

Penatalaksanaan Pada Wanita Usia 34 Tahun Dengan Tinea Pedis Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Ahmad Rizki Dwi Prasetya¹, Rizal Effendi²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tinea pedis merupakan infeksi jamur dermatofita yang memiliki sifat mengikis keratin di jaringan, khususnya pada kaki. Tinea pedis didapatkan pada orang dengan higien diri, lingkungan sekitar, dan perawatan kaki yang buruk. Pencegahan tinea pedis dapat dilakukan dengan cara pemakaian APD pada saat melakukan kontak dengan faktor penyebab atau memperbaiki higien diri. Ny. M, usia 34 tahun, datang dengan keluhan gatal dan nyeri pada sela jari kaki kanan. Gatal dirasakan sejak 1 minggu lalu. Pasien mengatakan keluhan sering berulang. Diketahui bahwa pasien seorang ibu rumah tangga dan sering berkontak dengan air karena selalu mencuci baju keluarganya. Pasien tidak pernah memakai alas kaki saat mencuci dan sering membiarkan kaki dalam keadaan basah saat selesai mencuci baju. Diketahui bahwa pasien tinggal bersama dengan 6 anggota keluarga lain dan rumah sedikit lembab. Pasien didiagnosis sebagai tinea pedis. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Pada penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga pada Ny.M dengan tinea pedis yang disesuaikan dengan EBM. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

Kata kunci: Gatal, pendekatan kedokteran keluarga, tinea pedis

Management Of 34 Years Old Women With Tinea Pedis Through Family Medicine Approach

Abstract

Tinea pedis is a dermatophyte fungal infection that has the property of eroding keratin in tissues, especially on the feet. Tinea pedis is found in people with poor personal hygiene, the environment, and foot care. Prevention of tinea pedis can be done by using PPE when making contact with causative factors or improving personal hygiene. Mrs. M, 34 years old, came with complaints of itching and pain in between the right toes. Itching has been felt since 1 week ago. The patient says the complaint is often recurring. It is known that the patient is a housewife and often has contact with water because she always washes her family's clothes. The patient never wears footwear when washing and often leaves his feet wet when he finishes washing clothes. It is known that the patient lives with 6 other family members and the house is a bit damp. The patient was diagnosed as tinea pedis. The evaluation results obtained were a decrease in clinical symptoms and an increase in patient and family knowledge. In holistic management with a family doctor approach to Mrs. M with tinea pedis adapted to EBM. The interventions carried out have increased patient knowledge and changed some of the behavior of patients and their families, which is indicated by improvements in the final holistic diagnostic.

Keywords: Family medicine approach, itching, tinea pedis

Korespondensi: Ahmad Rizki Dwi Prasetya, alamat Jl. Abdul Muis 8 No. 9A Bandar Lampung, HP 081273689572, e-mail ahmadrizkidwiprasetya@gmail.com

Pendahuluan

Tinea pedis merupakan dermatofitosis pada kaki, terutama pada sela-sela jari (interdigitalis) dan telapak kaki. Dermatofit ini mempengaruhi struktur keratin seperti rambut dan stratum korneum epidermis yang menghasilkan ruam karakteristik. Ciri khas pada infeksi jamur adanya central healing yaitu bagian tengah tampak kurang aktif, sedangkan bagian pinggirnya tampak aktif. Adapun faktor predisposisi seperti panas, lingkungan yang lembab, penggunaan alas kaki tertutup, dan

hiperhidrosis. Penyakit ini dapat menjangkiti seseorang hingga berbulan-bulan apabila tidak ditatalaksana secara tuntas dan pajanannya tetap ada.

Menurut WHO, sekitar 10% dari total populasi kemungkinan pernah terkena infeksi dermatofita. Pasien dengan kultur dermatofit positif dari spesimen kaki dianggap memiliki tinea pedis. Adapun prevalensi tinea pedis adalah sebesar 2,9% dari infeksi jamur yang lain. Organisme penyebab tinea pedis diidentifikasi sebagai *Trichophyton rubrum*

(44,8%) dan *Trichophyton mentagrophytes* (44,8%), diikuti oleh *Epidermophyton floccosum* (7%) dan *T. tonsurans* (3,4%). Laki-laki pasca pubertas lebih banyak terkena dibanding wanita, biasanya mengenai usia 18-25 tahun serta 40-50 tahun¹². Indonesia merupakan salah satu negara beriklim tropis yang mempunyai suhu kelembaban tinggi yang baik bagi pertumbuhan jamur. Insidensi penyakit jamur di Indonesia berkisar 2,93-27,6% pada tahun 2009-2011.

Di Indonesia, dermatofitosis merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dan tinea pedis merupakan salah satu dari dermatofitosis terbanyak. Insidensi dermatomikosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia yang menunjukkan angka persentase terhadap seluruh kasus dermatofitosis bervariasi dari 2,93% (Semarang) yang terendah sampai 27,6% (Padang) yang tertinggi.

Berdasarkan uraian di atas, pemeriksa tertarik untuk membahas mengenai penatalaksanaan tinea pedis dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.

Kasus

Seorang perempuan usia 34 tahun, datang dengan keluhan terdapat luka koreng terbuka yang dirasa gatal dan nyeri pada sela jari kaki kanan (di antara ibu jari dan jari telunjuk) sehingga pasien sering menggaruk bagian gatal tersebut. Gatal-gatal sudah dirasakan sejak 7 hari yang lalu. Pasien mengatakan bahwa keluhan sering berulang. Pasien menginginkan penyakitnya cepat sembuh dan tidak kambuh lagi sehingga pasien sudah berupaya mengobati dengan salep herbal yang disarankan oleh tetangganya namun keluhan tidak berkurang. Gatal dirasakan pada luka semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien. Diketahui bahwa pasien seorang ibu rumah tangga dan sering berkontak dengan air karena setiap hari mencuci baju keluarganya. Pasien tidak pernah memakai alas kaki saat mencuci dan sering membiarkan kaki dalam keadaan basah saat selesai mencuci baju atau saat berkontak dengan air. Bila berpergian pasien sering menggunakan sepatu. Pasien mandi dua kali sehari.

Diketahui bahwa pasien tinggal bersama dengan 6 anggota keluarga lain dan rumah sedikit lembab. Di keluarga tidak ada yang mengeluhkan hal yang sama dengan pasien. Pasien menyangkal adanya riwayat alergi makanan ataupun obat-obatan. Pasien menyangkal adanya gatal yang meningkat pada malam hari. Pasien mengetahui bahwa gatalnya diakibatkan oleh jamur tapi pasien belum mengetahui pola penularan infeksi dan bagaimana mencegahnya. Adapun faktor risiko eksternal pada pasien ini antara lain rumah pasien yang berantakan dan lembab, terdapat ventilasi dan jendela tetapi jarang dibuka. Di rumah pasien yang bertugas untuk mencuci pakaian dan alat makan tanpa memakai alas kaki sehingga kaki pasien sering berkontak dengan air. Dan pasien sering berpergian dengan sepatu saat kaki lembab.

Pasien tinggal serumah dengan suami, 2 anak, ibu dan ayah kandung, serta adik pasien. Hubungan pasien dengan suaminya cukup baik akan tetapi dukungan keluarga untuk memotivasi pasien agar sembuh tergolong kurang dikarenakan keluarga pasien jarang memerhatikan kondisi penyakit pasien sehingga pasien selalu berobat sendiri ke puskesmas. Hubungan pasien dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Tetapi pasien jarang mengikuti kegiatan sosial di luar rumah. Pasien sadar akan penyakitnya sehingga berkeinginan kuat untuk sembuh.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji suami pasien yang bekerja sebagai supir. Pasien mengatakan bahwa pendapatannya cukup digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, namun kurang untuk kebutuhan sekunder dan tersier.

Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Ayah dan ibu pasien masih hidup dan tinggal di rumah pasien. Pasien sudah menikah dan memiliki 1 anak perempuan dan 1 anak laki-laki. Anak perempuan ada di tahap prasekolah dan anak laki-laki masih balita dan hidup bersama dengan pasien. Pasien saat ini tinggal bersama suami dan 2 orang anaknya, kedua orangtua nya, serta adik dari pasien.

Pasien merupakan ibu rumah tangga. Pendapatan perbulan dari gaji suami pasien adalah 2.000.000 – 3.000.000 yang dibayarkan

didapatkan setiap bulan dari hasil bekerja sebagai supir. Kebutuhan materi keluarga cukup terpenuhi hanya sampai tingkat kebutuhan primer. Pasien tidak memiliki sumber masukan lainnya. Hanya pasien dan suami pasien yang memiliki asuransi kesehatan.

Perilaku berobat pasien kurang baik karena keluhan gatal-gatal di kulit sebelumnya pernah terjadi tetapi pasien hanya menggunakan salep herbal dan pada saat ini timbul keluhan berupa gatal-gatal di kaki akan tetapi pasien baru memeriksakan diri ke puskesmas saat sudah terdapat luka koreng. Jarak rumah pasien ke Puskesmas lebih kurang 1,5 km dan dapat dijangkau dengan kendaraan umum.

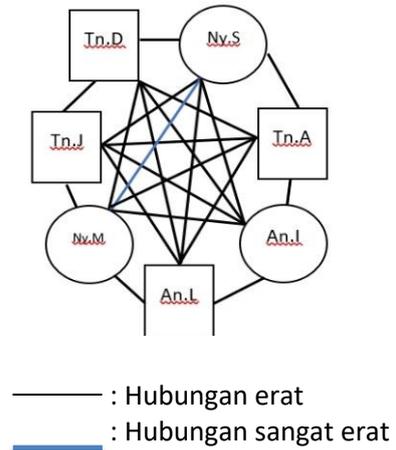
Pasien saat ini tinggal bersama suami dan 2 orang anaknya, kedua orang tua nya, serta adik dari pasien. Rumah pasien berukuran 6 x 15 m tidak bertingkat, memiliki 3 kamar tidur, dengan ruang keluarga terdapat kasur. Lantai keramik, dinding terbuat dari tembok, dengan atap genteng tanah liat. Penerangan dan ventilasi dirasa cukup akan tetapi jendela jarang dibuka sehingga minim sirkulasi udara. Kebersihan di dalam rumah tidak terawat dengan penempatan perabotan yang berhimpitan dan berserakan. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan. Kamar mandi pasien ada satu dengan jamban jongkok dan terletak di belakang rumah, sirkulasi udara di kamar mandi minim sehingga tergolong cukup lembab. Dinding dan lantai kamar mandi hanya berlapis semen.

Ruangan antara dapur, ruang tamu dan ruang keluarga (disebut ruang tengah) tersambung dan tidak ada pemisah di antaranya. Rumah pasien tergolong padat akan barang dan terkesan berantakan dan lembab. Terdapat gudang dan teras belakang di rumah pasien dengan lebar ±1 meter. Terdapat teras depan dengan lebar 1 meter tempat biasanya pasien menjemur pakaian yang sebelumnya telah dicuci di kamar mandi.

Sumber air dari air PAM, digunakan untuk mandi dan mencuci. Air minum berasal dari galon yang biasanya pasien isi ulang. Limbah rumah tangga diletakkan di depan

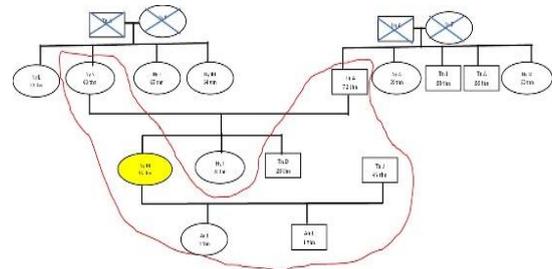
rumah yang nantinya akan diambil oleh petugas kebersihan kampung. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat. Jarak rumah ke septik tank sekitar 2-3 m . Rumah berada di pinggir jalan (gang kecil) yang hanya bisa dilewati maksimal 2 motor.

Family Mapping



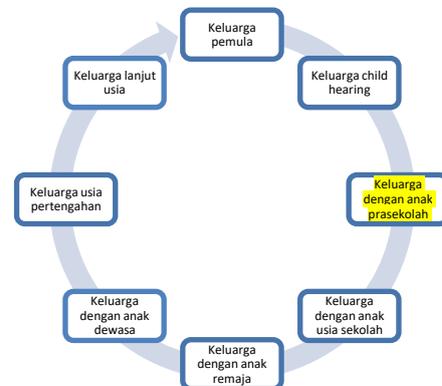
Gambar 1. Family Mapping Keluarga Ny. M

Genogram



Gambar 2. Genogram Keluarga Ny.M

Family Lifecycle



Gambar 3. Family lifecycle

Family Apgar Score

- Adaptation : 2
- Partnership : 2
- Growth : 1
- Affection : 2
- Resolve : 1

Total Family Apgar score: 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Family SCREEM

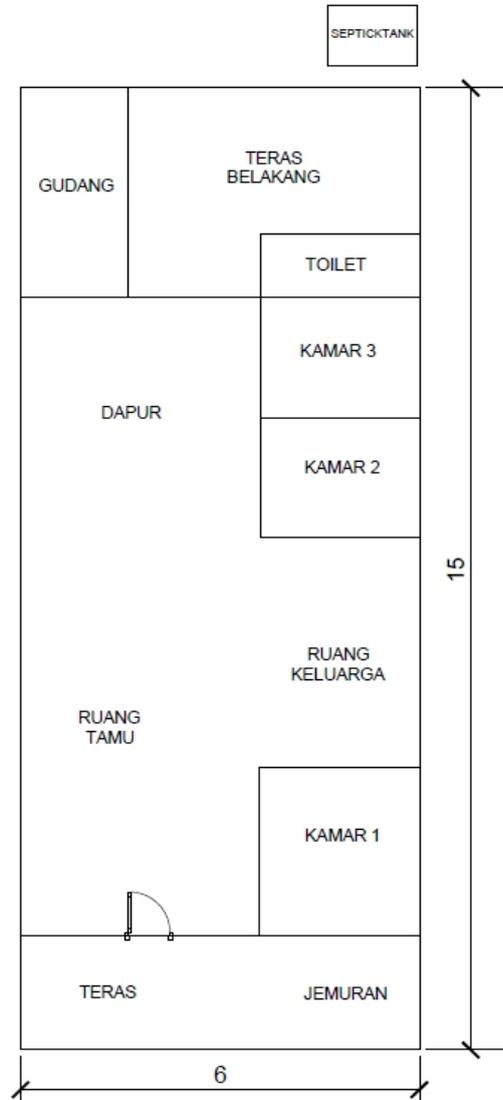
Tabel 1. SCREEM Keluarga

| Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit | Sangat setuju | Setuju | Tidak setuju | Sangat tidak setuju |
|---|---------------|--------|--------------|---------------------|
| 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 kita sangat membantu keluarga kita | | √ | | |
| R1 Iman dan agama yang kami ajut 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 | | √ | | |
| E1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit | | √ | | |
| E2 Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit kita anggota keluarga | | | √ | |
| M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami | √ | | | |
| M2 Dokter, perawat dan / atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami | √ | | | |
| TOTAL | 23 | | | |

Dari hasil skoring SCREEM mendapatkan hasil 23, dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. M memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai.

Pasien saat ini tinggal bersama suami dan 2 orang anaknya, kedua orang tua nya, serta adik dari pasien. Rumah pasien berukuran 6 x 15 m tidak bertingkat, memiliki 3 kamar tidur, dengan ruang keluarga terdapat kasur. Lantai keramik, dinding terbuat dari tembok, dengan atap genteng tanah liat. Penerangan dan ventilasi dirasa cukup akan tetapi jendela jarang dibuka sehingga minim sirkulasi udara. Kebersihan di dalam rumah tidak terawat dengan penempatan perabotan yang berhimpitan dan berserakan. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya saling berdekatan. Kamar mandi pasien ada satu dengan jamban jongkok dan terletak di belakang rumah, sirkulasi udara di kamar

mandi minim sehingga tergolong cukup lembab. Dinding dan lantai kamar mandi hanya berlapis semen.



Gambar 4. Denah rumah Ny. M

Ruangan antara dapur, ruang tamu dan ruang keluarga (disebut ruang tengah) tersambung dan tidak ada pemisah di antaranya. Rumah pasien tergolong padat akan barang dan terkesan berantakan dan lembab. Terdapat gudang dan teras belakang di rumah pasien dengan lebar ±1 meter. Terdapat teras depan dengan lebar 1 meter tempat biasanya pasien menjemur pakaian yang sebelumnya telah dicuci di kamar mandi. Sumber air dari air PAM, digunakan untuk mandi dan mencuci. Air minum berasal dari galon yang biasanya pasien isi ulang. Limbah rumah tangga diletakkan di depan rumah yang nantinya akan diambil oleh

petugas kebersihan kampung. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat. Jarak rumah ke septik tank sekitar 2-3 m. Rumah berada di pinggir jalan (gang kecil) yang hanya bisa dilewati maksimal 2 motor.

DIAGNOSTIK HOLISTIK

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: terdapat luka koreng terbuka pada sela jari kaki kanan pasien yang terasa gatal sejak 7 hari yang lalu
- Harapan: penyakitnya dapat sembuh dan tidak kambuh lagi
- Kekhawatiran: rasa gatal pada bercak semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien.
- Persepsi: Pasien mengetahui bahwa keluhan gatal yang dialaminya diakibatkan oleh infeksi jamur tetapi pasien tidak mengetahui cara penularannya maupun cara pencegahannya.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

Tinea pedis (ICD 10: B35.3)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien belum mengetahui pola penularan infeksi jamur dan bagaimana pencegahannya.
- Pasien tidak menjaga higienis diri
- Pasien tidak memakai alas saat mencuci
- Pasien sering membiarkan kaki dalam keadaan basah saat selesai mencuci dan bila berpergian sering menggunakan sepatu.

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Rumah pasien yang berantakan dan lembab,
- Terdapat ventilasi dan jedela tetapi jarang dibuka di rumah.
- Perhatian keluarga pasien akan penyakit pasien tergolong kurang.

Aspek 5. Skala Fungsional

Derajat 1. Masih sama seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Rencana 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 nonmedikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko penyakit dan gaya hidup. Akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melakukan anamnesis dan memenuhi data pasien, kunjungan kedua untuk intervensi yang berupa forum guide discussion pada pasien dan keluarga dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi.

Pembinaan keluarga dengan prinsip kedokteran keluarga dilakukan terhadap Ny.M usia 34 tahun dengan tinea pedis. Pembinaan ini dilakukan atas dasar Ny.M menderita tinea pedis yang dirasakan semakin gatal. Pasien belum pernah berobat ke puskesmas dan hanya berupaya mengobatinya dengan salep herbal. Pasien khawatir rasa gatal pada bercak semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien. Pasien mengetahui bahwa penyakit yang dialaminya diakibatkan oleh infeksi jamur tetapi pasien tidak mengetahui cara penularannya maupun cara pencegahannya. Kunjungan rumah dilaksanakan untuk melihat lingkungan rumah pasien, gaya hidup pasien dan aktivitasnya yang dapat memengaruhi kondisi pasien.

Keluhan gatal-gatal pada sela kaki kanan pasien sudah dirasakan sejak 7 hari yang lalu. Keluhan gatal dan nyeri tidak berkurang. Keluhan dirasakan membuat pasien tidak nyaman dalam beraktivitas sehari-hari. 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.⁶

Presentasi klasik dari infeksi tinea adalah lesi dengan central healing yang dikelilingi oleh tepi yang meninggi, merah, bersisik, dan meninggi. Satu atau lebih lesi mungkin muncul. Peradangan membantu kolonisasi dan dapat menyebabkan vesikula di

perbatasan area yang terkena. Orang atopik dan orang yang terinfeksi jamur zoofilik cenderung mengalami lebih banyak peradangan.¹⁰

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan tinea adalah : kondisi panas dan lembab dari lingkungan, keringat berlebihan karena berolahraga, atau karena kegemukan, 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, atau penggunaan sepatu saat kaki lembab. Kondisi ini sesuai dengan keadaan pasien. Diketahui rumah tergolong padat karena dihuni oleh 7 anggota keluarga (termasuk pasien) dan padat akan barang perabotan rumah tangga sehingga terkesan berantakan. Terdapat ventilasi dan jendela pada rumah tetapi jarang dibuka sehingga rumah terkesan panas dan lembab. Kemudian pasien merupakan ibu rumah tangga yang sehari-hari bertugas mencuci pakaian di rumah sehingga pasien sering kali terpapar dengan lingkungan yang basah dan lembab. Diketahui pasien jarang mengeringkan kakinya dan sering berpergian dengan menggunakan sepatu.

Pada kunjungan pertama, pasien sedang dalam pengobatan miconazole cream yang rutin dioleskan tipis dua kali setiap hari serta obat anti-pruritus, cetirizine tablet yang dikonsumsi 1 kali sehari bila pasien mengeluhkan gatal, metronidazole, dan metilprednisolon. Miconazole merupakan anti-jamur azol turunan imidazole. Obat ini bekerja dengan menghambat biosintesis ergosterol pada membran sel jamur yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding sel jamur, sehingga terjadi peningkatan permeabilitas membran dan menyebabkan sel jamur kehilangan nutrisi selulernya. Mekanisme kerja lainnya adalah mengganggu sintesis asam nukleat atau penimbunan peroksida dalam sel yang merusak sel jamur. Obat ini biasanya bersifat fungistatik dan dapat bersifat fungisidal pada konsentrasi yang tinggi atau pada jamur yang rentan terhadap obat ini seperti *Candida* sp. Obat ini memiliki aktivitas anti jamur

dengan spektrum luas mencakup banyak jamur termasuk dermatofit dan ragi seperti *Candida albicans*, *Candida guilliermondii*, *Candida tropicalis*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Trichophyton rubrum*. Selain itu obat ini juga memiliki aktivitas bakterisidal terhadap bakteri gram positif seperti *Staphylococcus aureus*. Obat ini dapat mengalami resistensi silang dengan anti jamur golongan azol lainnya.⁸

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada hari Sabtu, 6 November 2021. 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 serta tidak membiarkan rumah berantakan.

Pada kunjungan kedua yaitu pada hari Sabtu, 13 November 2021, dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi poster berisi tentang tinea pedis, meliputi definisi, ciri khas, penyebaran, pencegahan, dan pengobatan terkait tinea pedis. Pada pertemuan kedua awal mula pasien diharuskan untuk mengisi pertanyaan yang telah diberikan untuk menilai wawasan awal pasien terhadap penyakitnya. Kemudian saat dilakukan inspeksi pada sela kaki kanan, masih dijumpai lesi, masih terasa nyeri dan gatal hanya saja lesi sudah kering. Pasien sudah mulai membereskan perabotan rumah tangga dan rumah sudah tidak terlalu berantakan lagi. Kemudian pasien diberi edukasi tentang infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, cara pencegahan, pengendalian agar keluhan tidak berulang, dan rencana tatalaksana, edukasi agar pasien memperhatikan higienitas diri dan lingkungan, edukasi agar memakai alas kaki saat kaki berkontak dengan air (terutama saat mencuci pakaian), tidak memakai sepatu sebelum kaki dipastikan kering, serta edukasi agar lebih memperhatikan sirkulasi udara di dalam rumah (membuka jendela) agar tidak lembab.

Pada kunjungan ketiga pada hari Selasa, 7 Desember 2021, dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan perilaku pasien. Awal mula pasien diharuskan untuk menjawab post-test dengan soal yang sama seperti soal pre-test sebelumnya, hal ini dilakukan untuk mengevaluasi apakah terdapat pemahaman terkait penyakit pasien yang sebelumnya telah dijelaskan pada kunjungan kedua (intervensi).

Tabel 2. Hasil Pretest-Posttest

| Nama | Usia | Pendidikan | Nilai Pretest | Nilai Posttest |
|-------|----------|------------|---------------|----------------|
| Ny. M | 34 tahun | SMA | 60 | 100 |
| Ny. S | 68 tahun | SD | 40 | 100 |

Hal berikutnya yang dievaluasi adalah pengetahuan, sikap dan tindakan pasien dan keluarga terhadap penyakit yang diderita oleh pasien dengan memberikan pertanyaan pretest dan posttest. Kemudian setelah intervensi dan pemberian posttest, pasien dan keluarga menjawab seluruh pertanyaan dengan benar dan hasil tersebut memuaskan.

Evaluasi klinis dilakukan dengan menanyakan keluhan pada lesi di sela kaki kanan. Didapatkan bahwa pasien merasa keluhan sudah mulai membaik dibandingkan dengan keadaan sebelumnya walau terkadang masih terasa sedikit nyeri (bila pasien beraktivitas tinggi). Dengan demikian, terdapat perbaikan klinis pasien yang cukup signifikan. Selain itu keluarga sudah mulai memerhatikan kondisi penyakit pasien.

Melihat peningkatan pengetahuan, perubahan perilaku, dan kondisi klinis, dapat ditetapkan prognosis pasien ini dalam hal *quo ad vitam*: dubia *ad bonam*; *quo ad functionam*: dubia *ad bonam*; *quo ad sanationam*: dubia *ad bonam*.

Simpulan

Tinea pedis yang di derita pasien berkaitan dengan kebersihan dan kelembaban pasien dan lingkungan tempat tinggal pasien. Selain itu terdapat faktor risiko kaki pasien sering basah (sering kontak dengan air) dan pasien sering menggunakan sepatu bila berpergian. Pasien juga awalnya belum mengetahui pola penularan infeksi jamur dan bagaimana mencegahnya. Telah dilakukan

intervensi berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor risiko penyakit, pola penularan infeksi, cara pencegahan, dan gaya hidup yang benar agar terhindar dari penyakit ini.

Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien dan lebih memerhatikan kondisi pasien. Serta pasien telah menjalankan pola hidup bersih dan sehat.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Buletin InfoDATIN, Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI; 2014.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2018. Geneva: WHO.
3. Balitbangkes Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Laporan Provinsi Lampung: Riskesdas 2018. Jakarta: Balitbangkes.
5. Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. Diagnosis and management of common tinea infection. *Am Fam Phys* [Internet].1998 [cited 2014 Mar 1]; 58(1):163- 74. Available from: <http://www.aafp.org/afp/1998/0701/p163.html>.
6. Cholis, M. 1999. Tinea corporis dan pedis penyakit jamur. Jakarta : FKUI; .p. 47-9.
7. Kemenkes RI. 2017. Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Jakarta: Kemenkes RI.
8. Hay R. Dermatophytosis and other superficial mycoses. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995:2375–86.
9. Dorland, Newman WA. Kamus kedokteran dorland. Edisi ke 29. Jakarta: EGC; 2002.p.955.
10. Asri, R. Buku ajar ilmu penyakit kulit & kelamin Jilid 1. Jakarta : Balai Penerbit FKUI; 2005.p.14.