

Penatalaksanaan Holistik Tinea Kruris dan Obesitas Derajat I pada Ny. J Usia 43 Tahun di Puskesmas Kota Karang melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Gusti Agung Putu Yogy Veda Ananta¹, Chika Tania¹, Sahab H. Sibuea²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Infeksi dermatofitosis telah menyebar di seluruh dunia. Prevalensi penyakit ini sebesar 20-25% dengan penyebab terbanyak adalah jamur dermatofita, sedangkan yang paling banyak dijumpai di Asia adalah infeksi tinea korporis dengan prevalensi 35,40%. Menerapkan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah berbasis *Evidence Based Medicine* yang bersifat *family-approached* dan *patient-centered*. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pasien mengeluhkan terdapat bercak kemerahan pada lipatan paha kanan kiri sejak 4 hari lalu. Pasien juga mengaku mudah berkeringat dan tidak rutin mengganti pakaian. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, *patient centered*, *family approach* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini yang tidak hanya fokus kepada pasien namun juga kepada keluarganya sehingga menghasilkan peningkatan kognitif dan kualitas hidup pada pasien dengan tinea kruris dan obesitas.

Kata Kunci: Kedokteran keluarga, obesitas, tinea kruris

A Holistic Management Of Tinea Cruris and Grade I Obesity in 43 Years Old Woman at Kota Karang Public Health Center through Family Medicine Approach

Abstract

Dermatophytosis infections have spread throughout the world. The prevalence of this disease is 20-25% with the most common cause being dermatophyte fungi, while the most common in Asia is tinea corporis infection with a prevalence of 35.40%. Implement a holistic approach to family medicine and comprehensively in detecting internal and external risk factors and solve problems based on Evidence Based Medicine that is family-approached and patientcentered. This study is descriptive study about case report. The primary data obtained through anamnesis, physical examination and a visit to the home. Secondary data were obtained from medical records of patients. The patient complained of reddish spots on the right left groin since 4 days ago. The patient also admitted that she could easily sweat and not ooften change her clothes. Diagnosis and management of this patient has been doing holistically, patients center, family approach based on several theories and current research that not just focused on the patient but to the other member of her familiy so it would resulting in an increase of cognitive and life quality on tinea cruris and obesity patient.

Keywords: Family medicine, obesity, tinea cruris

Korespondensi: Gusti Agung Putu Yogy Veda Ananta, alamat Jl. Raja Tihang, Tanjung Senang, Tanjung Senang, Bandarlampung, HP 085768507413, e-mail vedayogy@gmail.com

Pendahuluan

Penyakit jamur kulit yang banyak ditemukan di Indonesia adalah dermatofitosis atau infeksi jamur dermatofita (tinea). Dermatofitosis disebabkan oleh jamur *Trichophyton sp.*, *Microsporum sp.*, dan *Epidermophyton sp.* Jamur dermatofita hanya menginfeksi kulit yang mengandung keratin dan diklasifikasikan menurut lokasi tubuh yang terkena, seperti tinea korporis (kulit selain area berambut, kulit kepala, pangkal paha, tangan atau kaki) dan tinea kruris (pangkal paha, perineum dan daerah perineum).⁶

Prevalensi mikosis superfisial, termasuk tinea kruris, mencapai 20 - 25% populasi di dunia.⁹ Di Asia, khususnya di India, tinea kruris merupakan yang paling dominan ditemukan, ditemukan dengan 133 (63,27%) dari 210 sampel yang sebanding dengan penelitian sebelumnya di Tamil Nadu.⁵

Pada tahun 2008 - 2010, Citrashanty menyebutkan bahwa di Divisi Mikologi Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya terdapat perbandingan persentase jumlah pasien kasus dermatofitosis sebesar 59,5%, 56,3%, dan 52,9%, yang kemudian diperkuat dengan data tahun 2011-2013 bahwa persentase kasus dermatofitosis baru pada Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya antara lain sebesar 47,4%, 52,9%, dan 46%. Hal ini membuktikan hampir setengah dari kasus di Divisi Mikologi adalah kasus dermatofitosis.⁴

Transmisi dermatofitosis menyebar melalui 3 cara yakni antropofilik (manusia ke manusia), zoofilik (hewan ke manusia), dan geofilik (tanah ke manusia). Ciri khas pada infeksi jamur adanya central healing yaitu bagian tengah tampak kurang aktif, sedangkan bagian pinggirnya tampak aktif.^{1,6} Faktor-faktor yang mempengaruhi diantaranya udara lembab, lingkungan yang padat, sosial ekonomi yang rendah, adanya sumber penularan disekitarnya, penyakit sistemik penggunaan antibiotika dan obat steroid, higienisitas yang kurang serta obesitas.²

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2018, prevalensi obesitas di

Indonesia pada usia di atas 18 tahun adalah sekitar 21,8%. Data ini cenderung meningkat dari tahun 2007 sebanyak 10,5% menjadi 11,5% pada tahun 2013 dan kembali mengalami peningkatan menjadi 21,8% pada tahun 2018.³

Tinea kruris adalah penyakit yang perjalanannya bersifat kronis dan memiliki faktor - faktor yang berperan dalam proses timbulnya penyakit ini. Perlu adanya tatalaksana yang holistik dan komprehensif untuk mengoptimalkan proses penyembuhan.¹⁰

Kasus

Pasien Ny J, usia 43 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Kota Karang untuk berobat dengan keluhan bercak kemerahan dada, dan lipatan paha kanan kiri serta di bokong sejak 4 hari lalu dan terasa gatal pada bercak. Keluhan akan memberat apabila pasien berkeringat setelah aktivitas seperti menyapu, atau membersihkan rumah. Pasien mudah berkeringat, pakaian yang digunakan cenderung ketat dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat.

Keluhan demam disangkal, keluhan bercak terasa nyeri, panas, kebas disangkal. Pasien mengaku sudah mengobati dengan obat warung, tetapi keluhan tidak membaik. Pasien mengaku dalam sehari makan 3 kali sehari dengan variasi makanan yang beragam. Pasien mengaku dalam sehari makan 3 kali sehari dengan variasi makanan yang beragam. Pasien juga sering memakan makanan selingan (ngemil) makanan-makanan seperti biskuit, kue kering, ataupun makanan ringan lainnya.

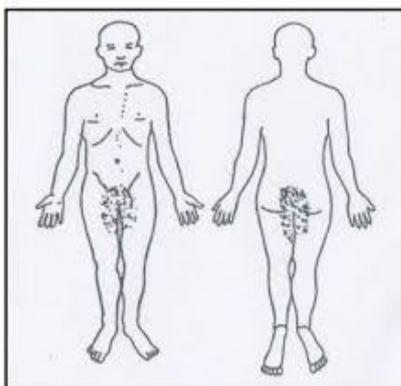
Pasien juga mengatakan suka memakan makanan selingan (ngemil) makanan-makanan seperti biskuit, kue kering, ataupun makanan ringan lainnya dengan meminum teh (1-3 kali/hari). Pasien tidak merokok dan tidak meminum minuman alkohol. Pasien beraktivitas fisik, seperti senam 2 kali seminggu dan banyak menghabiskan waktu mengerjakan aktivitas rumahan.

Pasien tinggal di rumahnya bersama

suami (Tn.S/51 tahun) dan ketiga anaknya (An. R/21 tahun, An. M/13 tahun, dan An.A/9 tahun). Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga (IRT). Riwayat DM disangkal. Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: Keadaan umum: tampak sakit sedang; kesadaran: compos mentis; tekanan darah 130/80 mmHg; frekuensi nadi: 87 x/menit; frekuensi napas: 20 x/menit; suhu: 36,9°C, BB: 75 kg, TB: 160 cm, IMT: 29,29.

Rambut, telinga, hidung dan tenggorokan kesan dalam batas normal. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak terdengar adanya ronkhi atau wheezing di kedua lapang paru. Batas jantung tidak melebar, kesan pemeriksaan jantung dalam batas normal. Abdomen datar, BU (+) 10 kali permenit, nyeri tekan (-). Status neurologis dalam batas normal. Ekstremitas tidak ditemukan nyeri tekan (-), edema (-), panas (-), gerakan masih dalam batas normal.

Status lokalis didapatkan pada regio inguinalis dextra et sinistra. Terdapat makula-plak eritematosa, multipel, diskret, ukuran lentikular, batas tegas, tepi aktif bentuk polisiklik, central healing (+), dengan skuama putih halus. Pemeriksaan penunjang terdapat GDS : 126 mg/dl.

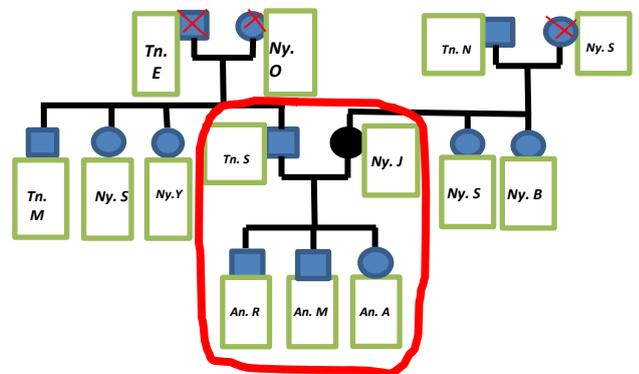


Gambar 1. Ilustrasi lokasi infeksi tinea kruris

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, orangtua pasien saat ini masih lengkap. Suami pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara, pasien memiliki tiga orang anak, yang masih tinggal dengan pasien. Bentuk keluarga, bentuk keluarga inti. Komunikasi dalam keluarga baik. Suami pasien merupakan seorang driver ojek online dan buruh lepas. Pemecahan

masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan di keluarga ditentukan oleh suami dan pasien. Pasien merupakan ibu rumah tangga, pendapatan pasien berasal dari gaji suami dan anak pertama yang bekerja sebagai *office boy* di salah satu perusahaan.

Pendapatan perbulan dari gaji pensiunan suami pasien adalah 500.000 – 1.000.000 yang digunakan untuk menghidupi pasien dan suami. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit.



Keterangan

- = Laki-laki
- = Perempuan
- = Ny. J (pasien)
- = Riwayat atopi dikeluarga
- ⊗ = Meninggal
- ▭ = Tinggal serumah

Gambar 2. Genogram Keluarga Ny. J

Setelah mengetahui genogram keluarga, selanjutnya melakukan penilaian fungsi keluarga menggunakan beberapa tools, yaitu skor APGAR keluarga dan SCREAM untuk menilai fungsi keluarga. Skor APGAR keluarga Ny. J terdiri atas, Adaptation bernilai 1; Partnership bernilai 2; Growth bernilai 2; Affection bernilai 1; Resolve bernilai 2. Total Family Apgar Score keluarga Ny. J adalah delapan yang berarti fungsi keluarga pasien termasuk dalam jenis fungsi keluarga baik.

Selanjutnya menggunakan tools SCREEM. Penilaian terdiri atas sosial, kultur, religi, ekonomi, edukasi dan medis.

Tabel 1. Analisis SCREEM keluarga

SUMBER	PATOLOGI	KET
<i>Social</i>	Interaksi yang kurang baik antara An. R dan dengan anggota keluarga, partisipasi An. R dengan teman sekitar rumah cukup baik.	+
<i>Culture</i>	Kepuasan atau kebanggaan terhadap budaya baik, hal ini dapat dilihat dari pergaulan sehari-hari baik dalam keluarga maupun di lingkungan, banyak tradisi budaya yang masih diikuti.	-
<i>Religious</i>	Penerapan ajaran juga cukup baik, hal ini dapat dilihat dari penderita dan keluarga yang rutin menjalankan sholat lima waktu.	-
<i>Economic</i>	Keluarga ini tergolong kelas menengah, untuk kebutuhan primer sudah bisa terpenuhi, kebutuhan sekunder dan rencana ekonomi cukup memadai, diperlukan skala prioritas untuk pemenuhan kebutuhan hidup.	+
<i>Educational</i>	Pendidikan anggota keluarga menengah. Ayah dan anak pertama pasien merupakan lulusan SMA. Serta anak kedua pasien masih menjalani pendidikan ditingkat SMP.	+
<i>Medical</i>	Dalam mencari pelayanan kesehatan, keluarga menggunakan pelayanan puskesmas dan menggunakan kartu Jamkesmas (BPJS) untuk berobat. Penderita mengaku apabila sakit langsung ke Puskesmas atau ke pelayanan kesehatan terdekat seperti ke praktik dokter maupun klinik.	-

Dari hasil analisis SCREEM yang didapatkan, dapat disimpulkan bahwa dalam keluarga An. N fungsi keluarga baik. Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara,

orangtua pasien saat ini masih lengkap. Suami pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara, pasien memiliki tiga orang anak, yang masih tinggal dengan pasien. Bentuk keluarga, bentuk keluarga inti. Komunikasi dalam keluarga baik. Suami pasien merupakan seorang driver ojek online dan buruh lepas. Pemecahan masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan di keluarga ditentukan oleh suami dan pasien. Pasien merupakan ibu rumah tangga, pendapatan pasien berasal dari gaji suami dan anak pertama yang bekerja sebagai *office boy* di salah satu perusahaan.

Pendapatan perbulan dari gaji pensiunan suami pasien adalah 500.000 – 1.000.000 yang digunakan untuk menghidupi pasien dan suami. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit. Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah yang kurang, terdapat tumpukan barang bekas di beberapa sudut rumah serta tumpukan baju di dalam kamar pasien. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak kurang rapi. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas, air minum diperoleh dari air galon, sumber air diperoleh dari PAM dan saluran pembuangan dialirkan ke septik tank.

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi yang dilakukan terdiri atas *patient centered, family focused* dan *community oriented*. Patient-centered adalah penatalaksanaan berfokus pada pasien. Penatalaksanaannya dibagi menjadi dua, yaitu non-medikamentosa (tidak menggunakan terapi obat-obatan) dan medikamentosa (menggunakan terapi obat-obatan). Tatalaksana non medikamentosa terdiri atas, memotivasi pasien untuk menerapkan pola makan yang teratur dan menahan diri dari kebiasaan memakan dan meminum yang berlebihan dan mengedukasi pasien untuk memperhatikan higienitas diri, jika

sudah mulai berkeringat bisa mengganti bajunya, gunakan baju yang menyerap keringat dan berlengan pendek. Sedangkan tatalaksana medikamentosa terdiri atas salep Ketoconazole 2% dioleskan 2x1 pada bercak di kulit hingga 3 cm diluar bercak dan anti histamin berupa Chlorpheniramine maleat 4mg 3x1 bila muncul gatal.

Family focused adalah penatalaksanaan berfokus pada keluarga pasien. Penatalaksanaan pada kasus ini berisikan edukasi kepada keluarga di rumah untuk ikut melakukan pengawasan terhadap pola makan dan olahraga teratur, edukasi keluarga pasien mencakup penjelasan penyakit, penyebabnya, tanda dan gejalanya, pengobatan dan pencegahannya, edukasi kepada keluarga mengenai cara pemakaian obat serta perlunya dukungan dan edukasi kepada keluarga pasien langsung berobat jika pasien timbul efek samping obat.

Dalam segi *community oriented*, kami memberikan informasi dan penjelasan mengenai cara menjaga sanitasi lingkungan sekitar rumah dan menambah ventilasi dirumah agar tidak tercipta suasana yang lembab dan panas.

Pembahasan

Pasien Ny J, usia 43 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Kota Karang untuk berobat dengan keluhan bercak kemerahan pada liput paha kanan kiri sejak 4 hari lalu dan terasa gatal pada bercak. Pasien juga mengatakan suka memakan makanan selingan (ngemil) makanan-makanan ringan. Pasien tidak merokok dan tidak meminum minuman alkohol. Pasien beraktivitas fisik senam 2 kali seminggu, banyak menghabiskan waktu dirumah.

Diagnosa penyakit pada pasien ini adalah Tinea Kruris dan Obesitas derajat 1. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan pada anamnesis didapatkan informasi bahwa pasien menderita bercak kemerahan pada gatal pada liput paha kanan dan kiri. Berdasarkan teori, jamur (tinea) akan tumbuh pada area tubuh jika faktor faktor pencetus terpenuhi.⁷ Pemeriksaan fisik didapatkan berat badan 75 kg, tinggi badan 160 cm dengan IMT 29,29. Lalu pada regio pubis

hingga femoris dextra et sinistra ditemukan makula hingga vesikel eritema, bentuk sirkular, berjumlah multiple, berbatas tegas dengan tepi lesi lebih tinggi dan aktif (*central healing*), berukuran numular. Gejala klinis tinea kruris tampak sebagai papulovesikel eritematosa multipel, berbatas tegas, ditutupi oleh skuama halus, dengan tepi lebih tinggi dan merah (*central healing*). Satu atau lebih lesi mungkin muncul. Peradangan membantu kolonisasi dan dapat menyebabkan vesikula di perbatasan area yang terkena.^{8,10}

Penularan jamur terjadi melalui kontak langsung dengan orang, hewan, tanah atau jamur yang terinfeksi. Tergantung pada habitatnya, dermatofita digambarkan sebagai antropofilik (manusia), zoofilik (hewan) atau geofilik (tanah). Dermatofit antropofilik adalah sumber paling umum dari infeksi tinea, tetapi sumber zoofilik harus diidentifikasi (jika mungkin) dan diobati untuk mencegah infeksi ulang pada manusia.⁷ Selain itu faktor-faktor yang dapat mencetuskan tinea adalah : Kondisi panas dan lembab dari lingkungan, pakaian ketat, pakaian tidak menyerap keringat, keringat berlebihan karena berolahraga, atau karena kegemukan (Obesitas), atau trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), keseimbangan flora normal tubuh terganggu (pemakaian antibiotik atau hormon jangka panjang), Penyakit/kondisi tertentu, seperti: HIV/AIDS, DM, kehamilan, menstruasi (ketidak seimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur) Faktor virulensi dermatofita.⁸

Penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah penerapan pelayanan dokter keluarga yang berbasis bukti, patient centered, family focused, dan community oriented. Penatalaksanaan terdiri dari medikamentosa serta komunikasi dan edukasi.

Tatalaksana medikamentosa adalah chlorpheniramine maleate 4 mg tiga kali sehari satu tablet bila gatal dan salep

Ketoconazole 2% dioleskan dua kali sehari pada bercak di kulit hingga sekitar 3 cm diluar batas lesi. Pemberian antihistamin chlorpheniramine maleat bertujuan untuk mengatasi rasa gatal sehingga mencegah respon pasien (garukan) yang dapat memperparah kondisi lesi.^{1,2,7} Chlorpeniramine maleat merupakan antihistamin dengan sifat sedative ringan, baik digunakan untuk anak-anak karena rasa kantuk membuat anak-anak mudah tidur sehingga dapat istirahat lebih banyak untuk memperbaiki daya tahan tubuh. Sediaan tablet chlorpheniramine maleat adalah 4 mg, dengan dosis untuk anak usia 2-5 tahun adalah 1 mg setiap 4-6 jam, dengan dosis maksimal 6 mg/hari.⁷ Pemberian antimikotik berupa ketoconazole bertujuan untuk menghentikan pertumbuhan jamur penyebab tinea kruris. Krim ketokonazol 2% adalah antimikotik yang bersifat fungistatik yang bekerja dengan cara menghambat enzim 14- α -Dimetilase pada pembentukan ergosterol membran sel jamur.⁷

Tatalaksana topikal menurut panduan tidak hanya terbatas pada ketokonazol, pilihan terapi topikal berupa: Golongan Alilamin (terbinafin) sehari sekali selama 1-2 minggu; Golongan Azol (mikonazol, ketokonazol, klotrimazol) dua kali sehari selama 4-6 minggu.^{7,8,15}

Pada pasien ini tidak diberikan antimikotik sistemik karena pertimbangan luas lesinya dan lesi kronik. Terapi sistemik (oral) dapat diberikan dengan pilihan sebagai berikut: Terbinafin oral 1x250mg/hari selama 2 minggu; Intrakonazol oral 2x100mg/hari selama 2 minggu; Griseofulvin oral 500mg/hari selama 2-4 minggu; Ketokonazol 200mg/hari.^{2,7,15} Kecuali jika hanya ada satu atau dua lesi, tinea corporis harus diobati secara oral.^{7,8}

Tatalaksanaan non medikamentosa berupa komunikasi serta edukasi dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada kunjungan rumah pertama juga dicari faktor – faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada pasien berupa tinea kruris dan obesitas. Diantaranya, mengidentifikasi penyebab yang memungkinkan terjadinya tinea kruris. Dilakukan identifikasi kemungkinan adanya

penetus yang mendasari timbulnya jamur, seperti pasien mudah berkeringat, pakaian yang digunakan cenderung ketat dan pakaian tidak sering diganti jika berkeringat, atau karena kegemukan (Obesitas).¹³ Untuk aspek psikososial keluarga, pengawasan pada pasien untuk menghindari faktor yang mencetuskan timbulnya penyakit kurang karena pasien dan keluarga pasien tidak mengetahui tentang highienisitas dan pola konsumsi yang sesuai dengan aktivitas nya.

Penulis melakukan perencanaan intervensi edukasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit tinea kruris dan obesitas, memberikan dukungan pada keluarga untuk menghindarkan pasien dari timbul berulang penyakit tinea kruris. Dengan melakukan edukasi pada keluarga dapat menurunkan morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup pasien.¹³

Kemudian pada kunjungan kedua dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal. Pada kunjungan kedua penulis menjelaskan kepada ibu dan anggota keluarga pasien yang tinggal 1 rumah mengenai penyakit pasien berupa Tinea kruris. Intervensi dilakukan dengan metode diskusi bersama anggota keluarga pasien menggunakan media gambar terkait penyakit pasien. Mengedukasi pasien tentang hal-hal yang dapat mencetuskan tinea kruris dan obesitas, hal ini bertujuan agar penyakit pasien dapat dikontrol sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan. Memotivasi keluarga untuk bersama-sama memantau dan mengajari pasien perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah faktor-faktor yang kemungkinan menimbulkan kekambuhan pada penyakit.

Edukasi diberikan kepada pasien terkait olahraga dan diet yang akan dilakukan. Diet yang digunakan yaitu rendah lemak rendah kalori maka kalori pasien dikurangi 300-500 kkal/harinya dengan persentase karbohidrat 55% dari kalori total, lemak 20% kebutuhan. kalori, protein 25% dari kalori total sedangkan untuk vitamin dan mineral sesuai kebutuhan. Adapun

pembagian makan pasien adalah 3x makan dan 2x selingan makan dimana 40% kalori untuk makan pagi, 30% untuk makan siang dan malam. Rincian tiap porsi nya 40% nasi, 30% sayur dan 30% lauk pauk. Sedangkan untuk cairan 8-10 gelas/hari minimal.¹³ Selanjutnya dianjurkan olahraga ringan berupa jalan santai 3 kali dalam seminggu selama 30 menit, bersepeda di jalan yang rata (tidak menanjak) dan membersihkan rumah (menyapu lantai, mengepel lantai dan membersihkan jendela). Diet dan olahraga dilakukan dengan target capaian penurunan berat badan 5-6 kg atau 10% dari berat badan awal (penurunan 7,5 kg maksimal).^{12, 16}

Diketahui bahwa Pasien obesitas lebih beresiko untuk terkena jamur (tinea). Jamur (Tinea) disebabkan oleh pertumbuhan bagian infeksius dari *arthospores* atau *conidia* yang tumbuh pada individu yang terinfeksi. Kemampuan dari jamur ini untuk menginfeksi kulit bergantung pada beberapa faktor seperti sinar ultraviolet, temperatur, kelembapan, serta kemampuan flora normal kulit untuk berkompetisi dengan patogen. Patogen akan menginvasi stratum korneum, kemudian memproduksi eksoenzim *keratinase* yang memicu reaksi inflamasi. Infeksi akan terjadi dalam 3 langkah utama, yaitu perlekatan, penetrasi dan respon imun. Sejak kondisi pasien obesitas mudah berkeringat, maka kelembapan akan meningkat. Lalu lokasi selangkangan (lipat paha) lebih sedikit terpapar sinar ultraviolet. Kedua keadaan tersebut dapat menyebabkan area lipatan paha lebih rentan terkena Tinea cruris.¹⁴

Daftar Pustaka

1. Mulyaningsih, S. Tingkat kekambuhan tinea kruris dengan pengobatan krim ketokonazol 2% sesuai lesi klinis dibandingkan dengan sampai 3 cm di luar batas lesi klinis. FKUNDIP; 2004.
2. Pires CAA, Lobato AM, Carneiro FRO. Clinical Epidemiological and Therapeutic Profile of Dermatophytosis. An Bras Dermatol. 2014; 89(2):259-264.

Kemudian dilakukan evaluasi pada kunjungan ketiga, didapatkan hasil berupa keluhan kemerahan dan gatal di selangkangan pasien sudah berkurang. Sebelumnya, saat beraktivitas dan akan tidur, pasien akan merasakan keluhan gatal yang mengganggu dan menggaruk – garuk area yang terasa gatal. Saat ini keluhan gatal baik malam maupun siang hari sudah berkurang dan tidak mengganggu aktivitas.

Pengetahuan ibu dan keluarga pasien sudah meningkat saat dilakukan evaluasi mengenai penyakit tinea kruris dan obesitas, cara mencegah perburukan penyakitnya, cara mencegah timbul kembali penyakit tinea kruris serta pola makan dan olahraga yang baik. Sebelumnya pasien dan keluarga pasien tidak tahu bahwa penyakit tinea kruris merupakan penyakit infeksi jamur yang dipengaruhi faktor highienisitas dan dipicu oleh faktor internal dan eksternal yang salah satunya disebabkan oleh kondisi obesitas derajat I yang dimiliki oleh pasien.

Simpulan

Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga berbasis evidence based medicine dilakukan secara komprehensif, yang tidak hanya fokus kepada pasien namun juga kepada keluarganya, dan menghasilkan peningkatan kognitif dan kualitas hidup pada pasien dengan Tinea kruris dan Obesitas.

3. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. 2018.
4. Radyastuti dan Anggraini P. Karakteristik Penyakit Kulit Akibat Infeksi Di Poliklinik Kulit Dan Kelamin Rsup Dr. Kariadi Semarang

- Periode Januari 2008 – Desember 2010. 2017; 2(2):137-142.
5. Rahadiyanti, D. dan Ervianti, E. Studi Retrospektif: Karakteristik Dermatofitosis. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2018; 30(1):66-72.
 6. Ramaraj, V., Vijayaraman, R., Rangarajan, S. dan Kindo, A. Incidence and prevalence of dermatophytosis in and around Chennai, Tamilnadu, India. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2016; 4(3):695-700.
 7. Djuanda. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ke-7. Jakarta: FK UI; 2017.
 8. James, William D, Breger, Timothy G, Elston, Dirk, dkk. *Diseases of the skin: clinical dermatology*. Edisi ke-10. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
 9. Pimenta FBC, Elodie B, Daniel CM, Helene S. & Landeira F. The Relationship between Obesity and Quality of Life in Brazilian Adults. *Forentiers in Psychology*. 2015; 6: 1-7.
 10. Sahoo AK, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. *Indian Dermatology Online Journal*. 2016;7(2):77-86.
 11. Nurhidayah A, Dhanti KR dan Supriyadi. Identifikasi Jamur Patogen Penyebab Dermatofitosis Pada Jari Kaki Petani Di Desa Bojongsari, Banyumas. *JlabMed*. 2021; 5(2021):8-17.
 12. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*. *Diabetes Care*. 2022; 45 (1):113–124.
 13. Wiechert M, Holzapfel C. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients*. 2022; 14(1):1-15.
 14. Arti S, Gupta V dan Dogra D. A Hospital-Based Clinical Study of Cutaneous Changes in Overweight and Obesity. *IJHSR*. 2017; 7(6): 56-64.
 15. Ekayanti F, Hariyani I, Hendarto J, Paranadipa M, Zainudin AA, Faqih DM, dkk. *Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Edisi 1. Ikatan Dokter Indonesia; 2017.
 16. International Obesity Taskforce. *The Asia – Pacific Perspective : Redefining Obesity and its Treatment*. WHO; 2000.