

Pendekatan Holistik Penatalaksanaan Tinea Pedis pada Ibu Rumah Tangga Usia 62 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Sukarame

Febrina Aulia Natasya¹, Syahrul Hamidi Nasution²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, 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), tinea unguium (kuku). Prevalensi penyakit dermatofitosis di Asia sebesar 35,6%, sedangkan di Indonesia adalah 52%. Faktor risiko terkait dengan agen, host/penjamu, dan lingkungan. Faktor tersebut antara lain imunocompromised, kelembaban tinggi, suhu tinggi, peningkatan urbanisasi, variasi virulensi jamur. Tujuan: 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. Metode studi ini merupakan laporan kasus. Data yang diperoleh yaitu data primer didapat melalui autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan fisik, serta kunjungan ke rumah dan data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Hasil dari penelitian ini yakni, pasien Ny. I 62 tahun datang dengan keluhan gatal dan kulit mengelupas di kaki sejak dua minggu sebelum datang ke puskesmas. Keluhan gatal memberat jika kaki pasien lembab. Pemeriksaan fisik didapatkan lesi eritematous berukuran numular, tepi lesi terdapat skuama halus. Secara klinis pasien didiagnosis dengan Tinea pedis (ICD-10 B35.3). Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan, intervensi dan dilakukan evaluasi. Kesimpulannya penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan serta merubah sikap dan perilaku pasien terutama pada pasien dengan dermatofitosis. Peran dan dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan dan pengobatan pasien.

Kata Kunci: Kedokteran keluarga, Dermatofitosis, Tatalaksana holistik

Holistic Approach to Tinea Pedis Management in 62-Year-Old Housewives in the Sukarame Health Center Working Area

Abstract

Dermatophytosis is a superficial infection caused by dermatophyte fungi. This infection is also often called tinea. Classification is based on the affected body part, namely tinea capitis (head), tinea faciei (face), tinea barbae (beard), tinea corporis (body), tinea manuum (hands), tinea cruris (groin), tinea pedis (feet), tinea unguium (nails). The prevalence of dermatophytosis in Asia is 35.6%, while in Indonesia it is 52%. The risk factors are related to the agent, host, and environment. These factors include immunocompromised, high humidity, high temperature, increased urbanization, variations in fungal virulence. The purpose is application of evidence-based medicine-based family doctor services to patients by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on a patient problem-solving framework using a patient-centered and family approach. This study is a case report. The data obtained are primary data obtained through autoanamnesis, alloanamnesis, physical examination, and home visits and secondary data obtained from the patient's medical record. The results of this study are, patient Mrs. I 62 years old came with complaints of itching and redness in the foot area since two week before coming to the puskesmas. Complaints of itching worsen if the patient feet are damp. Physical examination revealed a numular sized eritematous lesion, the edges of the lesion had fine scales. Clinically the patient was diagnosed with Tinea pedis (ICD-10 B35.3). Furthermore, management, intervention and evaluation are carried out. In conclusion, holistic management can increase knowledge and change attitudes and behavior of patients, especially in patients with dermatophytosis. The role and support of the family is needed in the care and treatment of patients.

Key Words: Chalazion, exacerbations, meibomian gland

Korespondensi: Febrina Aulia Natasya, alamat Jl. Baru RT 02 RW 04, Tangerang, Banten, HP 085320005150, e-mail febrinathass@gmail.com

Pendahuluan

Dermatofitosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh kolonisasi jamur dermatofit yang menyerang jaringan yang mengandung keratin seperti stratum korneum kulit, rambut dan kuku pada manusia. Penyakit

ini juga sering disebut tinea, ringworm, kurap, teigne. Dermatofitosis (Tinea) infeksi jamur dermatofita (species microsporum, trichophyton, dan epidermophyton) yang menyerang epidermis (kulit) bagian superfisial (stratum korneum), kuku dan rambut.

Microsporum menyerang rambut dan kulit. Trichophyton menyerang rambut, kulit dan kuku. Epidermophyton menyerang kulit dan jarang di kuku. Beberapa macam infeksi jamur (dermatofitosis) yang disebabkan oleh golongan jamur dermatofita, berdasarkan lokasinya yakni dibagi menjadi tinea kruris (penyakit jamur di bagian lipatan paha), tinea corporis (penyakit jamur dibagian badan), tinea manuum (penyakit jamur pada tangan), tinea unguium (penyakit jamur pada kuku), tinea capitis (penyakit jamur pada kepala), dan tinea pedis (penyakit jamur pada kaki).¹

Dermatofitosis yang paling sering ditemukan yakni tinea pedis. Biasanya terdapat rasa gatal pada daerah sela-sela jari kaki yang berskuama, terutama diantara jari atau pada telapak kaki. Gambaran tinea pedis yang tersering adalah terlihat fisura yang dilingkari sisik halus dan tipis, dapat meluas ke bawah jari (sub-digital) dan telapak kaki. Bentuk lain adalah moccasin foot, yaitu tipe papuloskuamosa. Tinea pedis dipengaruhi dengan beberapa keadaan seperti iklim tropis, banyak keringat dan lembab. Penyakit ini banyak diderita oleh orang-orang yang kurang mengerti kebersihan dan banyak bekerja ditempat panas yang banyak berkeringat serta kelembaban kulit yang lebih tinggi. Diperkirakan sekitar 70% populasi di seluruh dunia telah terinfeksi tinea pedis. Prevalensi tinea pedis di Eropa dan Asia dilaporkan 24% menurut Europe Survey, dan 37% menurut East Asia Survey. Dilihat dari data tersebut, prevalensi tinea pedis tertinggi berada di Asia. Sedangkan di Indonesia, prevalensinya sebesar 52%. Sebesar 47% dari kasus tinea disebabkan oleh Tricophyton rubrum.²

Faktor predisposisi penyakit ini berkaitan dengan agen, host/pejamu, dan lingkungan. Faktor terkait pejamu berupa kondisi immunocompromised (diabetes melitus, penyakit kronis, lupus, AIDS, dan lainnya), personal hygiene yang jelek, kebiasaan menggunakan alas kaki lembab. Faktor terkait lingkungan yaitu kelembaban dan suhu tinggi. Faktor terkait agen yaitu variasi virulensi jamur yang berperan dalam kekambuhan atau resistensi infeksi. Dermatofita pada kasus tinea pedis umumnya dapat menyebar.³

Ibu rumah tangga merupakan seorang wanita yang sudah menikah serta melakukan

pekerjaan rumah seperti membersihkan rumah, mencuci baju dan lainnya. Aktivitas tersebut dapat berisiko menimbulkan penyakit. Hal ini terkait dengan sanitasi baik kebersihan diri maupun lingkungan rumah. Personal Hygiene yang tidak baik berupa menggunakan alas kaki lembab dan kebiasaan tidak mengeringkan kaki ketika terkena air. Kondisi lingkungan berupa minimnya jendela dan maupun suasana rumah yang panas. Semua itu akan mendukung terciptanya suasana lembab dan meningkatkan risiko terinfeksi jamur. Selain itu, kondisi ini tidak hanya berdampak pada ibu rumah tangga akan tetapi juga berdampak pada seluruh anggota keluarga yang tinggal Bersama.⁴

Pelayanan kesehatan primer berperan penting pada penyakit tinea pedis 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.⁵

Kasus

Ny I, ibu rumah tangga berusia 62 tahun datang sendiri ke Puskesmas Sukarame pada tanggal 10 Agustus 2023 dengan keluhan kulit gatal di daerah kaki. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak dua minggu yang lalu dan semakin parah jika kaki pasien lembab. Awalnya telapak hingga sela-sela jari kaki kanan pasien mengelupas dan disertai gatal didaerah tersebut. Pasien menyangkal menggaruk bagian yang gatal tersebut. Seminggu kemudian pasien mengeluhkan timbul luka pada kaki hingga mengeluarkan darah yang terasa pedih. Pasien selama ini hanya mengoleskan salep 88 yang dibelinya sendiri namun keluhan dirasa tidak membaik, akhirnya pasien memutuskan untuk datang ke puskesmas sukarame untuk melakukan pemeriksaa lebih lanjut.

Pasien baru pertama kali mengeluhkan penyakit ini. Riwayat alergi akibat makanan, minuman, obat, berkontak dengan barang atau zat tertentu disangkal. Riwayat berkontak

dengan hewan disangkal. Riwayat penyakit immunocompremsie (diabetes melitus, lupus, HIV-AIDS, dll) disangkal. Pasien mengaku sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga dan rutin melakukan kegiatan seperti menyiram tanaman, mengepel dan mencuci pakaian yang membuat kaki pasien selalu terkena air.

Kondisi ini membuat pasien tidak nyaman terutama ketika melakukan aktivitas sehari-hari terutama saat wudhu, karena pedih jika terkena air. Pasien khawatir jika keluhan tersebut tidak juga membaik dan malah semakin parah. Pasien berharap gejala yang dialami hilang agar tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Menurut pasien penyakit ini merupakan alergi akibat makanan.

Pasien memiliki kebiasaan memakai sandal didalam rumah. Sandal tersebut selalu pasien kenakan dari pergi ke kamar mandi hingga mencuci pakaian. Sehingga sandal pasien sering dalam keadaan basah dan lembab. Pasien tidak pernah mengeringkan kaki maupun sandal tersebut jika sudah dalam keadaan basah.

Pemeriksaan Fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 84x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5oc, berat badan kg 58, tinggi badan 154 cm, IMT 24,4 (normal). Pemeriksaan status generalis kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan dalam batas normal. Pemeriksaan paru didapatkan pergerakan dada simetris, fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, perkusi didapatkan suara sonor pada kedua lapang paru, auskultasi didapatkan kedua lapang paru vesikuler, kesan pemeriksaan paru dalam batas normal. Pemeriksaan jantung dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen tampak cembung, tidak terdapat organomegali dan ascites, kesan pemeriksaan abdomen dalam batas normal. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior didapatkan akral hangat, tidak ada edema, kesan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan muskuloskeletal dan neurologis kesan dalam batas normal. Pemeriksaan status lokalis pada regio pedis didapatkan makula eritema multipel, bentuk irreguler, batas tegas ditutupi skuama putih, penyebaran regional, terdapat erosi pada lesi.



Gambar 1. Klinis Pasien

Data Keluarga

Pasien merupakan ibu rumah tangga. Pasien tinggal bersama satu orang anaknya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Ayah Ny. I telah meninggal 40 tahun yang lalu diusia 50 tahun. Ibu Ny I sudah meninggal 5 tahun lalu, dan memiliki riwayat stroke. Suami (Tn. A) sudah tidak bekerja karena pensiun dan memiliki riwayat penyakit stroke ringan. Anak pertama (Ny. A) sudah menikah, tinggal tidak serumah dengan Ny. I. Anak kedua (Ny. D) sudah menikah dan tidak tinggal serumah dengan Ny. I. Anak ketiga (Ny. J) sudah menikah dan tidak tinggal serumah dengan Ny. I. Anak keempat (Ny. K) sudah menikah dan tinggal bersama dengan suami Ny. I di Jawa. Anak kelima (Tn. A) sedang menjalani pendidikan kuliah S1 dan tinggal serumah bersama dengan Ny. I.

Dalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular maupun penyakit kronis selama dua bulan terakhir. Pasien sudah tidak ada rencana memiliki anak kembali. Pasien sudah melakukan pengikatan saluran rahim (tubektomi). Anak dan suami dalam keluarga ini seluruhnya dalam kondisi baik dengan riwayat imunisasi lengkap. Tidak ada cacat fisik dalam keluarga.

Hubungan suami dan istri sering mengalami perbedaan pendapat mengenai perencanaan rumah tangga. Hubungan pasien dengan anak kelima sangat dekat karena tinggal serumah. Hubungan pasien dengan anak pertama, kedua, ketiga dan keempat saat ini kurang dekat karena anak pasien sudah menikah dan tinggal tidak serumah. Komunikasi dalam keluarga berjalan cukup baik walau melalui telepon. Suami pasien selalu pulang untuk mengunjungi pasien

setiap tiga bulan sekali. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi dengan anggota keluarga, dan keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga.

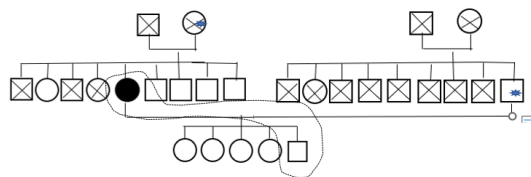
Partisipasi anak dalam kegiatan masyarakat dirasakan kurang karena jarang mengikuti kegiatan di sekitar rumah seperti remaja masjid. Keluarga ini mengenali ketua RT dan Rw setempat serta tetangga di sekeliling rumah. Ny. I aktif melakukan kegiatan sosial berupa senam yang diperuntukkan untuk ibu-ibu di sekitar rumah.

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari keluarga bergantung pada penghasilan dari suami dengan pendapatan perbulan keluarga berkisar Rp.6.000.000 yang digunakan untuk menghidupi dua orang di keluarga ini. Kebutuhan pokok seperti makan dan minum terpenuhi secara cukup. Pemenuhan kebutuhan sekunder berupa rekreasi tidak pernah dilakukan dan olahraga rutin setiap minggu secara gratis. Keluarga tidak mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan perkuliahan anak.

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.

Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke layanan kesehatan atau perilaku kuratif. Pasien berobat menggunakan jaminan kesehatan kota. Peran keluarga dalam memelihara kebersihan rumah didominasi oleh Ny. I. Seluruh anggota keluarga rajin membersihkan kaki dan menjaga kebersihan di lingkungan rumah. Anggota keluarga memiliki kebiasaan menggunakan handuk secara bergantian untuk membersihkan kaki. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Sukarame yang berjarak 1 kilometer dari rumah pasien. Pasien tidak kesulitan menjangkaunya karena biasa menggunakan angkutan kota satu kali.

Genogram Keluarga Ny. I



Gambar 2. Genogram Keluarga Tn. A

Keterangan :

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

Family APGAR Score

Tabel 1. Family APGAR

	APGAR	Score
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 keluargasaya dan saya berbagi waktu bersama	2
Total		9

Total *Family APGAR Score* 9 (tidak ada disfungsi keluarga).

Interpretasi *Family APGAR* :

7 – 10 : Keluarga fungsional

4 – 6 : Keluarga kurang fungsional

0 – 4 : Keluarga sangat tidak fungsional

Family SCREEM Score

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

Tabel 2. SCREEM Score

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		✓		

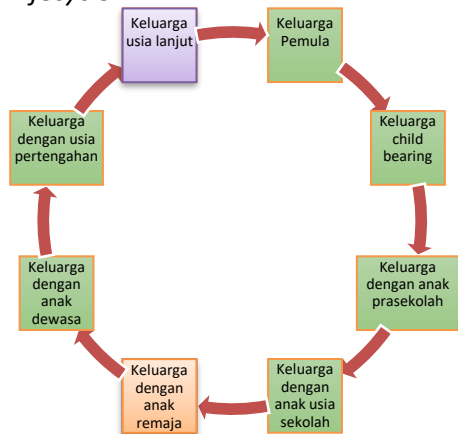
	untuk merawat penyakit anggota keluarga kami				
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total		6	18	1	

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil 25, dapat disimpulkan bahwa fungsi keluarga Ny E memiliki sumber daya yang memadai.

Tabel 3. Analisis SCREEM

	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 pasien berpendidikan	Tidak ada
Medical	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas Satelit	Tidak ada

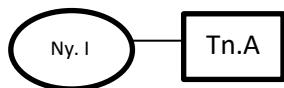
Family Lifecycle



Gambar 4. Family Lifecycle

Keluarga pasien termasuk dalam fase keluarga dengan usia lanjut.

Hubungan Antar Keluarga



Gambar 3. Hubungan Keluarga Ny. I

Keterangan :

— : Hubungan erat

Data Lingkungan Rumah

Dari hasil wawancara dan kunjungan didapatkan pasien tinggal di rumah permanen sendiri. Jarak rumah ke puskesmas 1 kilometer. Rumah berukuran 12m x 15m. Pasien tinggal dirumah dengan satu orang anak. Rumah tidak tingkat dan memiliki satu ruang tamu, tiga kamar tidur, satu ruang keluarga, satu dapur, dan dua kamar mandi beserta ruang mencuci. Lantai rumah dilapisi dengan keramik, dinding berupa bata merah dan sudah disemen beserta dicat berwarna kuning. Atap rumah berupa genteng, Sebagian atap 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 keran untuk mandi dan mencuci. Jarak antara sumber air dan jamban 10m. Kamar mandi ukuran 1,5m x 2m terpisah dengan wc ukuran 1m x 1m menggunakan jamban jongkok di dalam ruangan. Untuk minum pasien menggunakan air galon isi ulang. Limbah rumah tangga dialirkan ke got. Tempat

sampah berada di dalam dan diluar rumah. Lingkungan rempat tinggal pasien tidak padat.

Denah Rumah



Gambar 5. Denah rumah keluarga Ny. I

Diagnostik Holistik Awal

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: pasien mengeluhkan kulit gatal (ICPC-2: S02), kulit kemerahan (ICPC-2: S06).
- Kekhawatiran: pasien khawatir penyakit yang diderita semakin parah dan tidak kunjung membaik.
- Harapan: Pasien berharap gejala yang dialami hilang agar tidak mengganggu aktivitas sehari-hari terutama saat mengambil wudhu.
- Persepsi: menurut pasien penyakit ini merupakan alergi akibat makanan.

Aspek 2. Diagnosis Klinik

- Tinea Pedis (ICD 10: B35.3)

Aspek 3. Resiko Internal

- Pengetahuan yang kurang memadai mengenai:
 - a. Penyebab penyakit
 - b. Faktor risiko penyakit
 - c. Transmisi penyakit
 - d. Cara Penggunaan Obat Salep
 - e. Upaya pencegahan
- Kebiasaan menggunakan sandal didalam rumah dalam keadaan basah. (*Moisture or humidity problem ICD-10 XzxE8HD*)

- Perilaku pasien yang jarang mengeringkan kaki setelah terkena air. (*Poor personal hygiene ICD-10 MB23.J*)

Aspek 4. Resiko Eksternal

- Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah memiliki ventilasi (*IC-10 XE011 Ventilation problem in device environment*) dan penerangan yang cukup, namun jarang dibuka. (*Problems associated with housing ICD 10 QD71*)

Aspek 5. Derajat Fungsional

- Derajat fungsional satu, yaitu pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit.

Rencana Intervensi

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien mengenai penyebab, faktor risiko, cara transmisi penyakit tinea pedis. Intervensi dilakukan terbagi atas *patient centered, family focus, dan community oriented*.

Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.

Patient centered

1) Medikamentosa

Katekonazol cream 2 kali sehari sehabis mandi,

Ketoconazole sistemik 200 mg 1x sehari dan cetirizine 1 x 10 mg tablet.

2) Nonmedikamentosa

Konseling pada pasien mengenai penyebab faktor risiko, cara penyebaran, dan upaya pencegahan penyakit. Selain itu disarankan untuk mengeringkan kaki setelah terkena air dan tidak mengenakan sandal dalam keadaan basah. Pasien diberikan konseling mengenai pemakaian obat salep sehabis membersihkan dan mengeringkan kaki dan dioles mengeliling 5 cm melebihi daerah lesi.

Family focused

Seluruh anggota keluarga diberikan konseling untuk membuka jendela, tirai, dan pintu setiap pagi, siang, dan sore hari untuk meningkatkan sirkulasi udara dan mengurangi kondisi lembab.

Community oriented

Edukasi kepada tetangga pasien mengenai pentingnya memiliki ventilasi udara yang cukup untuk menghindari lembabnya ruangan pada rumah, serta pentingnya menjaga perputaran sirkulasi udara untuk mencegah perkembangan jamur.

Diagnosis Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Keluhan kulit gatal dan mengelupas sudah tidak dirasakan, luka pada kaki juga sudah membaik.
- Kekhawatiran: Pasien sudah tidak khawatir mengenai penyakitnya karena telah membaik.
- Harapan: Gejala yang dialami hilang sehingga pasien merasa nyaman ketika beraktivitas sehari-hari terutama saat wudhu.
- Persepsi: Pasien mengatakan bahwa penyakitnya bersumber dari jamur akibat kebiasaan diri dan lingkungan yang lembab.

2. Aspek Klinis

- Tinea Pedis (ICD 10: B35.3)

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien memahami penyebab, faktor risiko, cara penyebaran/transmisi, upaya pencegahan penyakit
- Pasien memahami cara penggunaan obat salep yang baik dan benar.
- Perilaku pasien yang selalu mengeringkan kaki setelah terkena air.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Lingkungan tempat tinggal: Jendela dan hordeng tempat rumah sering dibuka setiap pagi, siang, dan sore hari.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu), pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Pembahasan

Pada studi kasus ini, masalah kesehatan yang dibahas adalah seorang wanita ibu rumah tangga berusia 62 tahun yang memiliki keluhan keluhan kulit gatal dan mengelupas di daerah kaki. Pada pertemuan pertama kali tanggal 10 Agustus 2023 di poli umum Puskesmas Rawat Sukarame. Keluhan sudah dirasakan pasien sudah sejak dua minggu yang lalu dan semakin parah jika kaki pasien lembab. Awalnya telapak hingga sela-sela jari kaki kanan pasien mengelupas dan disertai gatal di daerah tersebut. Pasien menyangkal menggaruk bagian yang gatal tersebut. Seminggu kemudian pasien mengeluhkan timbul luka pada kaki hingga mengeluarkan darah yang terasa pedih. Pasien selama ini hanya mengoleskan salep 88 yang dibelinya sendiri namun keluhan dirasa tidak membaik, akhirnya pasien memutuskan untuk datang ke puskesmas sukarame untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut. Pemeriksaan fisik didapatkan lesi Regio pedis: makula hipopigmentasi multipel, bentuk ireguler, batas tegas ditutupi skuama putih, penyebaran regional, terdapat erosi pada lesi. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik tersebut dapat diketahui bahwa pasien mengalami infeksi jamur pada kaki yaitu tinea pedis.

Keluhan pada kasus tinea pedis adalah bercak merah bersisik yang gatal. Gambaran umum dalam pemeriksaan status lokalis yaitu lesi berbentuk macula eritematosa, batas tegas, disertai dengan skuama. Lesi dapat dijumpai di daerah sela jari kaki atau telapak kaki yakni disebut dengan tinea pedis (ICD-10 B35.3).

Ny I memiliki kebiasaan mengenakan sandal dalam keadaan basah/lembab. Pasien jarang mengeringkan kaki jika basah akibat terkena air. Rumah jarang mendapat ventilasi yang cukup serta suasana rumah lembab mendukung terjangkitnya penyakit.

Interaksi kompleks antara agen, host dan lingkungan berperan dalam patogenesis tinea pedis. Faktor predisposisi pada pejamu termasuk keadaan immunocompromised seperti diabetes mellitus, limfoma dan penyakit kronis, yang dapat menyebabkan tinea pedis yang luas, berulang atau membandel. Faktor lingkungan yang mempengaruhi peningkatan risiko infeksi

termasuk kelembaban tinggi, suhu tinggi, penggunaan alas kaki yang tidak tepat.

Transmisi penyakit ini dapat dari manusia ke manusia melalui kontak dengan orang yang terinfeksi. Upaya menghindari penyebaran infeksi, orang yang terinfeksi tidak berbagi handuk barang personal lain ke orang lain. Transmisi dari hewan terinfeksi jamur ke orang melalui kontak langsung. Hewan yang sering menularkan adalah anjing dan kucing. Hewan lain termasuk kambing, sapi, babi, dan kuda. Upaya mengatasinya yaitu mencuci tangan setelah berkontak dengan hewan. Transmisi dari lingkungan terutama di ruang lembab yaitu ruang loker dan kamar mandi umum. Oleh karena itu, lebih baik tidak berjalan tanpa alas kaki di tempat-tempat tersebut.

Pemeriksaan penunjang pada penyakit ini dapat dilakukan dengan larutan KOH 10-30%. Spesimen berupa bahan kerokan kulit. Pengerokan sebaiknya diambil dari lesi yang aktif. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan mikroskopis dan akan terlihat hifa panjang, spora dan artospora. Pemeriksaan ini memiliki sensitivitas 50-60%, tetapi tidak dapat menunjukkan gambaran spesifik guna mengetahui penyebab agen yang menginfeksi. Hasil negatif palsu dapat terjadi sehingga dapat dilakukan kultur jamur untuk membuktikannya. Kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan KOH maupun kultur jamur. Penegakan diagnosis didasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 11 Agustus 2023. Saat pasien berkunjung ke puskesmas telah dilakukan anamnesis keluhan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta dilakukannya informed consent guna meminta persetujuan kepada pasien dan keluarga secara lisan untuk dilakukan pembinaan. Komunikasi dilakukan lebih dalam melalui kunjungan rumah pasien. Saat kunjungan tersebut dilakukan anamnesis secara holistik termasuk mengidentifikasi family map, fungsi biologis, psikososial, ekonomi, perilaku kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, dan lingkungan sekitar rumah pasien. Setelah dilakukannya anamnesis maka didapatkan daftar masalah yang terjadi pada pasien beserta keluarga (aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional) sehingga langkah

selanjutnya akan direncanakan jenis intervensi yang akan diberikan. Untuk menganalisis aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Dari hasil kunjungan tersebut, didapatkan pasien memiliki faktor resiko yang berhubungan dengan sanitasi diri, kebiasaan memakai sandal dalam keadaan basah/lembab, lingkungan rumah yang lembab.

Kunjungan kedua pada tanggal 22 Agustus 2023 dilaksanakan untuk melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media presentasi berupa poster yang menjelaskan mengenai penyebab faktor risiko, cara penyebaran, upaya pencegahan penyakit. Selain itu disarankan untuk mengenakan sandal dalam keadaan kering, mengeringkan kaki setelah terkena air. Seluruh anggota keluarga diberikan konseling untuk membuka jendela setiap harinya agar mendapatkan ventilasi yang cukup. Pasien diberikan obat katekonazol cream 2 kali sehari sehabis mandi, ketoconazole oral 200mg 1 kali sehari dan cetirizine 1 x 10 mg tablet.

Pada kunjungan kedua ini juga dilakukan pemeriksaan didapatkan bahwa keluhan gatal pada pasien sudah berkurang. Pemeriksaan fisik didapatkan lesi eritema dengan skuama. Pada kunjungan kedua juga dilakukan penatalaksanaan berupa edukasi mengenai pemakaian obat salep yaitu sehabis membersihkan kaki dan dalam keadaan kering, tidak terlalu tebal, dan dioles mengelilingi 5 cm melebihi daerah lesi.

Pengobatan topikal diberikan pada lesi terbatas yaitu dengan antifungal topikal seperti krim klotrimazol, mikonazol, katekonazol, atau terbinafin hingga lesi menghilang. Obat topikal sebaiknya dilanjutkan satu hingga dua minggu kemudian untuk mencegah penyakit berulang. Penyakit yang tersebut luas atau tidak mempan pada pengobatan topikal dapat diberikan obat sistemik berupa griseofulvin 0,5-1gram perhari (dewasa) dan 0,25-0,5 gram perhari untuk anak anak atau 10-25 mg/kgBB/hari terbagi dalam dua dosis. Ketokonazol dapat diberikan 200 mg/hari, irakonazol 100 mg/hari atau terbinafin 250 mg/hari. Pengobatan dilakukan 10-14 hari di pagi hari setelah makan.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 30 Agustus 2023 guna melakukan evaluasi untuk menilai apakah target yang diharapkan

dari kegiatan intervensi tercapai. Anamnesis didapatkan keluhan gatal sudah tidak dirasakan. Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit sedang; kesadaran: compos mentis; tekanan darah: 117/82 mmHg; frekuensi nadi: 94x/menit; frekuensi napas: 20x/menit; suhu: 36,6oC. Status lokalis didapatkan lesi lesi eritema disertai skuama sudah menghilang.

Pasien memahami penyebab, faktor risiko, cara penyebaran/transmisi, upaya pencegahan penyakit. Pasien memahami cara penggunaan obat salep yang baik dan benar. Hal tersebut dibuktikan dengan meningkatnya skor pretest dan posttest terkait edukasi yang diberikan. Pasien menggunakan sandal dalam keadaan kering dan mengeringkan kaki setelah terkena air menggunakan handuk kering.

Seluruh anggota keluarga telah membuka jendela dan hordeng setiap pagi, siang, dan sore hari sehingga mengurangi suasana pengap dan lembab.

Simpulan

Penyakit tinea pedis pada pasien kemungkinan besar disebabkan karena adanya faktor internal berupa kebiasaan menggunakan sandal dalam keadaan lembab, jarang mengeringkan kaki setelah terkena air dan faktor eksternal berupa lingkungan rumah dan yang lembab. Intervensi yang dilakukan ialah berupa edukasi menggunakan media poster dimana selanjutnya melakukan penjelasan sesuai poin-poin yang tertera di dalam poster seperti penyebab, faktor risiko, transmis, upaya pencegahan, dan cara penggunaan obat. Tatalaksana tinea pedis berfokus pada pengendalian faktor risiko dan tatalaksana yang tepat terutama cara pemakaian obat.

Dari hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan, didapatkan bahwa keluhan yang dirasakan oleh pasien sudah berkurang. Kepatuhan pasien dalam mengikuti anjuran terapi baik terapi farmakologi maupun non-farmakologi sudah baik. Selain itu, pengetahuan pasien tentang penyebab, faktor risiko, cara penyebaran, dan upaya pencegahan penyakit meningkat.

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. Menaldi SL. Ilmu Penyakit Kulit Kelamin. Jakarta: Universitas Indonesia; 2017.
 3. Araya S, Tesfaye B, Fente D. Epidemiology of dermatophyte and non-dermatophyte fungi infection in Ethiopia. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:291–7.
 4. 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.
 5. Kaltsum U. Holistic Approach to Management of Dermatophytosis (Tinea Manum The right , Tinea corporis , Tinea cruris and Sinistra) in Women Age 43 Years with Labor Jobs Daily Wash Pendekatan Holistik Penatalaksanaan Dermatofitosis (Tinea Manum Dekstra , Tinea Kor. *J Medula*. 2014;3(September):135–42.
 6. 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
 7. IDAI. Panduan Praktik Klinis Ikatan Dokter Anak Indonesia: Perawakan Pendek pada Anak dan Remaja di Indonesia. Mutmainah I, editor. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2017. 1–4 p.
 8. CDC. Ringworm [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention MMWR. 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/ringworm/index.html>