

Penatalaksanaan Holistik Kandidiasis Kutis Pada An. N Usia 14 Tahun Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Puskesmas Tanjung Bintang

Viola Arisanti¹, Aufa Fitri Rahmatika¹, Sahab H. Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

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

Abstrak

Kandidiasis merupakan penyakit infeksi jamur yang 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 internal yaitu *personal hygiene* dan kepatuhan pengobatan baik medikamentosa dan non medikamentosa akan sangat berpengaruh pada kesembuhan pasien. Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan melakukan kunjungan rumah. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik, proses, dan akhir kunjungan secara kualitatif. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, pasien adalah anak perempuan usia 14 tahun dengan kandidiasis kutis intertriginosa. *Personal hygiene* pasien kurang baik. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit sangat terbatas. Edukasi dan intervensi diberikan kepada pasien dan keluarga tentang kandidiasis dan faktor resiko yang dapat memicu terjadinya penyakit ini. Pada faktor internal pada kasus ini yaitu kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dialami, *personal hygiene* yang kurang baik, berat badan berlebih. Sedangkan faktor eksternal pada kasus ini yaitu kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit kandidiasis, cuaca dominan panas. Dilakukan intervensi farmakologis dan non farmakologis dengan memberi edukasi berupa penyebab dan factor risiko penyakit kandidiasis, cara pemakaian obat, *personal hygiene* yang baik, olahraga teratur dan konsumsi makanan dengan pola gizi seimbang. Dalam evaluasi ditemukan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit kandidiasis, peningkatan *personal hygiene* pasien, dan tercapainya kepatuhan pengobatan pasien. Pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga dalam terapi farmakologis maupun nonfarmakologis mampu menyelesaikan masalah kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: Kandidiasis kutis, kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik

Holisti Management of Cutis Candidiasis in A 14 Years Old Child Through Family Medicine Approach at Tanjung Bintang Health Center

Abstract

Candidiasis is a fungal infection caused by *Candida albicans*. In Indonesia, cases of cutaneous candidiasis are the third highest incidence among dermatomycosis cases. In 2013-2016, candidiasis cases were dominated by intertriginous cutaneous candidiasis at 50.5%. Internal risk factors, *personal hygiene*, and compliance with both medical and non-medical treatment, will greatly influence the patient's recovery. The study conducted was a case report. Data was obtained through anamnesis and physical examination by conducting home visits. The assessment is carried out based on a holistic diagnosis, process and end of visit qualitatively. Based on the examination carried out, the patient was a 14 year old girl with intertriginous candidiasis cutis. The patient's *personal hygiene* is not good. Patient and family knowledge about the disease is very limited. Education and intervention are provided to patients and families about candidiasis and risk factors that can trigger this disease. The internal factors in this case are the patient's lack of knowledge about the disease they are experiencing, poor *personal hygiene*, excessive body weight. Meanwhile, the external factors in this case were the family's lack of knowledge about candidiasis, the dominant hot weather. Pharmacological and non-pharmacological interventions are carried out by providing education regarding the causes and risk factors for candidiasis, how to use drugs, good *personal hygiene*, regular exercise and consumption of food with a balanced nutritional pattern. In the evaluation, it was found that there was an increase in patient and family knowledge regarding candidiasis, improvement in patient *personal hygiene*, and achievement of patient treatment compliance. Services with a family medicine approach in pharmacological and non-pharmacological therapy are able to solve health problems and improve the patient's quality of life.

Keywords: Cutis candidiasis, family medicine, holistic management

Korespondensi: Viola Arisanti, alamat Jl. Raden Gunawan, Perum Bumi Puspa Kencana IV, Blok C No.4, Hajimena, Lampung Selatan, HP 085669748180, e-mail violaarisanti6@gmail.com

Pendahuluan

Kandidiasis merupakan penyakit infeksi jamur yang bersifat akut atau subakut dan

dapat berulang. 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}

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.^{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.^{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-lain.⁵

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

Pasien An. N usia 14 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Tanjung Bintang dengan keluhan terdapat bercak kemerahan pada kedua lipat payudara sejak kurang lebih 1 minggu. Keluhan bercak disertai rasa gatal yang dirasa semakin berat, terutama saat pasien

berkeringat. Pasien menggaruk bercak tersebut saat gatal. Keluhan seperti ini baru pertama kali dirasakan oleh pasien. Pasien belum pernah melakukan pengobatan terhadap keluhannya sebelumnya.

Riwayat penyakit diabetes melitus disangkal. Riwayat atopi disangkal. Riwayat menggunakan krim/lotion sebelum muncul keluhan disangkal. 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.

Pasien adalah seorang pelajar SMP. Pasien mengaku sering berkeringat terutama saat siang hari di sekolah karena cuaca di sekitar sekolah pasien yang panas dan aktivitas yang dilakukan pasien di lingkungan sekolah cukup beragam.

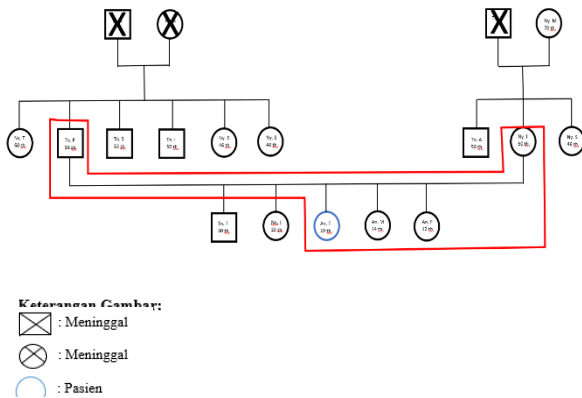
Personal hygiene pasien kurang baik, yaitu pasien biasanya segera tidur siang saat pulang sekolah hingga malam hari tanpa mengganti baju ataupun mandi walaupun telah berkeringat saat berada di sekolah. Pasien mandi biasanya 2x sehari yaitu saat pagi dan sore hari. Terkadang pasien juga menunda mandi sore hingga malam hari. Jika siang hari terasa panas dan berkeringat, pasien tidak segera mandi ataupun mengganti bajunya.

Pasien menggunakan pakaian tidak ketat dan berbahan katun dalam kesehariannya. Pasien mengaku menjemur handuk yang digunakannya di dapur yang tidak terdapat cahaya matahari langsung. Pasien mencuci handuknya setiap dua minggu sekali dan mengganti sprai serta sarung bantal dan guling setiap dua minggu sekali. Pasien jarang mencuci tangan kecuali saat hendak makan.

Pasien makan 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 jarang mengonsumsi buah-buahan. Pasien berolahraga hanya saat jam pelajaran olah raga di sekolah. Pasien mulai tidur pukul 10-12 malam setiap harinya dan bangun sekitar pukul 5-6 pagi.

Pencahayaan dan ventilasi di rumah pasien cukup baik, terdiri atas empat jendela dan empat lubang angin. Kebersihan rumah cukup baik. Rumah menggunakan listrik dan

pasien memakai kipas angin sebagai pendingin ruangan.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. N

Pasien tinggal dirumah bersama dengan kedua orangtua, dan dua orang saudaranya. Hubungan pasien dengan lingkungan sekitar terjalin baik. Upaya menjaga kesehatan pasien masih bersifat kuratif.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/69 mmHg, suhu 36,8°C, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 18x/menit, SpO2 99%, berat badan 65 kg, tinggi badan 158 cm. status gizi berdasarkan IMT 27,6kg/m2 (*overweight*).

Pemeriksaan status lokalis didapatkan pada regio inframammae dekstra et sinistra terdapat macula eritematosa multiple, sirkumskripta, berbatas tegas, ukuran lenticular hingga numuler disertai skuama tipis, terdapat lesi satelit berupa papul, krusta (-), vesikel (-), pustul (-), central healing (-).

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti dengan pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dan tinggal bersama kedua orangtua dan dua orang sudaranya. Komunikasi dalam keluarga baik. Ayah pasien bekerja sebagai buruh tani dan banyak memiliki waktu dirumah. Sedangkan ibu pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan memiliki warung di halaman rumah. Kakak perempuan pasien berumur 18 tahun dan masih sekolah di tingkat SMA. Adik perempuan pasien berumur 12 tahun dan masih sekolah di tingkat SMP. Keputusan dalam keluarga pasien ditentukan melalui musyawarah keluarga.

Sumber penghasilan dalam keluarga pasien berasal dari kedua orangtua pasien

dengan nominal ±Rp. 2.500.000/bulan. Kebutuhan materi keluarga terpenuhi sampai tingkat kebutuhan sekunder. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan BPJS.

Family Apgar Score digunakan untuk menilai fungsi keluarga. Berikut APGAR keluarga An. N

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

Family SCREAM

	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 kedua orang tua yang penggunaannya dipakai untuk keperluan sehari-hari.	Tidak ada
Education	Orang tua mampu menyekolahkan semua anaknya	Tidak ada
Medical	Mengutamakan pengobatan medis bila ada keluarga yang sakit dengan membawa keluarga berobat ke Puskesmas	Pengobatan masih bersifat kuratif

Total Family Apgar Score keluarga An. N adalah delapan yang berarti fungsi keluarga pasien baik (Nilai 8-10, fungsi keluarga baik). Begitupun hasil analisis SCREAM yang didapatkan, dapat disimpulkan bahwa dalam keluarga An. N fungsi keluarga baik.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien anak perempuan berusia 14 tahun yang, ditetapkan diagnosis setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis didapatkan keluhan timbul bercak kemerahan pada lipatan payudara kanan dan kiri sejak 7 hari 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 pasien.

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 terdapat macula eritematosa multiple, sirkumskripita, berbatas tegas, ukuran lenticular hingga numuler disertai skuama tipis, terdapat lesi satelit berupa papul.^{1, 4, 10}

Pasien mudah berkeringat sehingga mudah untuk membuat suasana tubuh menjadi lembab, tidak segera mengganti pakaian saat berkeringat, 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}

Pada pasien juga terdapat faktor risiko berat badan berlebih yang didapat dari hasil pemeriksaan fisik yaitu berat badan 65 kg, tinggi badan 158 cm, status gizi berdasarkan IMT 27,6kg/m² sehingga dapat dikategorikan sebagai *overweight*. Obesitas dengan lingkar perut pada ukuran tertentu (pria >90cm dan Wanita >80cm) juga memiliki dampak terhadap penyakit sindrom metabolik.¹⁴ Selain itu, 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}

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. Untuk mengoleskannya juga diaplikasikan di luar bercak, diletakkan 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 Kamis, 12 Januari 2023. 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.



Gambar 2. Keadaan lokalis pada kunjungan pertama

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 14 Januari 2023, untuk melakukan intervensi. Sebelum dilakukan intervensi, pasien dan keluarganya diminta untuk menjawab pertanyaan yang akan diberikan untuk menilai wawasan awal pasien dan keluarganya terkait penyakitnya. Terlihat dalam menjawab pertanyaan tersebut, pasien dapat menjawab benar 4 dari 10 pertanyaan, orang tua, kakak, dan adik pasien menjawab benar 3 dari 10 pertanyaan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien dan keluarga masih kurang mengetahui pengertian, penyebab, faktor risiko, pencegahan serta cara pengobatan dari kandidiasis kutis.

Dilakukan intervensi terhadap pasien dan juga keluarganya dengan menggunakan media poster yang menerangkan tentang penyakit pasien yaitu gejala, pencegahan, cara pengobatan terkait penyakit kandidiasis kutis. Selain itu diberikan edukasi 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, mengganti sprei dan handuk 1-2x dalam seminggu. 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 olahraga yang baik serta pola makan gizi seimbang.

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 21 Januari 2023. Dilakukan evaluasi klinis juga dilakukan dengan menanyakan keluhan yang dirasakan dan lesi yang terdapat pada liput payudara dan liput perut. Didapatkan bahwa keluhan gatal sudah mulai berkurang dibandingkan dengan sebelumnya.



Gambar 3. Keadaan lokalis pada kunjungan ke-tiga

Pemeriksaan status lokalis didapatkan pada regio *inframammæ dekstra et sinistra* terdapat *macula eritematosa multiple*, *sirkumskripta*, berbatas tegas, ukuran *lenticular* hingga *numuler* disertai *skuama tipis*. Warna merah pada sudah terlihat memudar secara signifikan.

Evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit pada pasien dan keluarga dilakukan dengan meminta untuk menjawab pertanyaan yang sama dengan kunjungan kedua, dan terlihat hasil yang berbeda. Pasien dan kedua saudaranya dapat menjawab benar 8 dari 10 pertanyaan, sedangkan orangtua, kaka, dan adik pasien dapat menjawab 7 dari 10 pertanyaan. Terlihat pengetahuan pasien serta keluarganya mengenai penyakit tersebut meningkat.

Hasil evaluasi mengenai penggunaan obat secara teratur dengan parameter bahwa pasien menggunakan obat secara rutin dan sesuai

dengan petunjuk penggunaan. Evaluasi gaya hidup berupa menjaga *personal hygiene* mulai diterapkan pasien. Pasien selalu mengganti baju jika berkeringat dan segera mencuci pakaian yang telah digunakan. 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 sudah mengatur pola makannya sesuai dengan edukasi yang telah diberikan, yaitu pola makan dengan gizi seimbang.

Simpulan

Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga berbasis evidence based medicine dilakukan secara komprehensif. Pasien diberikan edukasi terkait *personal hygiene* yang baik. 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.

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 superfisial. 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/obesity_report.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.