

Penatalaksanaan Holistik pada Anak Usia 6 Tahun dengan Tinea Kapitis melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Puskesmas Susunan Baru

Nova Sabila¹, Diana Mayasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dermatofitosis merupakan infeksi superfisial yang disebabkan oleh jamur dermatofita. Infeksi ini juga sering disebut dengan tinea. Klasifikasi didasarkan pada bagian tubuh yang terkena yaitu *tinea capitis* (kepala), *tinea faciei* (wajah), *tinea barbae* (janggut), *tinea corporis* (badan), *tinea manuum* (tangan), *tinea cruris* (selangkangan), *tinea pedis* (kaki), dan *tinea unguinum* (kuku). Prevalensi penyakit dermatofitosis di Asia sebesar 35,6%, sedangkan di Indonesia adalah 52%. Tinea kapitis merupakan infeksi terbanyak pertama yang terjadi pada anak usia pra sekolah dan usia sekolah jika dibandingkan dengan tinea jenis lainnya dengan faktor risiko berasal dari paparan lingkungan sekolah maupun higienitas yang diterapkan di rumah. Tujuan dari Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence-based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah melalui pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Data yang diperoleh, yaitu data primer yang didapat melalui *autoanamnesis*, *alloanamnesis*, pemeriksaan fisik, serta kunjungan ke rumah dan data sekunder didapat dari rekam medis. Pasien An. B usia 6 tahun sebagai usia dengan prevalensi yang paling tinggi memiliki resiko internal yaitu minimnya pengetahuan, *personal hygiene* yang kurang baik, serta faktor eksternal yang terdapat pada lingkungan pasien. Penatalaksanaan pada pasien dilakukan secara holistik dan komprehensif berdasarkan *patient-centered*, *family approach*, dan *community-based* secara literatur berdasarkan EBM. Intervensi diberikan secara medikamentosa dan non-medikamentosa. Berdasarkan hasil evaluasi ditemukan adanya peningkatan pengetahuan, perubahan pola hidup bersih dan sehat serta pemahaman terhadap penyakit.

Kata Kunci : Dermatofitosis, kedokteran keluarga, tatalaksana holistik

Holistic Management of 6-Year-Old Children with Tinea Capitis through a Family Medicine Approach in the Susunan Baru Community Health Center Area

Abstract

Dermatophytosis is a superficial infection caused by dermatophyte fungi. This infection is also often called tinea. Classification is based on the part of the body affected, namely tinea capitis (head), tinea faciei (face), tinea barbae (beard), tinea corporis (body), tinea manuum (hands), tinea cruris (groin), tinea pedis (legs), tinea unguinum (nails). The prevalence of dermatophytosis in Asia is 35.6%, while in Indonesia it is 52%. Tinea capitis is the first and most common infection that occurs in pre-school and school-age children when compared to other types of tinea with risk factors originating from exposure to the school environment and hygiene applied at home. The aim of implementing family doctor services based on evidence-based medicine for patients is to identify risk factors, clinical problems, and patient management based on a framework for solving patient problems using a patient centered and family approach. The data obtained were primary data obtained through autoanamnesis, alloanamnesis, physical examination, and home visits and secondary data obtained from the patient's medical records. Patient An. B aged 6 years as the age with the highest prevalence has internal risks, namely lack of knowledge, poor personal hygiene, and external factors found in the patient's environment. Management of patients holistically and comprehensively, patient-centered, family approach, and community-based in literature based on EBM. Interventions are provided medically and non-medically. Based on the evaluation results, it was found that there was an increase in knowledge, changes in clean and healthy lifestyles and understanding of disease.

Keywords: Dermatophytosis, family medicine, holistic management

Korespondensi: Nova Sabila, alamat Jl. Raden Imba Kesuma Ratu Bandar Lampung. e-mail: novasabila8@gmail.com

Pendahuluan

Dermatofitosis merupakan penyakit infeksi kulit superfisial yang disebabkan oleh jamur dermatofita.¹ Penyakit ini juga sering disebut *tinea*, *ringworm*, kurap, *teigne*.

Dermatofitosis harus dibedakan dengan dermatomikosis. Dermatomikosis memiliki arti yang lebih luas yaitu semua penyakit jamur yang menyerang kulit.² Dermatofita merupakan jamur berfilamen yang bersifat

keratinofilik menyerang dan memakan jaringan berkeratin seperti kulit, rambut, dan kuku. Jamur ini termasuk dalam kelas *Fungi imperfecti* dengan genus *Microsporum* (biasanya menyerang kulit dan rambut), *Trichophyton* (biasanya menyerang kulit, rambut, dan kuku), dan *Epidermophyton* (biasanya menyerang kulit).¹ Penyakit ini bukan merupakan penyakit yang membahayakan, tetapi dapat bersifat berulang, kronis, dan kemungkinan adanya resisten obat antifungal. Hal ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bahkan dapat menyebabkan turunnya kualitas hidup penderitanya.

Dermatofitosis umum ditemukan di seluruh dunia dan mengalami kenaikan insiden pada negara tropis dan subtropis. Hal ini dikarenakan kelembapan dan suhu lingkungan yang tinggi¹. Penyakit ini merupakan masalah umum pada negara berkembang sebesar 46,5%. Angka ini menunjukkan 5% lebih besar dari pada prevalensi di negara maju.³ Prevalensi kejadian dermatofitosis di benua Asia sebesar 35,6%. Sedangkan di Indonesia, prevalensinya sebesar 52%.⁴ Sebesar 47% dari semua kasus tinea disebabkan oleh *Trichophyton rubrum*.⁵

Faktor predisposisi penyakit ini berkaitan dengan agen, host/pejamu, dan lingkungan. Faktor terkait pejamu berupa *personal hygiene* yang buruk, kebiasaan menggunakan baju ketat dan lembab, dan penggunaan pakaian secara bersamaan.⁷ Faktor terkait lingkungan yaitu kelembapan dan suhu tinggi. Faktor terkait agen yaitu variasi virulensi jamur yang berperan dalam kekambuhan atau resistensi infeksi. Infeksi dermatofita umumnya menyebar pada anggota keluarga terutama pada kasus tinea kapitis dan tinea pedis.¹

Penelitian yang dilakukan di Amazonas, Brazil mengenai frekuensi dermatofitosis pada anak usia di bawah 12 tahun dan anak usia sekolah dasar di komunitas rural Nigeria Tenggara didapatkan hasil bahwa tinea kapitis merupakan infeksi terbanyak pertama dibandingkan dengan tinea jenis lainnya. Penyebaran infeksi dermatofita pada anak terjadi paling sering di usia pra sekolah dan usia sekolah dengan faktor risiko berasal dari paparan lingkungan sekolah maupun higienitas diterapkan di rumah (pengaruh orang tua).²

Anak dengan tinea kapitis memiliki dampak psikologis yang merujuk pada kualitas

hidup, yakni alopecia atau tindakan pemangkasan rambut pada kasus inflamasi yang mungkin tidak dapat diterima oleh anak – anak. Kualitas hidup mencakup kualitas tidur anak yang berdampak pada kegiatan sekolah anak di pagi hari, anak menjadi enggan bersekolah, lalu perilaku menghindari kegiatan sehari – hari di luar ruangan, serta merasa dikucilkan.⁶

Pelayanan kesehatan primer berperan penting pada penyakit dermatofitosis dalam mengenali, menangani dan edukasi terhadap kondisi pasien. Oleh karena itu, penanganan yang tepat pada kasus ini dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga. Dokter keluarga tidak hanya mengobati penyakit dari pasien saja, melainkan juga memperhatikan aspek keluarga dan lingkungan pasien yang dapat mempengaruhi penyembuhan, pencegahan rekurensi, dan pencegahan penyebaran penyakit.

Kasus

Pasien An. B berusia 6 tahun datang diantar oleh ibunya ke Poliklinik umum puskesmas Susunan Baru pada tanggal 5 Agustus 2023 dengan keluhan kulit gatal dan kemerahan di daerah kepala. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak satu bulan yang lalu. Keluhan memberat saat pasien berkeringat. Awalnya muncul bercak berwarna merah disertai sisik yang terasa sangat gatal di kulit kepala. Pasien menggaruk daerah yang gatal menggunakan tangan hingga menyebabkan kulit lecet. Rasa panas di daerah gatal disangkal. Pasien sebelumnya telah melakukan pengobatan di dua puskesmas lain di daerahnya namun tidak mengalami perbaikan.

Ibu pasien mengatakan, pasien sering berkontak dengan hewan, yakni kucing yang ia pelihara di rumah. Pasien juga memiliki kebiasaan menggunakan penutup kepala saat bersekolah dan mengaji. Penutup kepala, yakni topi sekolah dan peci, tidak dicuci secara berkala, hanya memiliki satu topi dan satu buah peci yang sama. Pasien juga memiliki hobi bermain layangan di siang hari sepulang sekolah hingga merasa kepalanya sering berkeringat. Ibu pasien mengatakan pasien tidak suka bila handuknya sering dicuci, sehingga handuk yang digunakan tidak rutin dicuci dan diganti. Riwayat alergi akibat makanan, minuman, obat,

berkontak dengan barang atau zat tertentu disangkal.

Kondisi ini membuat pasien tidak nyaman terutama ketika berada di luar rumah seperti bersekolah dan mengaji. Dikarenakan, pasien merasa sering di *bully* oleh teman-temannya karena memiliki rambut yang botak sebagian pada kepalanya. Sehingga ibu pasien merasa pasien suka merasa minder dengan teman-temannya. Pasien berharap agar gejala yang dialami hilang agar tidak membuat pasien merasa minder dan kembali dapat beraktivitas dan berinteraksi dengan teman-temannya seperti sedia kala. Menurut ibu pasien penyakit ini merupakan penyakit yang disebabkan oleh kuman yang membuat rambut pasien tidak dapat tumbuh kembali seperti semula.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit sedang; frekuensi nadi: 80x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; suhu: 36,6 oC; berat badan: 17 kg; tinggi badan: 127 cm; BB/U: normal; TB/U: normal; BMI/U: gizi kurang.

Kepala, mata, telinga, hidung, leher, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Jantung, batas kanan jantung pada linea sternalis kanan, batas kiri jantung tepat pada linea midclavicula, ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen datar, tidak didapatkan organomegali ataupun ascites, tidak terdapat nyeri tekan pada regio epigastrium, perkusi timpani pada seluruh lapang abdomen. Ekstremitas edema (-).

Pada ekstremitas dalam batas normal dan status *dermatovenereology* didapatkan ada *Regio capitis* terdapat lesi berupa *papul* dan *pustul* kekuningan dan kehitaman bentuk bulat sebagian ireguler, batas *sirkumskripta*, jumlah *multipel*, ukuran *milier*, distribusi regional disertai *skuama* tipis halus selapis, *alopecia*.

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pemeriksaan dan pemeriksaan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) didapatkan hasil perkembangan anak sesuai dengan usianya.



Gambar 1. Klinis pasien

Data Keluarga

Pasien merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara. Pasien tinggal bersama dengan Tn. P, yaitu ayah (44 tahun), dan Ny. E (43 tahun). Anak pertama Nn. R (20 tahun) dan anak kedua An. BM (17 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti.

Ayah dan ibu Tn. P berusia 68 dan 66 tahun masih hidup dalam keadaan sehat dan tidak memiliki riwayat hipertensi maupun DM. Ayah dan ibu Ny E berusia 64 dan 67 tahun masih hidup dalam keadaan sehat dan tidak memiliki riwayat hipertensi maupun DM. Ayah (Tn. P) bekerja sebagai kuli bangunan tidak memiliki keluhan serupa seperti pasien dan tidak memiliki riwayat hipertensi maupun DM. Ibu (Ny. E) bekerja sebagai asisten rumah tangga yang bekerja mencuci dan menggosok baju beberapa tetangga di sekitar rumahnya, tidak memiliki keluhan serupa seperti pasien dan tidak memiliki riwayat Hipertensi maupun DM. Anak pertama (Nn. R) sedang menjalani pendidikan kuliah S1 semester 5, tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Anak kedua (An. B) berusia 17 tahun duduk di bangku SMA, memiliki riwayat penyakit sebelumnya berupa *Soft Tissue Tumor* (STT) dan telah menjalani operasi pada bulan Juli 2023 lalu. Anggota keluarga ini tidak ada yang menderita penyakit menular maupun penyakit kronis selama 1 tahun terakhir. Pasien dilahirkan secara pervaginam di bidan dengan BBL 3.100 gr, PB 52 cm, dan LK 36 cm. Pasien telah mendapatkan vaksinasi secara lengkap di posyandu sekitar rumahnya. Anak dalam

keluarga ini seluruhnya dalam kondisi baik dengan riwayat imunisasi lengkap.

Hubungan anak dan orang tua maupun dengan saudara lainnya kurang dekat dikarenakan anak sudah sibuk dengan urusan masing-masing. Hubungan yang paling dekat dalam keluarga ini, yaitu antara Ny. E dengan pasien (An. B), dikarenakan pasien masih berumur 6 tahun dan belum disibukkan dengan kegiatan sekolah ataupun kegiatan lainnya sehingga lebih dekat dengan Ny. E pada kesehariannya. Komunikasi dalam keluarga berjalan kurang lancar, keluarga jarang bepergian bersama-sama dan jarang berkomunikasi satu sama lain ketika berada di dalam rumah. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi dengan anggota keluarga, dan keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga.

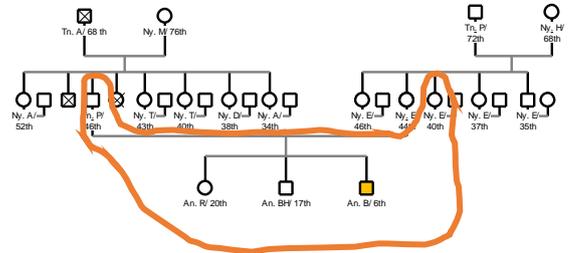
Partisipasi anak dalam kegiatan masyarakat seperti mengaji di lingkungan rumahnya dirasakan berkurang semenjak pasien memiliki keluhan. Keluarga ini mengenali ketua RT dan RW setempat serta tetangga di sekeliling rumah. Ny. E tidak aktif melakukan kegiatan sosial di sekitar rumahnya seperti kelas mengaji yang diperuntukkan untuk ibu-ibu dan anak-anak di sekitar rumah karena sudah sibuk dengan pekerjaannya. Selain itu keluarga juga tidak sering mendatangi masjid untuk sholat berjamaah maupun pengajian.

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari keluarga bergantung pada penghasilan dari suami dengan pendapatan perbulan keluarga berkisar Rp.2.000.000 yang digunakan untuk menghidupi empat orang di keluarga ini. Kebutuhan pokok seperti makan dan minum terpenuhi secara cukup. Pemenuhan kebutuhan sekunder berupa rekreasi tidak pernah dilakukan dan olahraga tidak rutin dilakukan. Keluarga mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan perkuliahan dan sekolah anak. Sehingga tak jarang melakukan pinjaman untuk memenuhi biaya sekolah (SPP) dan kebutuhan pendidikan lainnya.

Keluarga selalu mendampingi dan mendorong anggota keluarga yang sakit untuk berobat dan tidak mendahulukan berobat alternatif. Akan tetapi keluarga datang ke fasilitas kesehatan hanya untuk pengobatan

kuratif dan tidak pernah datang untuk pencegahan penyakit. Keluarga saling mengingatkan untuk minum obat dan mengikuti nasihat dokter terkait terapi yang diberikan.

Genogram



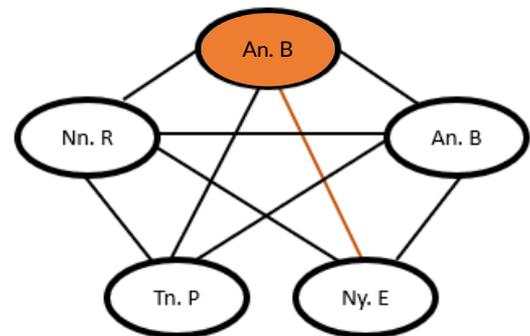
Gambar 2. Genogram Keluarga An. B

Keterangan :

- : Laki-Laki Hidup
- : Perempuan Hidup
- : Pasien
- ✕ : Meninggal
- : Tinggal Serumah

Family Mapping

Hubungan antar keluarga An.B dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Family Map Keluarga An. B

Keterangan :

- : Hubungan erat
- : Hubungan sangat erat
- : Pasien

Family APGAR Score

Tabel 1. Family APGAR SCORE An. B (6 tahun)

	APGAR	Skor
Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
Growth	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	1
	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	1
Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
	Total	8

Total Family APGAR score 8 (fungsi keluarga baik).

Family SCREEM Score

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

Tabel 2. Family SCREEM Analysis An. B (6 tahun)

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

Dari hasil skoring SCREEM didapatkan hasil 25, dapat disimpulkan fungsi keluarga An.B memiliki sumber daya keluarga yang memadai.

Tabel 3. Analisis *Family SCREEM Analysis* An. B

	Sumber Daya	Patologi
Social	Komunikasi terjadi antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat sekitar	Tidak ada
Culture	Merasa bangga dengan budaya yang dimiliki. Keluarga berbicara menggunakan bahasa indonesia, menerapkan norma dan sopan santun sesuai budaya setempat	Tidak ada
Religious	Menerapkan ajaran Islam dalam kehidupan sehari-hari termasuk membaca doa dan shalat lima waktu	Tidak ada
Economic	Suami pasien bekerja sebagai buruh.	Tidak ada
Education	Keluarga berpendidikan pasien	Tidak ada
Medical	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas Susunan Baru	Tidak ada

Family Lifecycle

Berdasarkan *family life cycle* menurut Duvall tahun 1977, siklus keluarga An. B berada pada tahap keluarga dengan anak remaja.

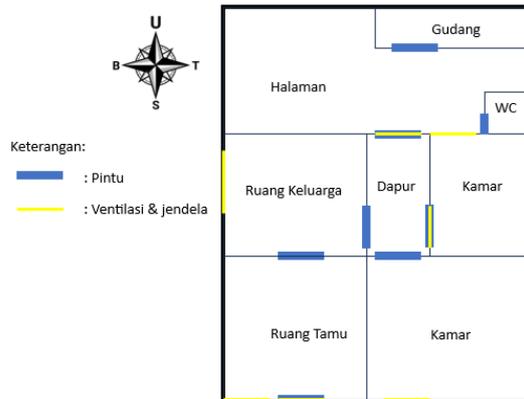


Gambar 4. Family Lifecycle

Data Lingkungan Rumah

Dari hasil wawancara dan kunjungan didapatkan pasien tinggal di rumah permanen sendiri. Jarak rumah ke puskesmas 3,5 kilometer. Rumah berukuran 10m x 15m. Luas halaman rumah 3m x 10m. Pasien tinggal dirumah bersama ayah, ibu dan kedua kakak kandung. Rumah tidak bertingkat dan memiliki satu ruang tamu, dua kamar tidur, satu ruang keluarga, satu dapur, dan satu kamar mandi. Lantai rumah tidak dilapisi keramik hanya dengan semen yang terasa lembab, dinding berupa bata merah dan sudah disemen namun tidak dicat yang terasa lembab. Atap rumah berupa genteng, atap tidak dilapisi plafon, Penerangan dan ventilasi cukup baik, namun jendela jarang dibuka. Keadaan rumah secara keseluruhan cukup baik. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dan rumah lainnya saling bersebelahan. Sumber air didapatkan dari air sumur dengan pompa listrik untuk mandi dan mencuci. Jarak antara sumber air dan *septic tank* 10m. Kamar mandi ukuran 3m x 2m tergabung dengan wc ukuran 0,5m x 0,5m menggunakan jamban jongkok di dalam ruangan. Untuk minum pasien menggunakan air galon. Limbah rumah tangga dialirkan ke got. Tempat sampah berada di dalam dan diluar rumah. Lingkungan rempat tinggal pasien padat.

Denah Rumah



Gambar 5. Denah Rumah An. B

Diagnostik holistic pada aspek personal, alasan kedatangan pasien mengeluhkan kulit gatal (ICPC-2: S02), kulit kemerahan (ICPC-2: S06), kulit lecet (ICPC-2: S29) karena digaruk. Pasien khawatir penyakit yang diderita menyebabkan rambutnya tidak tumbuh lagi dan terus mendapat *bullyan* dari teman sebayanya. Pasien berharap gejala yang dialami hilang agar tidak mengganggu penampilan, tidak mengganggu aktivitas, dan kembali percaya diri. Persepsi pasien mengenai penyakit yang dideritanya adalah disebabkan kuman yang dapat membuat rambut pasien tidak dapat tumbuh kembali seperti semula. Aspek klinis adalah dermatophytosis (ICPC-2: S74): Tinea Capitis (ICD 10: B35.0). Aspek risiko internal adalah pengetahuan yang kurang memadai mengenai penyebab penyakit, faktor risiko penyakit, transmisi penyakit, cara Penggunaan Obat Salep. Kebiasaan menggunakan penutup kepala (topi dan peci) di luar ruangan secara terus menerus sebelum munculnya keluhan, perilaku pasien yang jarang menggunakan shampo saat mencuci rambut, jarang mengganti dan mencuci handuk secara berkala, pasien memiliki hobi bermain layangan saat siang hari yang memicu keringat berlebih serta kebiasaan tidak mencuci tangan, memotong kuku, dan menggaruk kepala. Aspek risiko eksternal adalah kebiasaan anggota keluarga yang jarang mengganti dan mencuci handuk secara berkala serta lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah memiliki ventilasi dan penerangan yang cukup, namun jarang dibuka. Derajat fungsionalnya adalah satu, yaitu pasien

dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit.

Intervensi yang diberikan kepada pasien melalui kunjungan ke rumah pasien ini terbagi menjadi *patient-centered*, *family-focused* dan *community-oriented*. Intervensi secara *patient-centered* meliputi edukasi pasien mengenai penyebab, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, prognosis dan pencegahan kekambuhan, kecemasan terhadap rambutnya, bahwa rambutnya dapat tumbuh kembali setelah pengobatan selesai, tidak menggunakan penutup kepala di dalam ruangan secara terus menerus, menghindari paparan langsung sinar matahari dan aktivitas yang dapat memicu keringat berlebih. Lalu, edukasi pasien untuk melakukan pola hidup bersih dan sehat dengan mencuci tangan dan mandi sebanyak 2 kali dalam sehari menggunakan shampo dan sabun, mengganti handuk sebanyak 3 hari sekali dalam seminggu dan tidak menggunakan secara bergantian, penggunaan shampo jamur, yakni dengan membilas setelah mendinginkan shampo selama 5-10 menit di kepala serta cara konsumsi obat Griseofulvin 20-25mg/KgBB/hari (6-8minggu), krim ketokonazol 2 kali sehari setelah mandi dalam (3-4minggu), dan cetirizine 10 mg tablet sekali sehari jika gatal.

Intervensi *family-focused* yang dilakukan berupa edukasi kepada keluarga mengenai penyakit Tinea Kapitis serta peran keluarga dalam terapi penyakit pasien, melakukan pola hidup bersih dan sehat dengan mencuci tangan dan mandi sebanyak 2 kali dalam sehari, mengganti handuk sebanyak 3 hari sekali dalam seminggu dan tidak menggunakan secara bergantian, tidak membiasakan merokok di dalam rumah serta disarankan untuk membuka jendela, tirai, dan pintu setiap pagi dan sore hari untuk meningkatkan sirkulasi udara, tidak membiarkan kucing berkeliaran di dalam rumah, memberi dukungan moral pada pasien sampai pengobatan selesai serta bila mengalami keluhan serupa untuk dapat memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan terdekat.

Intervensi *community oriented* yang dilakukan berupa memberikan informasi mengenai penyakit infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, pencegahan, serta memberikan

dukungan kepada pasien sejak pengobatan dimulai hingga selesai.

Pembahasan

Pasien An. B, seorang anak laki-laki berusia 6 tahun dibawa ibunya datang ke Susunan Baru dengan gatal pada kepala sejak kurang lebih 1 bulan sebelum datang ke puskesmas. Keluhan diawali dengan adanya bercak yang terasa memberat saat berkeringat. Menurut keterangan ibu pasien, pasien memiliki kebiasaan menggunakan penutup kepala saat bersekolah dan mengaji. Penutup kepala, yakni topi sekolah dan peci, tidak dicuci secara berkala, hanya memiliki satu topi dan satu buah peci yang sama. Pasien juga memiliki hobi bermain layangan di siang hari sepulang sekolah hingga merasa kepalanya sering berkeringat. Ibu pasien mengatakan pasien tidak suka bila handuknya sering dicuci, sehingga handuk yang digunakan tidak rutin dicuci dan diganti.

Mikosis diklasifikasikan menjadi tiga bagian berdasarkan lokasinya, yaitu mikosis superfisial, mikosis subkutan, dan mikosis dalam atau mikosis sistemik.⁵ Dermatofitosis merupakan salah satu penyakit mikosis superfisial yang menginvasi jaringan yang mengandung keratin, seperti stratum korneum epidermis, rambut, dan kuku.⁸ Dermatofitosis dapat ditularkan secara langsung maupun tidak langsung, dan untuk dapat menjadi penyakit, jamur dermatofita harus melekat pada kulit pejamu (*host*), mampu menembus jaringan pejamu, dan mampu bertahan serta menyesuaikan dengan suhu dan lingkungan biokimia pejamu.⁵ Berdasarkan cara penularannya tersebut, dermatofitosis diklasifikasikan sebagai antropofilik (dari manusia), zoofilik (dari hewan), dan geofilik (dari tanah).¹

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, ditemukan pada regio capitis, lesi berupa papul dan pustul kekuningan dan kehitaman bentuk bulat sebagian ireguler, batas sirkumskripta, jumlah multipel, ukuran milier, distribusi regional disertai skuama tipis halus selapis, alopecia. Gejala klinis yang akan timbul biasanya penderita akan merasa gatal dan kelainan berbatas tegas, terdiri dari berbagai macam efluoresensi kulit. Bagian tepi lesi lebih aktif daripada bagian tengah. Gambaran klinis

dari dermatofitosis bervariasi tidak hanya dari spesies penyebab dan sistem imun pejamu tetapi juga pada keterlibatan folikel rambut.²

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada hari Jumat, 11 Agustus 2023. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik terkait penyakit yang diderita, wawancara mengenai keluarga dan lingkungan pasien serta memberitahu pasien agar menjaga kebersihan dan kelembaban rumah. Dari hasil kunjungan tersebut, diketahui tingkat hygiene buruk serta keluarga memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita An.B.

Tinea kapitis merupakan dermatofitosis pada kepala. Dermatofit ini mempengaruhi struktur keratin seperti rambut dan stratum korneum epidermis yang menghasilkan ruam karakteristik. Kelainan ini dapat bersifat akut atau menahun, bahkan dapat merupakan penyakit yang berlangsung seumur hidup bila faktor pencetus tidak ditangani. Penyebab tinea kapitis terutama adalah *Trichophyton rubrum* dan *Trichophyton mentagrophytes*, serta dapat juga disebabkan oleh *Epidermophyton floccosum* dan *T. tonsurans*.^{1, 2} Diagnosis tinea kapitis dapat ditegakkan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesa biasanya didapatkan keluhan bercak dapat berupa putih, abu-abu hingga merah, bercak dirasakan gatal, dan mengalami kerontokan rambut. Dari pemeriksaan fisik didapatkan lesi khas tinea kapitis dapat berupa black dot, grey patch ataupun kerion serta rambut mudah patah dan dicabut, pemeriksaan penunjang pada tinea kapitis dapat pemeriksaan lampu wood akan menghasilkan fluoresensi kehijauan dan kerokan kulit dengan KOH didapatkan gambaran hifa panjang bersekat. Peradangan dapat membantu kolonisasi dan dapat menyebabkan kerion di area yang terkena. Orang higienitas nya buruk cenderung lebih mudah mengalami infeksi jamur.

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan tinea adalah: kondisi panas dan lembab dari lingkungan, hygiene yang buruk, pakaian yang tidak menyerap keringat, memakai handuk

bergantian, menggunakan pakaian ketat, keseimbangan flora normal tubuh terganggu (pemakaian antibiotik atau hormon jangka panjang), penyakit/kondisi tertentu, seperti: HIV/AIDS, diabetes mellitus, kehamilan, menstruasi (ketidak seimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur) faktor virulensi dermatofita, gaya hidup yang buruk. Kondisi ini sesuai dengan keadaan pasien. Diketahui rumah tergolong padat karena dihuni oleh 5 anggota keluarga (termasuk pasien) dengan ruang yang tidak cukup luas serta jumlah kamar yang tidak mencukupi jumlah anggota keluarga. Terdapat ventilasi dan jendela pada rumah tetapi jarang dibuka sehingga rumah terkesan pengap dan lembab. Kemudian pasien merupakan anak sekolah yang tingkat higienitasnya buruk seperti mencuci kepala tanpa menggunakan shampoo, tidak mencuci dan mengganti handuk secara berkala, tidak mencuci dan mengganti penutup kepala atau topi, jarang mencuci tangan, memelihara kucing dan burung di dalam rumah. Pada kunjungan pertama, pasien sedang dalam pengobatan ketoconazole krim yang rutin dioleskan tipis dua kali setiap hari serta obat Griseovulvin 125mg tablet diminum 3 kali sehari selama 6 minggu, Ketokonazole krim 2 kali sehari setelah mandi selama 4 minggu, dan Cetirizine 1 kali sehari jika gatal. Pada kunjungan kedua dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi presentasi tentang definisi dermatofitosis, jenis dermatofit, definisi tinea kapitis, tanda klinis, faktor risiko, penyebaran, pengobatan, dan pencegahan. Intervensi juga dilakukan pemberian informasi tentang cara mencuci tangan dan gizi seimbang. Diharapkan dari intervensi yang telah dilakukan ibu pasien dapat mengubah faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Pada kunjungan ketiga, dilakukan evaluasi terhadap perilaku pasien. Ibu pasien telah melaksanakan tindakan pencegahan yang dapat mengurangi risiko timbulnya gejala kembali. Pada kunjungan ketiga ini juga dilakukan evaluasi klinis dimana pasien sudah tidak mengeluhkan gatal kembali dan lesi yang tampak sudah mulai memudar.

Melihat peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, dan kondisi klinis, dapat ditetapkan prognosis pasien ini dalam hal *quo*

*ad vitam: ad bonam; quo ad functionam: ad bonam; quo ad sanationam: ad bonam*¹.

Simpulan

Tinea kapitis yang diderita pasien berkaitan dengan kebersihan, kelembaban dan lingkungan tempat tinggal pasien. Selain itu terdapat faktor risiko pada pasien, yakni kebiasaan menggunakan penutup kepala saat bersekolah dan mengaji. Penutup kepala, yaitu topi sekolah dan peci tidak dicuci secara berkala, pasien hanya memiliki satu topi dan satu buah peci yang sama. Pasien juga memiliki hobi bermain layangan di siang hari sepulang sekolah hingga merasa kepalanya sering berkeriat. Setelah dilakukan tatalaksana holistik didapatkan peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan membuat pasien menjalankan pola hidup bersih dan sehat agar dapat sembuh dan tidak terkena penyakit yang sama kembali.

Saran

Pasien diharapkan terus melanjutkan pengobatan tinea kapitis sampai tuntas dan memeriksakan keadaannya bila keluhan memburuk. Pasien dan keluarga perlu melakukan upaya pencegahan terhadap penyakit kulit (khususnya tinea kapitis) dengan terus menjalani pola hidup yang bersih dan sehat. Dukungan antar anggota keluarga harus terus ditingkatkan agar dapat saling mengingatkan mengenai kesehatan antar keluarga.

Daftar Pustaka

1. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S, et al. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *J Fungi*. 2022;8(1):1–15.
2. Cortez AC, de Souza JV, Sadahiro A, de Oliveira JA. Frequency and aetiology of dermatophytosis in children age 12 and under in the state of Amazonas, Brazil. *Rev Iberoam Micol [internet]*. 2012. [disitasi 30 Maret 2020];29(4):223-6. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.riam.2012.02.04>

3. Menaldi SL. Ilmu Penyakit Kulit Kelamin. Jakarta: Universitas Indonesia; 2017.
4. Araya S, Tesfaye B, Fente D. Epidemiology of dermatophyte and non-dermatophyte fungi infection in Ethiopia. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2020;13:291–7.
5. Hidayat R. Hubungan Kebersihan Diri (Personal Hygiene) Dengan Kejadian Penyakit Dermatofitosis Di Desa Lereng Wilayah Kerja Puskesmas Kuok. J Ners. 2018;2(1):86–94.
6. Mohta A, Singh A, Nyati A, Agrawal A, Nahar D, Lal M et al. 2020. Evaluation of Impact of Tinea Capitis on Quality of Life in Pediatric Patients Using Children's Dermatology Life Quality Index and Its Correlation with Disease Duration. Trikologi Int J. 2020 Sep-Oct;12(5):213-219. doi: 10.4103/ijt.ijt_58_20. Epub 2020 Nov 3. PMID: 33531743; PMCID: PMC7832167.
7. Septiani N, Putri DA. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Kulit Pada Ibu Rumah Tangga Di Wilayah Kerja Puskesmas 4 Ulu Kota Palembang. 2021; Available from: https://repository.unsri.ac.id/46450/%0Ahttps://repository.unsri.ac.id/46450/56/RAMA_13201_10011181520257_8866630017_01_front_ref.pdf
8. Batubara JR, Tjahjono HA. Perawakan pendek pada anak dan remaja di Indonesia. Batubara JRL, Tjahjono HA, Aditiawati, editors. Panduan Praktik Klinis Ikatan Dokter Anak Indonesia. Penerbit Ikatan Dokter Anak. 2017:1-2.