih rendah. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan skor pengetahuan pasien dan keluarganya yang meningkat sebanyak 50 poin. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga Tn. I usia 52 tahun dengan Tinea Cruris yang disesuaikan berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

Kata kunci: Dokter keluarga, tinea cruris

Holistic Management of 52-Year-Old Man with Tinea Cruris through Family Medicine Approach in Tanjung Sari Primary Health Center

Abstract

In Indonesia, dermatophytosis is 52% of all dermatomycosis and Tinea Cruris is the most common dermatophytosis. This disease is important to be managed comprehensively so that treatment goals can be achieved. Family doctor practice are evidence based medicine by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on patient problems with a patient centered and family approach. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination, labs exam and home visits to assess the physical environment. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning to the end. Before intervention, the patient's knowledge about the disease and personal hygiene was lacking. The family's knowledge of Tinea Cruris is still low. After the intervention, there was an improvement in the knowledge score of patients and their families which increased by 50 points. A holistic management has been carried out with the approach of a family doctor, Mr. I was 52 years old with Tinea Cruris based on initial holistic diagnostics. The interventions carried out have increased patient knowledge and changed some of the behavior of patients and their families, as indicated by improvements in the final holistic diagnostic.

Keywords: family doctor, tinea cruris

Korespondensi: Shoafa Marwah, alamat JL. Puri Beta Utara No. 17 RT. 004/RW.012, Larangan Utara, Kec. Larangan, Kota Tangerang, Banten. HP 089674113360, e-mail shoafamarwah29@gmail.com

Pendahuluan

Dermatofitosis adalah penyakit pada jaringan tubuh yang mengandung zat tanduk, misalnya stratum korneum pada epidermis, rambut, serta kuku yang disebabkan oleh golongan jamur dermatofita, yang mampu mencernakan keratin. Dermatofitosis cukup banyak diderita penduduk negara tropis. 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.¹

Prevalensi penyakit dermatofitosis menyatakan 20-25% orang dari seluruh dunia.² Di Indonesia, dermatofitosis merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dan tinea kruris dan tinea korporis merupakan dermatofitosis terbanyak.³ Hamzah (2000) pada penelitian di RSUD dr. Abdul Moeloek Lampung terhadap 7611 pasien yang datang berobat ke Poliklinik Ilmu Penyakit Kulit & Kelamin, menemukan 1173 menderita dermatotosis. Lima puluh dua persen di antaranya menderita Tinea kruris.⁴

Penatalaksanaan secara holistik bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan masalah fungsi keluarga, melakukan intervensi, serta evaluasi hasil intervensi. Intervensi ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah klinis pada pasien dan keluarga, mengubah perilaku kesehatan keluarga dan partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan *family approach*.

Kasus

Tn. I usia 52 tahun datang keluhan timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri dan disertai rasa gatal sejak 2 bulan lalu. Keluhan ini dirasakan sepanjang waktu. Pasien mudah berkeringat, dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat. Keluhan memberat jika pasien berkeringat setelah aktivitas. Pasien mengatakan bahwa dia jarang mengganti celana dalam dan tidak mengetahui tentang kebersihan diri.

Pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui penyebab, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Pasien mengaku tidak mengkonsumsi alkohol, namun pasien merupakan perokok dan sering merokok di dalam rumah dengan satu bungkus per hari. Pasien banyak menghabiskan waktu di sawah untuk bekerja. Riwayat kencing manis, kolesterol tinggi, dan asam urat dan disangkal oleh pasien. Pasien masih dapat melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari didalam maupun di luar rumah.

Pasien tinggal serumah dengan istri, Ny. S dan dua orang anak yaitu laki-laki dan perempuan yang berusia 20 tahun dan 17 tahun. Hubungan pasien dengan keluarganya cukup baik. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Pasien hanya tahu bahwa badannya gatal dan khawatir keluhan akan bertambah luas dan mengganggu aktivitas pasien sehingga pasien berharap agar keluhannya hilang dan dapat beraktivitas lagi seperti biasa. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi

pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya masing terdorong kurang. Keluarga juga tidak mengetahui definisi, pola penularan serta pola pengobatan terkait penyakit yang dialami oleh pasien.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji pasien pasien yang bekerja sebagai petani. Untuk iuran BPJS. Pasien mengatakan bahwa pendapatannya cukup untuk digunakan memenuhi kebutuhan primer, sekunder dan tersier. Tn. I usia 52 tahun datang keluhan timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri dan disertai rasa gatal sejak 2 bulan lalu. Keluhan ini dirasakan sepanjang waktu.

Pasien mudah berkeringat, dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat. Keluhan memberat jika pasien berkeringat setelah aktivitas. Pasien mengatakan bahwa dia jarang mengganti celana dalam dan tidak mengetahui tentang kebersihan diri.

Pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui penyebab, pola penularan dan bagaimana mengobati penyakitnya. Pasien mengaku tidak mengkonsumsi alkohol, namun pasien merupakan perokok dan sering merokok di dalam rumah dengan satu bungkus per hari. Pasien banyak menghabiskan waktu di sawah untuk bekerja. Riwayat kencing manis, kolesterol tinggi, dan asam urat dan disangkal oleh pasien. Pasien masih dapat melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari didalam maupun di luar rumah.

Pasien tinggal serumah dengan istri, Ny. S dan dua orang anak yaitu laki-laki dan perempuan yang berusia 20 tahun dan 17 tahun. Hubungan pasien dengan keluarganya cukup baik. Begitu pula hubungan dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Pasien hanya tahu bahwa badannya gatal dan khawatir keluhan akan bertambah luas dan mengganggu aktivitas pasien sehingga pasien berharap agar keluhannya hilang dan dapat beraktivitas lagi seperti biasa. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi pasien agar selalu memeriksakan kesehatannya masing terdorong kurang. Keluarga juga tidak mengetahui definisi, pola penularan serta pola pengobatan terkait penyakit yang dialami oleh pasien.

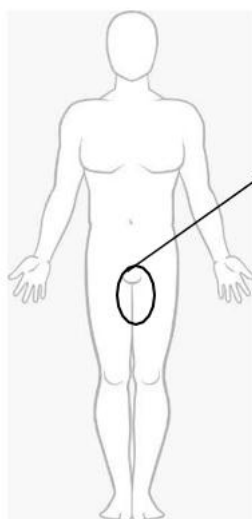
Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, pasien tampak kooperatif.

Tekanan darah 130/80 mmHg; nadi: 90x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,4 °C; berat badan: 58 kg; tinggi badan: 162 cm; IMT pasien: 22,1 kg/m² dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori normal.

Hasil pemeriksaan jantung tidak terlihat ictus cordis dan teraba ictus cordis pada SIC 5. Pada perkusi didapatkan batas jantung dalam batas normal. Auskultasi menunjukkan bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Pada pemeriksaan paru, tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak adanya retraksi dan pernapasan tertinggal. Fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan maupun massa. Saat dilakukan perkusi didapatkan suara sonor di seluruh lapang paru. Pemeriksaan auskultasi terdengar suara vesikuler.

Pada pemeriksaan abdomen, tampak abdomen cembung. Auskultasi terdengar bising usus 12x/menit. Saat di palpasi tidak didapatkan nyeri tekan, massa, maupun pembesaran organ. Perkusi pada abdomen didapatkan data timpani. Ekstremitas teraba hangat, tidak tampak edema, CRT <2 detik. Tidak ditemukan adanya nyeri tekan, gerakan masih dalam batas normal.

Pada pemeriksaan efloresensi didapatkan pada regio inguinalis dextra et sinistra, terdapat makula-plak eritematosa, multipel, diskret, ukuran lentikular-plakat, batas tegas, tepi aktif, bentuk polisiklik, central healing (+), dengan skuama putih halus.



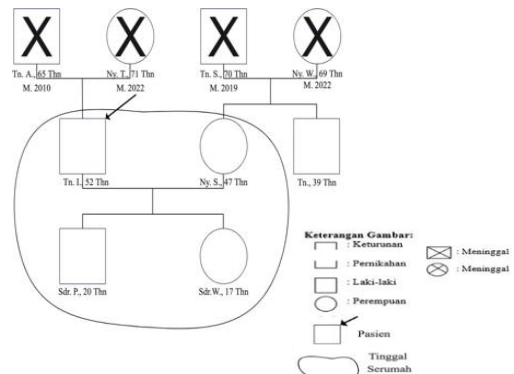
Pada regio inguinalis dextra et sinistra

Gambar 1. Ilustrasi status dermatologis pasien

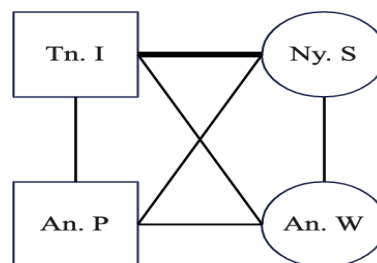
Pasien merupakan anak tunggal. Kedua orangtua pasien telah meninggal. Pasien memiliki seorang Istri (Ny. S), satu anak laki-laki (An. P) dan satu anak perempuan (An. W). Saat ini pasien hanya tinggal bersama istri dan kedua anaknya. Komunikasi dalam keluarga baik.

Pasien merupakan anak tunggal. Kedua orangtua pasien telah meninggal. Pasien memiliki seorang Istri (Ny. S), satu anak laki-laki (An. P) dan satu anak perempuan (An. W). Saat ini pasien hanya tinggal Bersama istri dan tidak memiliki pendapatan.

Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi keluarga dan keputusan keluarga ditentukan oleh pasien. Hubungan antar keluarga baik. Waktu berkumpul bersama dengan keluarga cukup. Komunikasi selalu berjalan baik setiap hari di dalam keluarga. Keluarga pasien memiliki KIS (Kartu Indonesia Sehat). Pola pengobatan pasien yaitu membeli obat di warung, apabila tidak sembuh pasien baru berobat ke Puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ± 1 kilometer.



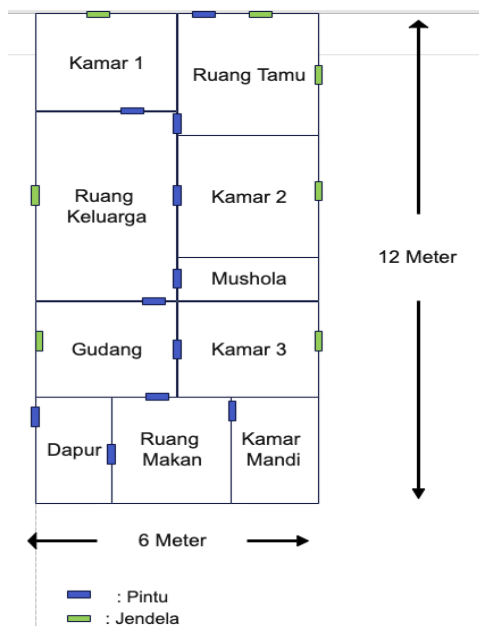
Gambar 2. Genogram keluarga Tn. I



Keterangan:
 - Garis tebal: Hubungan sangat erat
 - Garis tipis: Hubungan erat

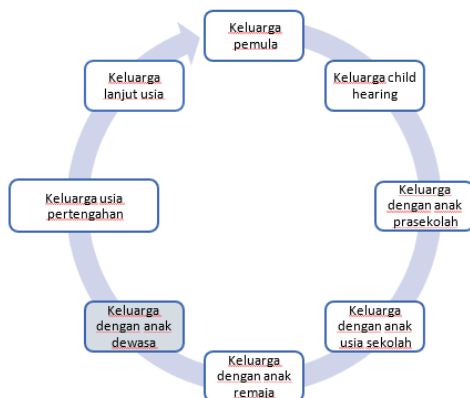
Gambar 3. Family Map keluarga Tn. I

Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 24, dapat disimpulkan fungsi keluarga Tn. I memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.



Gambar 5. Denah rumah Tn. I

Siklus hidup keluarga Tn. I dapat dilihat pada gambar 3. Dapat dilihat bahwa keluarga Tn. I berada dalam tahap keluarga dengan anak dewasa muda. (Tahap VI).



Gambar 4. Family Lifecycle keluarga Tn. I

Pasien tinggal di rumah permanen milik sendiri. Jarak antara rumah ke puskesmas sekitar satu kilometer. Lingkungan tempat tinggal pasien berupa pemukiman padat penduduk dengan jarak antar rumah ± 3 meter. Rumah pasien berukuran enam kali dua belas meter. Tidak bertingkat, memiliki tiga kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, mushola, gudang, dapur dan kamar mandi. Lantai rumah berupa keramik, dinding bata, dengan atap

genteng. Jumlah ventilasi sudah cukup baik, ada disetiap ruangan, pertukaran udara dan pencahayaan di dalam rumah sudah cukup baik karena jenis jendela yang digunakan cukup efisien dalam pertukaran udara. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak sehat dan kebersihan di dapur cukup terawat, perabotan rumah tangga cukup tertata. Rumah sudah menggunakan listrik.

Sumber air didapatkan dari air sumur bor. Limbah dialirkan ke selokan belakang rumah. Pasien memiliki kamar mandi dan terdapat WC. Tempat sampah berada di luar rumah dan juga dapur. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup renggang.

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- a. Alasan Kedatangan: Timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri dan disertai rasa gatal sejak 2 bulan yang lalu
- b. Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan yang akan bertambah luas dan mengganggu aktivitas pasien.
- c. Persepsi: Pasien hanya tahu badannya gatal.
- d. Harapan: Pasien berharap agar keluhannya hilang sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

2. Diagnosis Klinis Awal

Tinea Cruris (ICD 10: B35.6)

3. Faktor Risiko Internal

- a. Pasien belum mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*
- b. Kurangnya pengetahuan tentang kebersihan diri
- c. Pasien mudah berkeringat

4. Faktor Risiko External

- a. Pengetahuan keluarga kurang mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*
- b. Kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang dideritanya.

5. Skala Fungsional

Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan

ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatannya.

Patient centered

Non-Farmakologi:

- a. Edukasi pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*.
- b. Edukasi pasien tentang pentingnya kebersihan diri
- c. Edukasi pasien untuk mengganti bajunya jika berkeringat atau menggunakan baju yang menyerap keringat

Farmakologi:¹³

1. Ketoconazole cream 2% dioleskan tipis 2x1 selama 3 minggu
2. Cetirizin tablet 1x1 selama 1 minggu apabila gatal

Family Focused

- a. Edukasi kepada keluarga mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*
- b. Edukasi kepada keluarga tentang perlunya dukungan dan motivasi keluarga terkait penyakit pasien

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- a. Alasan Kedatangan: Timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri sudah berkurang dan rasa gatal sudah tidak dirasakan
- b. Kekhawatiran: kekhawatiran sudah berkurang dengan peningkatan pengetahuan terhadap penyakit yang diderita.

- c. Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang penyakitnya yaitu *Tinea Cruris*
- d. Harapan: Sebagian besar harapan telah terpenuhi karena keluhan sudah membaik.

2. Aspek Klinis

Tinea Cruris (ICD 10: B35.6)

3. Faktor Risiko Internal

- a. Pasien sudah mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*
- b. Sudah mengetahui tentang kebersihan diri
- c. Pasien mengelap tubuhnya jika berkeringat

4. Faktor Risiko External

- a. Keluarga sudah mengetahui mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*
- b. Keluarga sudah mendukung serta motivasi terhadap penyakit yang dideritanya.

5. Skala Fungsional

Derajat fungsional 1 yaitu mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Tn. I berusia 52 tahun dengan *Tinea Cruris* yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien merupakan penyakit yang bergantung pada kepatuhan pasien dan keluarga dalam mengobati penyakit ini. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang laki-laki berusia 52 tahun yang datang keluhan timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri sejak 2 bulan lalu. Keluhan ini dirasakan sepanjang waktu. Pasien mudah berkeringat, dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat. Keluhan memberat jika pasien berkeringat setelah aktivitas. Pasien mengatakan bahwa dia jarang mengganti celana dalam dan tidak mengetahui tentang kebersihan diri. Dilakukan pertemuan sebanyak tiga kali untuk mengkaji pasien melalui pendekatan kedokteran keluarga yang terdiri dari kunjungan pertama dilakukan penegakkan diagnosis. Pada pertemuan kedua

dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi.

Pada pertemuan pertama kali hari Senin, 13 Juni 2022 di poli umum Puskesmas Rawat Inap Tanjung Sari dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis didapatkan keluhan timbul bercak kemerahan yang setiap hari semakin melebar pada selangkangan kanan dan kiri disertai gatal sejak 2 bulan lalu. Keluhan ini dirasakan sepanjang waktu. Pasien mudah berkeringat, dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat. Keluhan memberat jika pasien berkeringat setelah aktivitas. Pasien mengatakan bahwa dia jarang mengganti celana dalam dan tidak mengetahui tentang kebersihan diri. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: baik; kesadaran: compos mentis dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*) 15, pasien tampak kooperatif; tekanan darah 130/80 mmHg; nadi: 90x/menit; pernafasan: 20x/menit; suhu tubuh: 36,4 °C; berat badan: 58 kg; tinggi badan: 162 cm; IMT pasien: 22,1 kg/m².

Manifestasi klinis *Tinea Cruris* adalah rasa gatal yang meningkat saat berkeringat atau terbakar pada daerah lipit paha, genital, sekitar anus dan daerah perineum.⁷ Pada *Tinea Cruris*, pemeriksaan awal yang dapat dilakukan pada pasien untuk menegakkan diagnosis *Tinea Cruris* yaitu dengan melakukan pemeriksaan KOH untuk memastikan dermatofitosis dimana dapat dilakukan dengan KOH 20% dan didapatkan hasil tampak hifa bersepta dan bercabang. Bila peralatan memadai, pemeriksaan kultur jamur dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis dan jamur penyebab dermatofitosis. Pemeriksaan lainnya yang dapat dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis banding yaitu pemeriksaan Lampu Wood yang dapat digunakan untuk menyingkirkan eritrasma dimana akan tampak floresensi merah bata. Pemeriksaan uji tempel dapat dilakukan untuk menyingkirkan dermatitis kontak alergi. Pemeriksaan tetesan lilin dan Auspitz sign dapat dilakukan untuk menyingkirkan psoriasis inversa.^{5,6}

Faktor penting yang berperan dalam penyebaran *Tinea Cruris* adalah kondisi kebersihan lingkungan yang buruk, daerah pedesaan yang padat, dan kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat atau lembab. Penyakit ini dapat bersifat akut atau menahun,

bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup.⁷

Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal Kamis, 16 Juli 2022 untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan pasien memiliki pengetahuan yang kurang tentang definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris* serta pengetahuan tentang kebersihan diri. Dari hasil kunjungan pertama tersebut, keluhan gatal masih dirasakan oleh pasien.

Kunjungan kedua dilaksanakan pada hari Kamis, 21 Juli 2022 untuk melakukan pemeriksaan dan intervensi terhadap pasien. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diberikan pretest dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit *Tinea Cruris*. Hasil pretest tersebut akan dibandingkan dengan hasil *post test* setelah dilakukan intervensi untuk mengetahui tolak ukur peningkatan pengetahuan pasien sebelum dan sesudah intervensi. Berdasarkan hasil pretest, pasien memperoleh nilai 50 dan pengetahuan pasien dirasa belum baik. Hal ini menunjukkan pasien masih belum memahami secara penuh mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, gejala penyakit *Tinea Cruris*, penularan dan pengobatannya.

Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan memberikan informasi *Tinea Cruris* definisi, gejala, penyebab, pola penularan, pola pengobatan dan komplikasi. Dijelaskan juga tentang pentingnya kebersihan diri. Selain itu, ketika intervensi dilakukan, keluarga pasien juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan kepada pasien. Pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit *Tinea Cruris* merupakan sarana yang membantu pasien menjalankan penanganan penyakit.

Kebanyakan *tinea cruris* disebabkan oleh Species *Tricophyton rubrum* dan *Epidermophyton floccosum*, dimana *E. floccosum* merupakan spesies yang paling sering menyebabkan terjadinya epidemi. *T. mentagrophytes* dan *T. verrucosum* jarang menyebabkan *tinea cruris*.¹⁰

Penularan jamur terjadi melalui kontak langsung dengan orang, hewan, tanah atau

jamur yang terinfeksi. Tergantung pada habitatnya, dermatofita digambarkan sebagai antropofilik (manusia), zoofilik (hewan) atau geofilik (tanah). Dermatofit antropofilik adalah sumber paling umum dari infeksi tinea, tetapi sumber zoofilik harus diidentifikasi (jika mungkin) dan diobati untuk mencegah infeksi ulang pada manusia. Selain itu faktor-faktor yang dapat mencetuskan tinea adalah : Kondisi panas dan lembab dari lingkungan, pakaian ketat, pakaian tidak menyerap keringat, keringat berlebihan karena berolahraga, atau karena kegemukan (Obesitas), atau trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), keseimbangan flora normal tubuh terganggu (pemakaian antibiotik atau hormon jangka panjang), Penyakit/kondisi tertentu, seperti: HIV/AIDS, DM, kehamilan, menstruasi (ketidakseimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur) Faktor virulensi dermatofita.^{8,9}

Pencegahan dari kekambuhan penyakit sangat penting dilakukan, seperti mengurangi faktor predisposisi, yaitu menggunakan pakaian yang menyerap keringat, mengeringkan tubuh setelah mandi atau berkeringat, dan membersihkan pakaian yang terkontaminasi.¹¹

Terapi medikamentosa *Tinea Cruris*, pasien ditatalaksana dengan obat Ketoconazole cream 2% dioleskan tipis di area bercak merah dan sekitar 1 cm dari area bercak merah, 2x1 selama 3 minggu. Tatalaksana Topikal, dengan pilihan: Golongan Alilamin (terbinafin) sehari sekali selama 1-2 minggu; Golongan Azol (mikonazol, ketokonazol, klotrimazol) dua kali sehari selama 4-6 minggu Sistemik, diberikan bila lesi kronik, luas, atau sesuai indikasi, dengan pilihan: Terbinafin oral 1x250mg/hari selama 2 minggu; Intrakonazol oral 2x100mg/hari selama 2 minggu; Griseofulvin oral 500mg/hari selama 2-4 minggu; Ketokonazol 200mg/hari. Pada kebanyakan kasus tinea kruris dapat dikelola dengan pengobatan topikal. Namun, steroid topikal tidak direkomendasikan. Agen topikal memiliki efek menenangkan, yang akan meringankan gejala lokal.⁸

Infeksi dermatofitosis dapat pula diobati dengan terapi sistemik. Beberapa indikasi terapi sistemik dari infeksi dermatofita antara lain:¹²

- 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.

Evaluasi dilakukan pada Sabtu, 23 Juli 2022. Dari hasil anamnesis didapatkan hasil keluhan bercak kemerahan pada selangkangan kanan dan kiri sudah berkurang dan keluhan rasa gatal sudah tidak ada. Pasien mengungkapkan kekhawatirannya sudah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan dan pemahaman pasien tentang penyakitnya. Persepsi pasien juga sudah berubah tentangnya penyakitnya dengan mengerti keluhannya dapat dicegah dengan menjaga kebersihan diri. Pasien juga sudah mengetahui bahwa penyebab dari keluhannya akibat jamur yang tumbuh didaerah yang lembab.

Kemudian evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan pasien dan keluarga terhadap penyakit yang diderita oleh pasien dengan memberikan 10 pertanyaan. Berdasarkan 10 pertanyaan yang diajukan, pasien menjawab 10 pertanyaan dengan benar.

Tabel 3. Pretest dan Post-test Tn. I

Variabel	Pre	Post	Δ
Pengetahuan	50	100	↑ 50
Keluhan	Bercak merah dan rasa gatal	Berkuranganya Bercak merah dan tidak ada rasa gatal	Terhapuskan keluhan

Simpulan

1. Faktor risiko internal pada pasien adalah pengetahuan tentang penyakitnya kurang yaitu definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*; pengetahuan tentang kebersihan diri; dan pasien mudah berkeringat

2. Faktor risiko eksternal berupa kurangnya pengetahuan keluarga tentang definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*; dan dukungan dan motivasi keluarga terhadap penyakitnya
3. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media power point dengan materi definisi, penyebab, faktor risiko, pola penularan, gejala dan bagaimana pengobatan *Tinea Cruris*; dan kebersihan diri
4. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif, dengan pendekatan dokter keluarga, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 50 poin, dan berkurangnya bercak merah dan rasa gatal pada pasien

Daftar Pustaka

1. 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
2. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. Vol. 51, Mycoses. Wiley; 2008. p. 2–15.
3. Agustine R. Perbandingan sensitivitas dan spesifisitas pemeriksaan sediaan langsung koh 20% dengan sentrifugasi dan tanpa sentrifugasi pada tinea kruris. [Tesis]. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. 2012.
4. Hamzah MS. Insiden dermatomikosis selama periode Januari 1996- Desember 1998 di RSUD Dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Jurnal Mikologi Kedokteran Indonesia. 2002
5. James, William D, Breger, Timothy G, Elston, Dirk, et al. Diseases of the skin: clinical dermatology . 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier ; 2006.p.302.
6. Wirya, D. Pedoman diagnosis dan terapi penyakit kulit dan kelamin. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana; 2010.p.55-9.
7. Wiratma MK. Laporan kasus tinea kruris pada penderita diabetes melitus. Denpasar : Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2011
8. Goedadi M, Suwito PS. Tinea korporis dan tinea kruris dermatomikosis superfisialis. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004.p. 31-9.
23. Tinea corporis, Tinea Cruris, and tinea pedis. Doctor- fungus [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 1]. Available from: http://www.doctorfungus.org/mycoses/human/other/tineacorporis_cruris_pedi s.php.
9. Berman, K. Tinea corporis. Multimedia medical encyclopedia [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 1]. Available from: <http://umm.edu/health/medical/ency/articles/tinea-corporis>.
10. Adiguna MS. Update treatment in inguinal intertrigo and its differential. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2011
11. Risdianto A, Kadir D, Amin S. Tinea corporis and Tinea Cruris cause by trichophyton mentagrophytes type granular in asthma bronchiale patient. Department of Dermatovenereology Universitas Hasanuddin. 2013
12. Haber M. Dermatological fungal infections. Canadian Journal of Diagnosis University of Calgary's. 2007
13. Ahronowitz I, Kieron L. Yeast Infection. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill; 2019.