

Penatalaksanaan Holistik Pada Wanita 58 Tahun Dengan Kandidiasis Kutis Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Annisa Salsabila¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Kandidiasis merupakan penyakit infeksi jamur yang bersifat akut atau subakut dan dapat berulang. Penyakit ini dapat menyerang kulit, mulut, vagina, dan kuku. Penyebab paling banyak penyakit pada kulit dan mukosa disebabkan oleh *Candida albicans*. Di Indonesia, kasus kandidiasis kutis merupakan nomor tiga terbanyak insidensinya di antara insidensi dermatomikosis. Tahun 2013-2016 kasus kandidiasis didominasi oleh kandidiasis kutis intertriginosa sebesar 50,5%. Faktor risiko dapat berupa kegemukan, usia, iklim panas, kelembaban tinggi, kurang menjaga kebersihan kulit, maserasi kulit, sosial ekonomi rendah dan kurangnya pengetahuan. Kepatuhan pengobatan baik medikamentosa dan non medikamentosa akan sangat berpengaruh pada kesembuhan pasien. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien Ny. M, 58 tahun, pekerjaan IRT memiliki keluhan bercak kemerahan pada kedua lipat payudara dan lipat paha disertai gatal terutama saat berkeringat sejak 6 minggu lalu. Berdasarkan indeks massa tubuh, pasien termasuk *overweight*, pasien mudah berkeringat dan lembab, tidak segera mengganti pakaian saat berkeringat, menjemur handuk di kamar mandi dan jarang mencuci tangan. Kesimpulan dari studi ini adalah penegakan diagnosis secara holistik dan penatalaksanaan dengan prinsip pada *patient centered* dan *family approach* pada pasien telah dilakukan. Perubahan pengetahuan dan perilaku terjadi setelah dilakukan intervensi.

Kata kunci: Diagnosis holistic, family approach, kandidiasis kutis, patient centered

Holistic Management For 58-Years-Old Woman With Cutis Candidiasis Through Family Medicine Approach

Abstract

Candidiasis is a fungal infection that is acute or subacute and recurrence. This fungal attack the mucocutan and nails. The most common cause of skin and mucosal diseases is *Candida albicans*. In Indonesia, cutaneous candidiasis is the third most common case among dermatomycosis incidences. In 2013-2016 cases were dominated by intertriginous candidiasis cutis by 50.5%. Risks are obesity, age, hot climate, high humidity, lack of skin hygiene and knowledge, and low socioeconomic. Compliance with medication, medical and non-medical, will affect patient's recovery. This study is a case report. The primary data were obtained through history taking, physical examination, and home visit while the secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study, qualitatively and quantitatively. Mrs. M, 58 years old, jobless, has a complaint of red spots on both breasts and groin accompanied by itching when sweating since 6 weeks ago. Based on the body mass index, the patient was classified as overweight, the patient was prone to sweating and dampness, did not change clothes immediately when sweating, dried towels in the bathroom and rarely washed their hands. The holistic diagnosis and management with the principle of patient centered and family approach to patients has been done. Changes in knowledge and behavior occur after the intervention.

Keywords: Cutis candidiasis, diagnosis holistic, family approach, patient centered

Korespondensi: Annisa Salsabila, alamat Jl. Sam Ratulangi No.48, Tanjung Karang Pusat, Bandar Lampung, HP 081370485119, e-mail: asalsabilabn28@gmail.com

Pendahuluan

Kandidiasis merupakan penyakit infeksi jamur yang bersifat akut atau subakut dan dapat berulang. Paling sedikit 15 dari 200 spesies candida menyebabkan penyakit pada manusia. Jamur *Candida* biasanya menyerang kulit, mulut, vagina, dan kuku. Penyebab paling banyak penyakit pada kulit dan mukosa disebabkan oleh *Candida albicans*¹.

Infeksi jamur umum ditemui sehari-hari yang terjadi pada 20-25% populasi dunia. Di Indonesia, kasus kandidiasis kutis merupakan nomor tiga terbanyak insidensinya di antara insidensi dermatomikosis. Hal ini dihubungkan dengan Indonesia yang beriklim tropis dengan kelembaban yang tinggi. Etiologi tersering kasus dermatomikosis adalah golongan dermatofita (dermatofitosis), *Candida* spp.(kandidiasis) dan *Malassezia furfur* (pitiriasis versikolor). Penelitian di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa kandidiasis sebagai kasus dengan jumlah terbanyak ketiga setelah dermatofitosis dan pitiriasis versikolor. Tahun 2013- 2016 kasus kandidiasis didominasi oleh kandidiasis kutis intertriginosa sebesar 50,5%^{2,3}.

Kandidiasis kutis intertriginosa dapat menyerang semua usia. Penelitian menunjukkan bahwa hal tersebut banyak terjadi di usia dewasa sampai lansia, perempuan sedikit lebih banyak dibandingkan laki-laki. Sumber penyebab utama adalah pasien, namun dapat terjadi transmisi melalui kontak langsung⁴.

Infeksi oleh jamur menjadi sangat mudah terjadi jika terdapat faktor risiko endogen maupun eksogen. Faktor endogen antara lain usia, obesitas atau kegemukan, iatrogenik, endokrinopati dan penyakit kronik. Obesitas atau kegemukan meningkatkan risiko infeksi jamur karena individu yang mengalami obesitas akan mudah mengeluarkan banyak berkeringat. Usia tua dan bayi akan lebih mudah terinfeksi karena penurunan respon imun dalam melawan infeksi^{5,6,7}.

Faktor eksogen antara lain iklim panas dan kelembaban tinggi, kurangnya menjaga kebersihan diri, kurangnya pengetahuan tentang faktor risiko yang menyebabkan infeksi jamur, adanya luka atau maserasi yang menjadi *port de entry* dari mikroorganisme, sosial ekonomi yang rendah, tingkat aktivitas yang mengeluarkan banyak keringat. Faktor-faktor di atas dapat membuat jamur berkembang biak lebih cepat yang menjadikan jamur komensal yang hidup di dalam rongga mulut, saluran pencernaan dan vagina menjadi patogen^{1,4}.

Kandidiasis dapat menular dengan kontak langsung pada penderita kandidiasis atau tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur, misalnya handuk, pakaian, lantai kamar mandi, tempat tidur dan lain-lain⁵.

Tatalaksana kandidiasis kutis berupa medikamentosa dan non medikamentosa. Pengobatan secara topikal dengan menggunakan obat topikal golongan imidazole dilakukan dalam kurun waktu yang cukup lama yaitu 14 sampai 28 hari^{1,8,9}. Pasien juga harus diberikan edukasi untuk menjaga kebersihan tubuh seperti mandi dua kali sehari, tidak menggunakan pakaian ketat, ganti baju saat setelah berkeringat dan lain sebagainya. Kepatuhan menjalani terapi akan sangat menentukan keberhasilan pengobatan. Terapi yang tidak adekuat dapat menyebabkan lesi radang yang rekuren dan mengganggu kualitas hidup pasien dan keluarganya⁸.

Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif dan berkelanjutan untuk mengidentifikasi faktor resiko, masalah klinis dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien dan keluarga.

Kasus

Ny. M, usia 58 tahun, agama Islam, suku Betawi, ibu rumah tangga, datang ke Poli Umum Puskesmas Rawat Inap Kota Karang pada 11 Juni 2022, dengan keluhan terdapat bercak kemerahan pada kedua

lipat payudara dan kedua lipat paha sejak kurang lebih 6 minggu. Keluhan bercak disertai rasa gatal yang dirasa semakin berat, terutama saat pasien berkeringat. Pasien menggaruk bercak tersebut saat gatal.

Riwayat pengobatan pasien menggunakan krim hidrokortison yang direkomendasikan oleh tetangganya setelah 1 minggu timbul bercak. Kemudian karena tidak membaik dan bercak malah menyebar, pasien berobat ke dokter dan diberikan salep anti jamur oleh dokter. Pasien menggunakan krim tersebut tidak teratur. Pasien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari namun rasa gatal terkadang mengganggu tidur pasien.

Pasien sudah pernah memiliki keluhan yang sama sekitar 5 bulan lalu yang telah sembuh dengan pengobatan dokter. Saat ini, tidak ada anggota keluarga atau tetangga sekitar pasien yang memiliki keluhan sama. Pasien juga pernah menderita infeksi jamur pada kepala sekitar 1 tahun lalu yang juga sudah sembuh dengan pengobatan dokter. Riwayat menggunakan krim atau lotion pada tubuh sebelum timbulnya keluhan disangkal.

Riwayat penyakit hipertensi maupun diabetes melitus disangkal oleh pasien. Pasien juga tidak memiliki riwayat penyakit yang mengharuskan pasien mengonsumsi obat antibiotik maupun steroid dalam jangka waktu yang panjang. Pasien tidak merokok dan minum alkohol. Namun, menantu pasien yang tinggal serumah dengan pasien merokok di rumah sore hari setelah dia bekerja. Dalam satu hari menantu pasien merokok sekitar 4-5 batang di rumah.

Pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang sehari-hari melakukan kegiatan di rumah. Pasien mengaku sering berkeringat terutama saat siang hari karena cuaca di sekitar rumah pasien yang panas dan aktivitas yang dilakukan pasien di rumah seperti merapikan rumah, menyapu, dan mencuci.

Personal hygiene pasien, pasien mandi biasanya 2-3x sehari yaitu saat pagi dan sore hari. Jika siang hari dan keluhan gatal terasa berat, pasien juga mandi dengan menggunakan air hangat. Pasien jarang mencuci tangan kecuali saat hendak makan. Pasien terbiasa mengganti pakaian dan dalaman 2x sehari yaitu pagi dan sore, bukan segera mengganti pakaian saat setelah banyak berkeringat. Pasien menggunakan pakaian tidak ketat dan berbahan katun dalam kesehariannya. Pasien mengaku menjemur handuk yang digunakannya di pintu kamar mandi yang tidak terkena panas matahari setelah selesai mandi. Pasien mencuci handuknya setiap seminggu sekali.

Pasien makan 2-3x sehari dengan porsi makan lebih banyak karbohidrat dibandingkan dengan lauk pauk dan sayur-sayuran. Lauk pauk yang dikonsumsi oleh pasien diolah dengan cara digoreng. Pasien mengaku cukup sering mengonsumsi buah-buahan seperti jeruk. Pasien tidak pernah berolahraga maupun mengikuti kegiatan senam di puskesmas. Pasien tidur pukul 9-10 malam setiap harinya dan bangun sekitar pukul 5 pagi.

Pasien tinggal di rumah bersama dengan anak perempuan, menantu, dan cucunya. Pencahayaan dan ventilasi di rumah pasien cukup baik, terdiri atas dua jendela dan lubang angin yang berada di atas jendela. Kebersihan rumah cukup baik namun kebersihan dapur dan kamar mandi kurang baik. Terdapat barang yang menumpuk dan tidak tersusun rapi, terutama yang berada di dapur. Rumah menggunakan listrik dan pasien memakai kipas angin sebagai pendingin ruangan.

Sejak 6 minggu lalu, terdapat bercak kemerahan pada lipat payudara kanan dan kiri. Keluhan bercak disertai rasa gatal. Awalnya timbul bercak seukuran jarum pentul dan disertai bintil-bintil berisi air pada lipat payudara kanan. Bercak kemerahan kemudian membesar menjadi seukuran telapak tangan, meluas dan menyebar ke lipat payudara kiri serta ke sisi samping tubuh bagian kanan dan kiri.

Keluhan gatal dirasa semakin berat, terutama saat pasien berkeringat. Pasien menggaruk bercak tersebut saat gatal.

Sejak 2 minggu lalu, timbul bercak kemerahan yang dikelilingi bintil-bintil seukuran jarum pentul di lipat paha kanan dan kiri bagian luar. Keluhan juga disertai rasa gatal yang terasa memberat ketika berkeringat. Bercak kemudian meluas hingga ke lipat paha kanan dan kiri bagian dalam serta keluhan gatal dirasa semakin berat. Keluhan demam disangkal, keluhan bercak terasa nyeri, panas, dan kebas disangkal.

Riwayat pengobatan pasien menggunakan krim hidrokortison yang direkomendasikan oleh tetangganya setelah 1 minggu timbul bercak. Kemudian karena tidak membaik pasien berobat ke dokter dan diberikan salep anti jamur oleh dokter. Pasien menggunakan krim tersebut tidak teratur karena sering lupa. Pasien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari namun rasa gatal terkadang mengganggu tidur pasien.

Tidak ada anggota keluarga pasien, atau tetangga pasien yang memiliki keluhan serupa. Pasien pernah memiliki keluhan yang sama sekitar 5 bulan lalu yang telah sembuh dengan pengobatan dokter. Saat ini, tidak ada anggota keluarga atau tetangga sekitar pasien yang memiliki keluhan sama. Pasien juga pernah menderita infeksi jamur pada kepala sekitar 1 tahun lalu yang juga sudah sembuh dengan pengobatan dokter.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data pasien datang dengan menggunakan baju gamis yang tidak ketat. Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran kompos mentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu 36,7°C. Berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm, status gizi berdasarkan IMT 28,06kg/m² (*overweight*).

Pemeriksaan kepala normocephal, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga kanan dan kiri bentuknya simetris, warna sama dengan kulit, tidak terdapat

nyeri tekan dan tidak nyeri saat ditarik. Tidak ada sekret yang keluar dari kedua liang telinga. Liang telinga kanan dan kiri tampak lapang dan tidak terlihat adanya peradangan. Serumen pada kedua liang telinga dalam batas normal. Membrane timpani kedua telinga intak, tidak ada perforasi, bulging, dan retraksi. Hidung tidak tampak adanya deviasi dan tidak ada sekret. Bibir tidak sianosis dan tidak kering.

Hasil pemeriksaan jantung tidak tampak ictus cordis dan teraba ictus cordis pada SIC 5. Pada perkusi didapatkan batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC dua jari medial linea midclavicular sinistra. Auskultasi menunjukkan bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan.

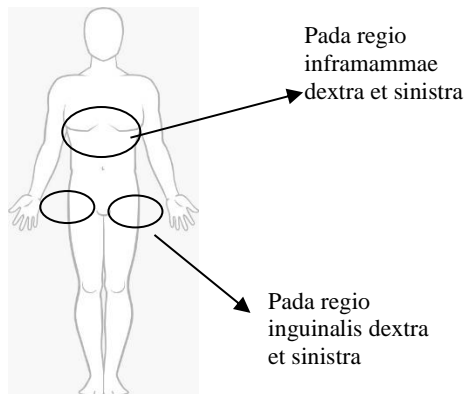
Pada pemeriksaan paru, tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ditemukan adanya retraksi maupun pernapasan tertinggal. Fremitus taktil sama antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan ataupun massa. Saat dilakukan perkusi didapatkan suara sonor di seluruh lapang paru. Pemeriksaan auskultasi terdengar suara vesikuler.

Pada pemeriksaan abdomen, tampak abdomen cembung. Auskultasi terdengar bising usus 12x/menit. Saat di palpasi tidak didapatkan nyeri tekan, massa, maupun pembesaran organ. Perkusi pada abdomen didapatkan data timpani.

Ekstremitas teraba hangat, tidak tampak edema, CRT <2 detik. Tidak ditemukan adanya nyeri tekan, gerakan masih dalam batas normal.

Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan data status dermatologis pada regio inframammae dekstra et sinistra et inguinalis dekstra et sinistra terdapat patch eritematosa multiple, sirkumskripta, bentuk tidak teratur, ukuran lenticular hingga plakat disertai skuama tipis berwarna putih. Terdapat lesi satelit.

Dilakukan pemeriksaan fisik kulit sederhana yaitu pemeriksaan tetesan lilin dan Auspitz sign pada skuama dan didapatkan hasil negatif.



Gambar 1. Ilustrasi status dermatologis pasien

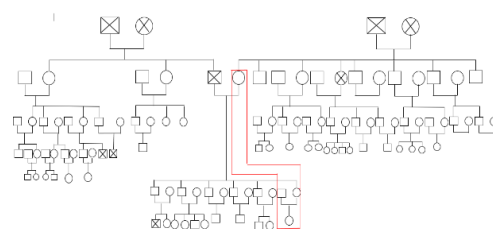
Ny. M merupakan ibu berusia 58 tahun. Anak pertama dari delapan bersaudara. Pasien memiliki suami yang telah meninggal dan 6 anak, 5 laki-laki dan 1 perempuan. Pasien tinggal di rumah bersama anak perempuan, menantu, dan cucu perempuannya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga orang tua tunggal (*single parent family*). Ny. S, anak bungsu pasien berusia 21 tahun yang bekerja sebagai ibu rumah tangga. Tn. D, suami Ny. S, menantu pasien, usia 26 tahun yang bekerja sebagai wiraswasta merupakan satu-satunya sumber penghasilan di keluarga pasien. Sedangkan An. N, merupakan cucu pasien yang baru berusia 40 hari. Walaupun kelima anak laki-laki pasien telah berkeluarga dan tinggal terpisah dengan pasien, namun komunikasi tetap terjalin erat melalui *hanphone* atau anak-anak pasien yang mengunjungi rumah pasien setiap minggu atau bulan.

Orang yang bekerja di keluarga adalah Tn. D yang berpenghasilan perbulan ±Rp. 2.000.000. Penghasilan mereka digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan terkadang dipakai untuk rekreasi ke pantai atau taman saat ada hari besar tertentu, namun dapat dikatakan sangat jarang. Kebutuhan materi keluarga cukup terpenuhi sampai tingkat kebutuhan primer. Seluruh anggota keluarga sudah memiliki asuransi kesehatan seperti BPJS, kecuali cucu pasien yang baru lahir.

Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga diputuskan oleh pasien.

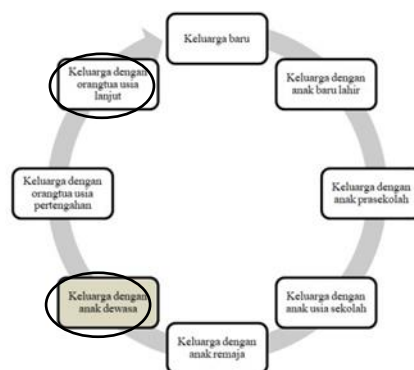
Keputusan dibuat setelah pasien mendiskusikan dan melakukan musyawarah dengan anak-anak serta menantunya. Pasien memiliki hubungan yang dekat dengan anak dan menantunya yang tinggal serumah, dimana pasien sering menceritakan keluh kesahnya. Pasien, anak perempuan, dan menantunya biasanya menghabiskan waktu bersama pada malam hari setelah maghrib.

Perilaku berobat keluarga sudah baik yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan yang berjarak ±5 kilometer dari rumah pasien dengan menggunakan motor dan terkadang pasien jalan kaki untuk berobat ke puskesmas jika tidak ada yang mengantar.



- Keterangan Gambar:**
- ☒ : Meninggal
 - ☓ : Meninggal
 - ☐ : Keturunan
 - ☐ : Pernikahan
 - ☐ : Laki-laki
 - : Perempuan
 - (with blue border) : Pasien
 - ☐ (with red border) : Satu rumah

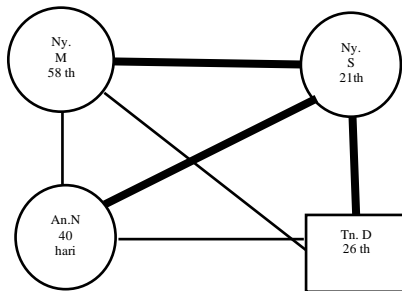
Gambar 2. Genogram



Gambar 3. Tahapan siklus keluarga

Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap 6 dan 8, yaitu

keluarga dengan anak dewasa dan orang tua usia lanjut.



Keterangan:

— : Hubungan sangat erat

— : Hubungan erat

Gambar 4. Peta keluarga

Tabel 1. APGAR Keluarga

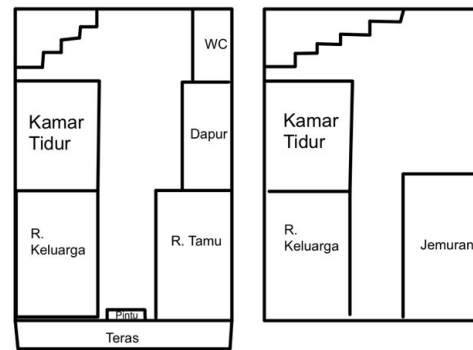
APGAR	Skor
Adaptation Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
Growth Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan- keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	1
Affection Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
Resolve Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	1
Total	7

Interpretasi : disfungsi keluarga sedang

Tabel 2. SCREAM Keluarga

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 menerapkan norma dan sopan santun sesuai dengan budaya setempat	Tidak Ada
Religious Menerapkan ajaran agama islam dalam kehidupan sehari-hari.	Tidak Ada
Economic Penghasilan keluarga berasal dari menantu yang penggunaannya dipakai untuk keperluan sehari-hari.	Penghasilan keluarga yang terbatas menyebabkan kesulitan untuk memenuhi kebutuhan sekunder, tersier dan biaya tak terduga
Education Orang tua telah menyekolahkan semua anaknya hingga lulus SMA	Keterbatasan penghasilan membuat anak-anaknya tidak mampu sekolah hingga jenjang kuliah

Medical	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas	Pengobatan masih bersifat kuratif



Gambar 5. Denah rumah Ny. M

Pasien tinggal di rumah milik sendiri yang berukuran 5 x 7 m². Rumah pasien memiliki dua lantai, terdapat 2 kamar tidur (1 di lantai atas dan 1 di lantai bawah), 1 kamar mandi berukuran 1 x 1m² yang berada di dalam rumah dengan wc jongkok, 2 ruang keluarga (1 di lantai atas dan 1 di lantai bawah), 1 ruang tamu, dan 1 dapur. Pasien jarang melakukan aktivitas di lantai 2 kecuali menjemur. Dinding rumah terbuat dari tembok, lantai rumah seluruhnya adalah keramik. Atap terbuat dari plafon.

Penerangan cukup yaitu berasal dari jendela dan terpasang listrik dengan kepemilikan pribadi. Ventilasi dan jendela ada dua berada di ruang keluarga lantai bawah dan atas serta lubang udara yang berada di atas jendela dan pintu. Terdapat pintu di bagian samping rumah pasien. Secara keseluruhan rumah tampak tertata rapi dan cukup bersih, namun kebersihan dapur dan kamar mandi kurang baik.

Sumber air minum dari air gallon. Sumber air berasal dari pompa listrik. Saluran air dialirkan ke septik tank. Limbah dan sampah dibuang di got belakang rumah pasien. Jarak antara rumah pasien dengan rumah tetangga lain saling berdekatan. Lingkungan tempat tinggal pasien tampak padat. Jarak sumur bor ke septik tank sekitar empat hingga lima meter atau kurang dari sepuluh meter. Rumah berada di sebuah gang kecil yang hanya bisa dilewati maksimal satu mobil.

Diagnosis holistik awal, pada aspek personal alasan kedatangan pasien adalah karena bercak merah yang semakin meluas disertai gatal pada kedua lipat payudara dan lipat paha yang belum kunjung sembuh sudah kurang lebih 6 minggu. Pasien juga merasa khawatir dan terganggu karena penyakitnya, terutama saat gatal terasa hebat dirasakan. Pasien takut penyakitnya tidak bisa sembuh karena sebelumnya pasien pernah mengalami keluhan serupa yang sudah sembuh namun timbul kembali. Harapan pasien berobat adalah mendapat pengobatan terkait penyakitnya hingga keluhan yang dirasakan bisa sembuh. Persepsi pasien saat datang ke fasilitas kesehatan adalah pasien tidak mengetahui apa penyebab keluhan yang dirasakan dan menganggap bahwa penyakit pada kulit tersebut tidak menular.

Pada aspek klinik, ditetapkan diagnosis kandidiasis kutis intertriginosa (ICD X: B.37.2) dan *overweight* (ICD X: E66). Pada aspek risiko internal, peningkatan usia akan memudahkan risiko infeksi karena menurunnya imunitas. Pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami, faktor risiko, pengobatan, serta risiko penularannya (ICD X : Z55.9). Kurangnya pengetahuan tentang hygiene pribadi. Pasien sering tidak langsung mengganti pakaian saat berkeringat dan jarang mencuci tangan (ICD X : Z55.9). Serta aktivitas fisik keseharian yang kurang karena pasien hanya ibu rumah tangga (ICD

X Z72.3). Juga kebiasaan menggaruk dengan menggunakan tangan.

Pada aspek risiko eksternal, cuaca yang dominan panas di area tempat tinggal pasien, kurangnya pengetahuan keluarga terkait penyakit yang diderita pasien, penyebab dan pengobatannya sehingga pasien diberikan salep yang diberitahu oleh tetangga dan dibeli secara bebas tanpa mengetahui pasti indikasi pemakaian salep tersebut (ICD X : Z55.9). Derajat fungsional 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit.

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan non medikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan pasien dan mencegah agar bercak tidak meluas. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit pasien, penyebab, faktor risiko penyakit, tanda dan gejala, pengobatan dan pencegahan. Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melakukan anamnesis dan memenuhi data pasien, kunjungan kedua untuk intervensi dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi. Intervensi yang dilakukan secara *Patient-Centered*, dengan non-medikamentosa maupun medikamentosa. Intervensi non-medikamentosa yaitu dengan mengkonfirmasi kepada pasien terkait penyakit yang diderita, penyebab dan faktor risiko dari penyakit tersebut, menginformasikan mengenai prognosis penyakit pasien dan rencana pengobatan yang akan dilakukan kepada pasien. Memberikan edukasi pada pasien terkait cara menggunakan obat dengan benar, untuk memperhatikan kebersihan diri dengan cara jika sudah mulai berkeringat bisa mengganti bajunya, gunakan baju yang menyerap keringat dan usahakan tidak memakai pakaian yang ketat. Pasien juga diberikan edukasi agar menjaga agar tubuh terutama area yang terkena infeksi tidak berkeringat dan lembab, menjemur handuk tidak didalam kamar mandi, melainkan

diluar yang terkena sinar matahari sehingga tidak lembab, tidak menggaruk-garuk bercak karena dapat menyebabkan luka dan infeksi sekunder. Patuh dalam menggunakan obat salep yang akan diberikan mengingat pengobatan dilakukan cukup lama. Tidak menggunakan salep sembarangan tanpa anjuran dokter atau petugas medis lainnya. Mengedukasi pasien untuk melakukan berolahraga secara teratur sehari minimal 30 menit dan menghitung kebutuhan kalori pasien perhari sehingga pasien dapat mengurangi porsi makanan sedikit demi sedikit dan mengurangi cemilan sehingga dapat menurunkan berat badan. Medikamentosa¹ yang diberikan adalah berupa topical mikonazol krim 2%, dua kali sehari dioleskan tipis setelah mandi pada bercak dengan melebihi sekitar 1 ruas jari (2 cm) dari bercak, selama 14-28 hari dan oral berupa cetirizine 10 mg, 1 x 1 tablet, sesudah makan (jika gatal).

Konseling kepada keluarga mengenai penyakit pasien, penyebab, faktor risiko penyakit, penularan, tanda dan gejala serta pengobatan. Menjelaskan jika memiliki keluhan yang sama agar segera ke fasilitas layanan kesehatan dan tidak menggunakan salep sembarangan tanpa anjuran dokter. Menjelaskan kepada keluarga perlunya untuk selalu mengingatkan pasien untuk patuh pengobatan karena terapi yang diberikan cukup lama. Menjelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan secara emosional kepada pasien terkait dengan kondisi dan penyakit yang dideritanya.

Pada diagnostik akhir, kekhawatiran pasien berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita. Persepsi pasien telah mengetahui tentang penyakit yang diderita yaitu penyakit infeksi jamur dimana penyembuhannya harus dengan pengobatan yang rutin dan perubahan gaya hidup yang benar. Harapan pasien terhadap penyakitnya adalah keluhan yang dirasakan bisa sembuh dan penyakit tidak semakin memburuk. Aspek klinis kandidiasis kutis intertriginosa (ICD X:

B.37.2) dan *overweight* (ICD X: E66). Pada aspek risiko internal, peningkatan pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami, faktor risiko, pengobatan, serta risiko penularannya; perilaku kebersihan diri sudah baik; pasien sudah mulai meningkatkan aktivitas fisik dengan melakukan olahraga jalan santai selama 30 menit tiap 2-3 hari sekali; kebiasaan menggaruk dengan menggunakan tangan sudah dikurangi.

Pada aspek risiko eksternal, peningkatan pengetahuan keluarga yang tinggal serumah dengan pasien tentang penyakit yang pasien derita sehingga terdapat dukungan keluarga.

Pada derajat fungsional ditetapkan derajat 1 yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan), mandiri dalam perawatan diri.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien perempuan berusia 58 tahun, ditetapkan diagnosis setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis, pasien mengatakan bahwa terdapat keluhan timbul bercak kemerahan pada lipatan payudara kanan dan kiri serta lipatan paha kanan dan kiri sejak 6 minggu lalu. Keluhan bercak disertai dengan rasa gatal yang memberat jika pasien berkeringat. Pasien mengaku sering menggaruk-garuk bercak tersebut. Rasa gatal dirasa semakin memberat hingga terkadang mengganggu aktivitas rumah tangga pasien. Pasien pernah mengoleskan salep hidrokortison namun keluhan tidak membaik dan akhirnya berobat ke dokter.

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran kompos mentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu 36,7°C. Berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm, status gizi berdasarkan IMT 28,06kg/m².

Diagnosis kandidiasis kutis intertriginosa pada pasien ini ditegakkan atas keluhan yang dirasakan pasien yaitu muncul bercak kemerahan pada daerah

lipatan tubuh yang disertai rasa gatal, terutama saat berkeringat. Pada pemeriksaan fisik status lokalis di regio inframammare dekstra et sinistra et inguinalis dekstra et sinistra terdapat patch eritematosa multiple, sirkumskripta, bentuk tidak teratur, ukuran lenticular hingga plak disertai skuama tipis berwarna putih. Terdapat lesi satelit. Dilakukan pemeriksaan fisik kulit sederhana yaitu pemeriksaan tetesan lilin dan Auspitz sign pada skuama dan didapatkan hasil negatif.

Presentasi klasik dari kandidiasis pada kulit yaitu terdapat bercak atau daerah eritematosa, yang berbatas tegas, bersisik dan basah. Lesi yang terasa gatal tersebut dikelilingi oleh satelit yang khas pada kandidiasis kutis berupa vesikel dan pustul kecil atau bula, yang bila pecah meninggalkan daerah erosi, dengan tepi yang kasar dan berkembang seperti lesi primer. Kelainan kulit terlihat sebagai area kulit eritematosa dengan erosi dan maserasi. Pada keadaan kronik dapat terjadi likenifikasi, hiperpigmentasi dan hiperkeratosis. Lokalisasinya biasanya terjadi di daerah-daerah lipatan seperti lipatan payudara, lipatan paha, ketiak, bokong sekitar anus, sekitar pusat, garis-garis jari tangan dan kaki^{1, 4, 10}.

Pemeriksaan tetesan lilin dan Auspitz sign. Fenomena tetesan lilin positif jika lesi yang berupa skuama digores dengan benda berujung agak tajam seperti ujung kuku atau pensil, maka bagian tersebut akan tampak lebih putih daripada sekitarnya dan berbentuk linier sesuai goresan. Pemeriksaan auspitz dilakukan dengan cara mengerok skuama maka akan sampai ke papilla dermis sehingga secara klinis akan tampak titik-titik perdarahan pada permukaan kulit yang skuamanya terkelupas. Pemeriksaan fenomena tetesan lilin dan auspitz ini dilakukan untuk menyingkirkan psoriasis inversa^{4, 10}.

Dari hasil anamnesis didapatkan faktor risiko pada pasien, yaitu usia, pasien dimana usia lansia terjadi kondisi *immunosenscence* yaitu menurunnya kekebalan tubuh pada seseorang terhadap

paparan antigen dari luar sehingga respon imun tubuh terhadap pertahanan infeksi menurun. Akibatnya lansia rentan terkena infeksi dan sering disertai dengan komplikasi. Bila sudah terinfeksi maka pengendalian penyakitnya akan lebih sulit. Infeksi pada usia lanjut bisa disebabkan oleh bakteri, virus, jamur dan mikroorganisme lainnya¹¹.

Pasien mudah berkeringat sehingga mudah untuk membuat suasana tubuh menjadi lembab, tidak segera mengganti pakaian saat berkeringat, tidak menjemur handuk di bawah panas matahari, tidak rajin mencuci tangan kecuali saat akan makan. Beberapa hal di atas merupakan faktor personal hygiene buruk yang mendukung pada pasien mudah terjadi infeksi yang disebabkan oleh jamur^{4, 12}.

Riwayat alergi terhadap cuaca dan makanan disangkal. Riwayat penggunaan krim atau lotion pada tubuh sebelum keluhan timbul disangkal. Sehingga kecurigaan terhadap penyakit yang dicetuskan oleh alergi atau iritan seperti DKI dan DKA dapat disingkirkan. Pasien memiliki riwayat penggunaan obat steroid topikal kurang lebih selama 1 minggu sebelum bercak menyebar lebih luas. Penggunaan steroid dapat menekan respon imun dan menyebabkan pertumbuhan jamur menjadi lebih cepat¹³.

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan terjadinya kandidiasis adalah : Kondisi panas dan lembab dari lingkungan, pakaian ketat, pakaian tidak menyerap keringat, keringat berlebihan, atau karena kegemukan (Obesitas), atau trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), keseimbangan flora normal tubuh terganggu (pemakaian antibiotik atau steroid jangka panjang), Penyakit/kondisi tertentu, seperti: HIV/AIDS, DM, kehamilan, menstruasi (ketidak seimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur)^{1,4, 13}.

Pada pasien juga terdapat faktor risiko obesitas yang didapat dari hasil pemeriksaan fisik yaitu berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm, status gizi berdasarkan

IMT 28,06kg/m² sehingga dapat dikategorikan sebagai *overweight*. Obesitas dengan lingkar perut pada ukuran tertentu (pria >90cm dan Wanita >80cm) juga memiliki dampak terhadap sistem metabolik, yaitu pada peningkatan trigliserida dan penurunan kolesterol HDL, serta dapat meningkatkan risiko peningkatan tekanan darah. Keadaan tersebut disebut dengan sindrom metabolik. Dampak obesitas terhadap penyakit lain yaitu osteoarthritis, stroke, penyakit jantung coroner, gangguan menstruasi, diabetes¹⁴.

Selain dampak yang telah disebutkan, keadaan obesitas juga memiliki dampak terhadap kulit. Pada pasien obesitas rentan terkena infeksi jamur terutama di daerah lipatan akibat proses oklusi. Obesitas menjadikan seseorang menjadi mudah berkeringat yang akan memperburuk keluhan yang dirasakan pasien^{15, 16}.

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa secara klinis pasien menderita kandidiasis kutis intertriginosa. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien untuk menunjang diagnosis kandidiasis yaitu dengan melakukan pemeriksaan KOH untuk memastikan dermatofitosis dimana dapat dilakukan dengan KOH 20% atau pewarnaan gram dimana akan ditemukan blastospora dan pseudohifa^{1,4, 17}.

Bila peralatan memadai, pemeriksaan kultur jamur dapat dilakukan untuk menunjang diagnosis dan jamur penyebab infeksi. Kultur jamur dilakukan pada media Saboraud's Dextrosa Agar (SDA) dan akan didapatkan pertumbuhan jamur secara makroskopis dijumpai koloni berwarna putih kekuningan, berbentuk bulat sebesar jarum pentul dan koloni berwarna kehitaman bertekstur kasar dan putih halus berbentuk bulat dengan diameter 2-2,5cm. Pada pemeriksaan mikroskopis hasil kultur didapatkan blastospora¹⁷.

Di antara infeksi kulit yang disebabkan jamur, kandida merupakan

penyebab yang sering. Sedangkan dari keseluruhan infeksi oleh kandida, *C. albicans* merupakan patogen yang paling banyak menjadi agen kausatif (sekitar 70-80%), diikuti penyebab lainnya antara lain *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilopsis* dan lain-lain. Hal ini disebabkan karena *C. albicans* merupakan jamur saprofitik yang terdapat secara normal di mukokutaneus, juga karena memiliki faktor virulensi yang tinggi dan ketahanannya lebih tinggi terhadap eliminasi oleh sistem imun dibandingkan spesies kandida yang lain^{4,18}.

Pada kasus ini, pasien ditatalaksana dengan obat mikonazol krim 2% yang diaplikasikan 2 kali sehari yaitu setelah mandi. Krim dioleskan pada seluruh bercak kemerahan yang ada pada lipatan payudara dan lipatan paha. Untuk mengoleskannya juga diaplikasikan di luar bercak, dilebihkan sekitar 1 ruas jari dari lesi. Pemakaian krim dilakukan selama 14-28 hari. Pemberian antifungi sesuai dengan rekomendasi penatalaksanaan kandidiasis kutis yaitu menggunakan antifungi golongan imidazol. Mikonazol merupakan turunan imidazol sintetik yang bersifat lipofilik dan larut dalam air pada pH asam. Mikonazol digunakan untuk pengobatan dermatofita, pitiriasis versikolor, kutaneus kandidiasis, dan dapat juga untuk pengobatan dermatitis seboroik^{1, 4, 19}.

Golongan azol memiliki spektrum yang luas dan bersifat fungistatik yaitu bekerja dengan mereduksi sintesis ergosterol pada membran sel fungal dengan menghambat enzim sitokrom P450. Golongan azol termasuk antifungal yang aman (absorpsi terlokalisir dan kejadian efek samping jarang terjadi), efektif, dan mayoritas memiliki harga yang terjangkau. Mikonazol memiliki efektivitas penyembuhan secara klinis dan mikologis pada kandidiasis kutis sebesar 81-100% dengan efek samping yang minimal. Efek samping penggunaan mikonazol secara topikal yaitu iritasi kulit, eritema, dan pruritus. Selain mikonazol, pasien juga diberikan antihistamin non-sedatif yaitu cetirizine yang berfungsi untuk mengurangi

gejala gatal yang dirasakan sehingga diharapkan pasien merasa lebih nyaman dan tidur tidak terganggu. Cetirizine diberikan sesuai dosis dewasa yaitu 1 x 10 mg^{9,20, 21}.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien beserta keluarga sebanyak tiga kali, dimana dilakukan kunjungan pertama pada hari Senin, 20 Juni 2022. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik terkait penyakit yang diderita, wawancara mengenai keluarga dan lingkungan pasien. Dari hasil kunjungan, pasien masih belum memiliki pengetahuan mengenai penyakit yang diderita. Pasien dan keluarga juga masih mengutamakan perilaku kesehatan kuratif dibandingkan preventif, yaitu hanya memeriksakan kesehatannya jika sudah ada keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa pasien masih mengeluhkan rasa gatal pada bercak merah yang terdapat di daerah lipatan payudara dan lipatan paha. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu 36,7oC. Berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm, status gizi berdasarkan IMT 28,06kg/m². Pemeriksaan status lokalis didapatkan pada regio inframammare dekstra et sinistra et inguinalis dekstra et sinistra terdapat patch eritematosa multiple, sirkumskripta, bentuk tidak teratur, ukuran lenticular hingga plak disertai skuama tipis berwarna putih. Terdapat lesi satelit. Bercak tampak basah dan erosif.

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 25 Juni 2022, untuk melakukan intervensi. Pertama-tama, dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik kembali kepada pasien. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan bahwa pasien masih mengeluhkan rasa gatal sedikit berkurang namun masih terasa berat

saat pasien berkeringat. Tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi nafas 18x/menit, suhu 36,5oC. Berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm, status gizi berdasarkan IMT 28,06kg/m². Pemeriksaan status lokalis didapatkan pada regio inframammæ dekstra et sinistra et inguinalis dekstra et sinistra terdapat patch eritematosa multiple, sirkumskripta, bentuk tidak teratur, ukuran lenticular hingga plakat disertai skuama tipis berwarna putih. Terdapat lesi satelit. Bercak tampak basah dan erusif. Pada kunjungan kedua, pasien juga dilakukan pendataan makanan apa saja yang dimakan pasien dalam sehari dalam bentuk *food recall*.

Setelah itu dilakukan intervensi terhadap pasien dan juga keluarganya dengan menggunakan media poster dalam kalender yang menerangkan tentang penyakit pasien yaitu gejala, pencegahan, cara pengobatan terkait penyakit kandidiasis kutis. Sebelum dilakukan intervensi, pasien dan keluarganya diminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sudah disiapkan mengenai materi intervensi yang akan diberikan untuk menilai wawasan awal pasien dan keluarganya terkait penyakitnya. Terlihat dalam menjawab pertanyaan tersebut, pasien dapat menjawab benar 3 pertanyaan dari 10 pertanyaan, anak dan menantu pasien menjawab benar 4 dari 10 pertanyaan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien dan keluarga masih kurang mengetahui pengertian, penyebab, faktor risiko, pencegahan serta cara pengobatan dari kandidiasis kutis.

Pada kunjungan kedua juga dilakukan penatalaksanaan berupa edukasi pada pasien dan anggota keluarga pasien terkait dengan *personal hygiene* seperti menjemur handuk di tempat yang terkena panas matahari, mencegah tubuh khususnya daerah lipatan agar tidak lembab, mengganti baju ketika berkeringat, dan melakukan cuci tangan dengan cara yang benar. Lalu diberikan edukasi mengenai cara penggunaan terapi mikonazol cream 2%.

Dalam pengelolaan untuk mencegah terjadinya obesitas, yang merupakan faktor risiko terjadinya infeksi jamur, pasien diberitahukan mengenai jumlah kalori yang dibutuhkan dalam sehari dan gambaran pengaturan pola makan serta contoh menu makanan dalam sehari agar pasien tidak makan melebihi jumlah kebutuhan kalori yang telah dihitung.

Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk menambah pengetahuan pasien akan penyakitnya, mengurangi gejala, mencegah perburukan penyakit, meningkatkan kualitas hidup dan mengubah pola hidup pasien, meskipun untuk mengubah hal tersebut memerlukan waktu yang tidak singkat.

Setelah intervensi, kemudian dilakukan kunjungan ketiga, yakni evaluasi pada hari Sabtu, 2 Juli 2022. Dilakukan evaluasi klinis juga dilakukan dengan menanyakan keluhan yang dirasakan dan lesi yang terdapat pada lipat payudara dan lipat paha. Didapatkan bahwa keluhan gatal sudah mulai berkurang dibandingkan dengan sebelumnya. Tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi nafas 18x/menit, suhu 36,5oC. Berat badan 59 kg, tinggi badan 145 cm. Pemeriksaan status lokalis didapatkan pada regio inframammæ dekstra et sinistra et inguinalis dekstra et sinistra terdapat patch eritematosa multiple, sirkumskripta, bentuk tidak teratur, ukuran lenticular hingga plakat. Terdapat lesi satelit. Lesi juga terlihat mongering dan tidak lembab. Warna merah pada lesi belum terlihat memudar secara signifikan.

Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab 10 pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua, dan terlihat hasil yang berbeda. Hasil menjawab pertanyaan yang kedua kali, pasien dan anaknya dapat menjawab benar 7 dari 10 pertanyaan, sedangkan menantu pasien dapat menjawab 8 dari 10 pertanyaan. Terlihat pengetahuan pasien serta

keluarganya mengenai penyakit tersebut meningkat.

Hasil evaluasi mengenai penggunaan obat secara teratur dengan parameter bahwa pasien mengkonsumsi obat secara rutin dan sesuai dengan petunjuk penggunaan didapatkan hasil pasien sudah patuh menggunakan obat sesuai petunjuk. Evaluasi gaya hidup berupa menjaga *personal hygiene* mulai diterapkan pasien. Pasien selalu mengganti baju jika berkeringat. Pasien mengatakan hal tersebut belum dijalankan setiap hari. Intervensi terkait aktivitas fisik juga mulai dijalankan pasien dengan berolahraga santai setiap 3 hari sekali setiap pagi selama 30 menit. Evaluasi terkait pengelolaan pencegahan obesitas, pasien belum sepenuhnya mengatur pola makannya sesuai dengan edukasi yang telah diberikan, yaitu pola makan dengan jumlah kalori yang telah ditentukan. Dilakukan pendataan makanan apa saja yang dimakan pasien dalam sehari dalam bentuk *food recall* kembali dan hasilnya jumlah kalori yang dikonsumsi pasien dalam sehari sudah berkurang, namun kadar lemak dalam makanan yang dikonsumsi dalam sehari masih terbilang melebihi batas kebutuhan lemak.

Simpulan

Diagnosis kandidiasis kutis dapat ditegakkan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik. Terdapat lesi khas berupa bercak atau daerah eritematosa, yang berbatas tegas, bersisik dan basah. Lesi yang terasa gatal tersebut dikelilingi oleh satelit yang khas pada kandidiasis kutis berupa vesikel dan pustul kecil atau bula, yang bila pecah meninggalkan daerah erusif. Faktor risiko kandidiasis kutis adalah usia, kondisi panas dan lembab, *personal hygiene* yang buruk, kegemukan (Obesitas), atau trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), keseimbangan flora normal tubuh terganggu akibat pemakaian antibiotik atau steroid jangka panjang, penyakit/kondisi tertentu, seperti: HIV/AIDS, DM, Pada pasien diberikan edukasi terkait

personal hygiene. Pasien juga diedukasi mengenai pola makan sesuai dengan gizi seimbang, pola olahraga rutin sebagai pencegahan obesitas yang merupakan faktor risiko terjadinya infeksi jamur dan penggunaan obat secara rutin dan sesuai anjuran dokter. Dukungan keluarga diperlukan untuk membantu pasien mengendalikan penyakit pasien. Dari hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan, dapat dilihat bahwa keluhan yang dirasakan berkurang dan kepatuhan Ny. M dalam mengikuti anjuran terapi, baik terapi farmakologi maupun non farmakologi sudah baik.

Disarankan untuk pasien pengetahuan dan wawasan mengenai penyakit kandidiasis kutis serta komplikasinya sehingga dapat melakukan pengelolaan dengan baik. Menjaga *personal hygiene* agar tidak tercipta lingkungan yang mendukung pertumbuhan jamur dan keluhan serupa. Perlu meningkatkan kesadaran dan motivasi guna melakukan pengelolaan penyakit kandidiasis kutis. Menjaga pola makan gizi seimbang serta melakukan aktivitas fisik yang sesuai untuk mengurangi faktor risiko obesitas. Melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan KOH, pemeriksaan kultur jamur, biopsi. Membantu mengawasi pasien selama menjalani pengobatan dan perubahan gaya hidup pasien. Memberikan motivasi dan dukungan moral kepada pasien agar tetap semangat menjalani pengobatan. Pasien juga disarankan untuk melakukan pemeriksaan yang berkaitan dengan dampak obesitas seperti kadar lipid, lingkaran perut dan pemeriksaan lain terkait komplikasi yang mungking timbul akibat obesitas.

Daftar Pustaka

1. Ahronowitz I, Kieron L. Yeast Infection. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: McGraw-Hill; 2019.
2. Polii SVG, Pandaleke H, Kapantow. Profil Kandidosis Intertriginosa di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Prof.

- DR Kandou Manado Periode Januari-Desember 2013. 2016;4(1).
3. Rahmadhani SS, Astari L. Profile of new patients with candida infection in skin and nail. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin 2016; 28(1): 21-9.
4. Menaldi SLSW. 2018. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi ke-7. Jakarta: FK UI.
5. Goedadi M, Suwito PS. Kandidiasis kutan dan mukokutan. Dermatomikosis superfisialis. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
6. Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population. International journal of dermatology. 2012;51(5):509–522.
7. Hidajat D, Yunita H, I Wayan. Karakteristik Penyakit Kulit pada Geriatri di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat Periode 2012-2014. Jurnal Kedokteran Unram. 2017;6(4): 7-13
8. PERDOSKI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta:PERDOSKI; 2017.
9. Depkes R. MIMS Indonesia Petunjuk Konsultasi. 18th ed. UBM Medica Asia Jakarta; 2018.
10. Armstrong, A.W., Bukhalo, M. & Blauvelt, A. A Clinician's Guide to the Diagnosis and Treatment of Candidiasis in Patients with Psoriasis. Am J Clin Dermatol 17, 329–336 (2016).
11. Setiati S, Harimurti K, Govinda A. Proses menua dan implikasi kliniknya. In Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III Edisi 6. Jakarta: Interna Publisher; 2014. p. 3669-3679.
12. Rahmadhani S, Astari L. Profile of new patients with candida infection in skin and nail. Berk Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. 2016;28(1):21–9.
13. Pillai R, Safal Rahim. Topical Steroid Abuse - A Persisting Dilemma - A Case Study of 200 Patients International Journal of Science and Research (IJSR) 2019 ; 8(8):167-170
14. European Association for the Study of Obesity. Facts sheet : Obesity and overweight. Basel : Karger. 2019.
15. World Health Organization/International Association for the Study of Obesity/International Obesity Takforce. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Available at: <http://www.idi.org.au/obesityreport.htm>.
16. Divyashree RA, Naveen KN, Pai VV, Athanikar SB, Gupta G. Cutaneous manifestations of obesity among dermatology patients in a tertiary care center. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2014;80:278.
17. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Schuster MG, Vazquez JA, Walsh TJ, Zaoutis TE. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016.
18. Kashem SW and Kaplan DH (2016) Skin immunity to Candida albicans. Trends in Immunology 37: 440–450
19. Sularsito, Adi A. Dermatologi praktis. Jakarta: Perkumpulan Ahli Dermatologi dan Venereologi Indonesia; 2006.
20. Anaissie, EJ. Clinical Mycology 2nd edition. Churchill Livingstone. Elsevier; 2009.
21. Taudorf EH, Jemec GBE, Hay RJ, Saunte DML. Cutaneous candidiasis - an evidence-based review of topical and systemic treatments to inform clinical practice. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019.