



**PENATALAKSANAAN PADA PASIEN LAKI-LAKI USIA 50 TAHUN DENGAN
TINEA PEDIS MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA**

Ismalia Qanit*, Azelia Nusadewiarti

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng,
Rajabasa, Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

*ismaliaqanit1@gmail.com

ABSTRAK

Tinea pedis merupakan infeksi jamur dermatofita yang memiliki sifat mengikis keratin di jaringan, khususnya pada kaki. Tinea pedis didapatkan pada orang dengan higien diri, lingkungan sekitar, dan perawatan kaki yang buruk. Pencegahan tinea pedis dapat dilakukan dengan cara pemakaian APD pada saat melakukan kontak dengan faktor penyebab atau memperbaiki higien diri. Tujuan penelitian ini adalah Mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta memberi penatalaksanaan pada pasien dengan penerapan pelayanan dokter keluarga secara holistik berbasis *evidence based medicine*. Metode studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian ini adalah laki-laki usia 50 tahun, datang dengan keluhan gatal dan nyeri pada kaki kanan. Gatal dirasakan sejak 1 minggu lalu. Pasien mengatakan keluhan sering berulang. Diketahui pasien seorang petani dan sering berkontak dengan air karena setiap hari selalu menggunakan sepatu tertutup dalam waktu yang lama. Pasien jarang memperhatikan kebersihan diri setelah beraktifitas.. Diketahui bahwa pasien tinggal bersama dengan 6 anggota keluarga lain dan rumah sedikit lembab. Pasien didiagnosis sebagai tinea pedis. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya. Kesimpulan yaitu telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga pada Tn.H dengan tinea pedis yang disesuaikan dengan EBM. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

Kata kunci: gatal; pendekatan kedokteran keluarga; tinea pedis

**MANAGEMENT OF 50 YEARS OLD MAN WITH TINEA PEDIS THROUGH FAMILY
MEDICINE APPROACH**

ABSTRACT

Tinea pedis is a dermatophyte fungal infection that has the property of eroding keratin in tissues, especially on the feet. Tinea pedis is found in people with poor personal hygiene, environment, and foot care. Prevention of tinea pedis can be done by using PPE when making contact with the causative factor or improving personal hygiene. Identify risk factors, clinical problems, and provide management to patients by implementing holistic family doctor services based on evidence based medicine. The analysis of this study is a case report. Primary data were obtained through history taking and physical examination. Secondary data were obtained from the patient's medical records at the Puskesmas. Assessment is carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. A 50 year old male, came with complaints of itching and pain in his right leg. Itching has been felt since 1 week ago. The patient says the complaint is often recurring. It is known that the patient is a farmer and has frequent contact with water because he always wears closed shoes every day for a long time. Patients rarely pay attention to personal hygiene after activities. It is known that the patient lives with 6 other family members and the house is a bit damp. The patient was diagnosed as tinea pedis. The evaluation results obtained were a decrease in clinical symptoms and an increase in patient and family knowledge. A holistic management with a family doctor approach has been carried out on Mrs. M with tinea pedis adapted to EBM. The

interventions carried out have increased the patient's knowledge and changed some of the behavior of the patient and his family, which was indicated by improvements in the final holistic diagnostic.

Keywords: *family medicine approach; itching; tinea pedis*

PENDAHULUAN

Kulit merupakan bagian tubuh yang paling luas dan menutupi seluruh permukaan tubuh manusia. Kulit berfungsi sebagai proteksi juga dapat mengalami gangguan seperti infeksi yang disebabkan oleh agen mikrobiologis (Pranata & Sumijan, 2019). Pada umumnya penyakit kulit yang terjadi di wilayah Indonesia banyak disebabkan oleh infeksi jamur, bakteri, parasit, serta virus yang juga dipengaruhi oleh berbagai hal sehingga memberikan penggambaran yang berbeda terhadap kondisi klinis penyakit kulit seperti kebiasaan, iklim dan kondisi lingkungan. Dermatofitosis adalah salah satu penyakit kulit yang sering terjadi dan disebabkan oleh jamur golongan dermatofita (Kumar et al, 2020).

Dermatofitosis merupakan penyakit yang terjadi pada jaringan tubuh yang mengandung zat tanduk pada bagian epidermis, rambut serta kuku. Prevalensi dermatofitosis ini mencapai 20-25% dari populasi dunia dan terus mengalami peningkatan. Dermatofitosis dapat menular secara langsung maupun tidak langsung dari manusia ke manusia (anthropophilic organism), dari hewan (zoophilic organism) serta dari tanah (geophilic organisms). Penularan juga dapat terjadi secara tidak langsung dengan perantara benda lain sebagai media penularan, seperti topi, handuk, sisir serta kaos kaki yang penggunaannya dilakukan secara bergantian dengan orang yang telah terinfeksi (Triana et al, 2020).

Dermatofitosis dikenal sebagai "tinea". Jamur penyebab dermatofitosis adalah *Trichophyton* sp., *Microsporum* sp., dan *Epidermophyton* sp. Berdasarkan lokasi yang terkena, dermatofit secara klinis diklasifikasikan ke dalam jenis berikut: tinea capitis (kepala), tinea faciei (wajah), tinea barbae (jenggot), tinea corporis (tubuh), tinea manus (tangan), tinea cruris (pangkal paha), tinea pedis (kaki), dan tinea unguium (kuku) (Menaldi, 2018; Wirya et al, 2010). Faktor penting yang berperan dalam penyebaran dermatofita ini adalah kondisi kebersihan lingkungan yang buruk, daerah pedesaan yang padat, dan kebiasaan menggunakan pakaian yang ketat atau lembab (Soepardiman, 2015).

Dermatofit ini mempengaruhi struktur keratin seperti rambut dan stratum korneum epidermis yang menghasilkan ruam karakteristik. Ciri khas pada infeksi jamur adanya *central healing* yaitu bagian tengah tampak kurang aktif, sedangkan bagian pinggirnya tampak aktif. Adapun faktor predisposisi seperti panas, lingkungan yang lembab, penggunaan alas kaki tertutup, dan hiperhidrosis. Untuk durasi penyakit ini bisa hingga berbulan-bulan hingga bertahun-tahun apabila tidak ditatalaksana secara tuntas dan pajanannya tetap ada (Haerani & Zulkarnain, 2021).

Adapun prevalensi tinea pedis adalah sebesar 2,9% dari infeksi jamur yang lain. Organisme penyebab tinea pedis diidentifikasi sebagai *Trichophyton rubrum* (44,8%) dan *Trichophyton mentagrophytes* (44,8%), diikuti oleh *Epidermophyton floccosum* (7%) dan *T. tonsurans* (3,4%). Laki-laki pasca pubertas lebih banyak terkena dibanding wanita, biasanya mengenai usia 18-25 tahun serta 40-50 tahun (Kemenkes, 2014).

Kejadian tinea pedis lebih banyak didapatkan pada laki-laki dibandingkan dengan wanita dan meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Insidensi penyakit jamur di Indonesia berkisar 2,93-27,6% pada tahun 2009-2011. Di Indonesia, dermatofitosis merupakan 52% dari seluruh dermatomikosis dan tinea pedis merupakan salah satu dari dermatofitosis terbanyak. Insidensi

dermatomikosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia yang menunjukkan angka persentase terhadap seluruh kasus dermatofitosis bervariasi dari 2,93% (Semarang) yang terendah sampai 27,6% (Padang) yang tertinggi (Sutanto et al, 2008; Bertus et al, 2015).

Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penatalaksanaan tinea pedis dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga. Hal ini dilakukan agar dapat mengidentifikasi faktor risiko internal maupun eksternal yang ada pada pasien, sehingga dapat melakukan penatalaksanaan berbasis *evident based medicine* yang bersifat *family-approach*, *patient-centered* dan *community oriented*

METODE

Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien yaitu dengan mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis. Penatalaksanaan pasien berdasarkan pendekatan *patient centred* dan *family approach*, yaitu pelayanan kesehatan yang melibatkan hubungan antara dokter, pasien dan keluarga pasien. Tujuan dilakukannya metode *family approach* yaitu untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan dapat menghargai keinginan dan kebutuhan pasien.

HASIL

Ilustrasi Kasus

Seorang Laki-laki usia 50 tahun, datang dengan keluhan terdapat bercak merah bersisik disertai gatal dan nyeri pada pergelangan kaki kanan pasien, sehingga pasien sering menggaruk bagian gatal tersebut. Gatal-gatal sudah dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Awalnya keluhan hanya berupa bercak merah yang disertai gatal, lama kelamaan muncul sisik di atasnya, kemudian berkembang dan pasien menggaruk area tersebut hingga sekarang sudah terdapat luka koreng. Keluhan akan semakin gatal terutama saat berkeringat. Saat terasa gatal, pasien akan menggaruknya hingga kadang tampak keluar cairan bening.

Keluhan ini baru pertama kali muncul. Pasien juga belum pernah berobat sebelumnya atau membeli obat-obatan warung. Riwayat sering meminum obat-obatan warung dalam jangka panjang disangkal. Riwayat alergi, asma, atau bersin-bersin di disangkal. Riwayat kencing manis dan darah tinggi sebelumnya disangkal. Diketahui bahwa pasien seorang petani berkontak dengan air karena setiap hari selalu menggunakan sepatu tertutup dalam waktu yang lama. Pasien jarang memperhatikan kebersihan diri setelah beraktifitas. Pasien mandi dua kali sehari.

Diketahui bahwa pasien tinggal bersama dengan 7 anggota keluarga lain dan rumah sedikit lembab. Di keluarga tidak ada yang mengeluhkan hal yang sama dengan pasien. Pasien menyangkal adanya riwayat alergi makanan ataupun obat-obatan. Pasien menyangkal adanya gatal yang meningkat pada malam hari. Memiliki faktor risiko internal, yaitu pasien tidak menjaga higienis diri serta pasien belum mengetahui pola penularan infeksi jamur dan bagaimana mencegahnya. Adapun faktor risiko eksternal pada pasien ini antara lain rumah pasien yang berantakan dan lembab, terdapat ventilasi dan jendela tetapi jarang dibuka.

Pasien tinggal bersama istri, anak keempat, suami anak keempat, dan tiga orang cucu dari anak keempat. Hubungan pasien dengan istrinya cukup baik akan tetapi dukungan keluarga untuk memotivasi pasien agar sembuh tergolong kurang dikarenakan keluarga pasien jarang memerhatikan kondisi penyakit pasien sehingga pasien selalu berobat sendiri ke puskesmas. Hubungan pasien dengan lingkungan tetangga baik dan harmonis. Tetapi pasien jarang mengikuti kegiatan sosial di luar rumah. Pasien sadar akan penyakitnya sehingga berkeinginan kuat untuk sembuh. Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji pasien yang bekerja sebagai

Petani. Pasien mengatakan bahwa pendapatannya cukup digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, namun kurang untuk kebutuhan sekunder dan tersier.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,5°C; tekanan darah: 120/80 mmHg; frekuensi nadi: 81x/ menit; frek. nafas: 18x/menit; berat badan: 60 kg; tinggi badan: 165 cm. IMT: 22,2 kg/m², status gizi normal.

Status generalis

Kepala : Bentuk Normocephal, rambut kehitaman tidak mudah dicabut.

Mata Kanan : Injeksi konjungtiva (-), injeksi siliar (-), sklera ikterik (-), secret (-)

Mata Kiri: Konjungtiva anemis (-) injeksi siliar (-), sklera ikterik (-), secret (-)

Telinga: lesi (-), hiperemis (-), sekret (-).

Hidung: sekret (-), deviasi (-), nafas cuping hidung (-)

Bibir: Bibir kering (-), sianosis (-), pucat (-).

Leher: Simetris, trakea ditengah, pembesaran KGB(-), pembesaran tiroid(-).

Jantung

I: Ictus cordis tidak tampak

P: Ictus cordis teraba pada SIC 5

P: Batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 2 jari medial linea midclavicular sinistra

A: BJ I/II reguler

Paru

I:Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)

P: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P: Sonor +/+

A: Rhonki (-), wheezing (-)

Abdomen

I: Datar

A: BU (+) 8 kali per menit

P: Nyeri tekan (-)

P: Timpani

Ekstremitas

Superior: Akral hangat, edem (-/-), CRT kurang dari 2 detik.

Inferior: Akral hangat, edem (-/-), CRT kurang dari 2 detik

Muskuloskeletal dan neurologis: Kesan dalam batas normal.

Status Dermatologis

Pada regio pedis dextra tampak plak, soliter, sirkumskripta, ukuran numular, tepi aktif (bentuk polisiklik), dengan skuama putih halus disertai eksoriasi dan krusta kecoklatan.

Pemeriksaan Penunjang

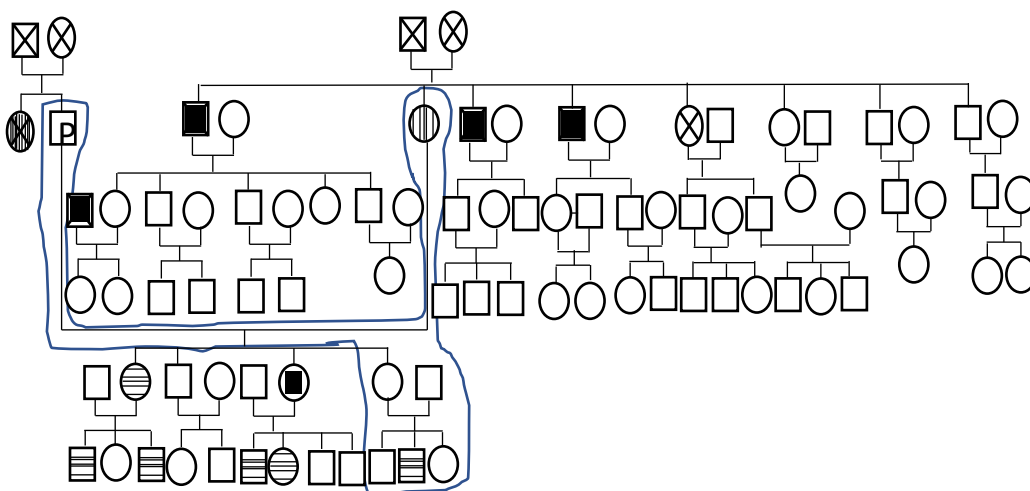
Tidak dilakukan

Data Keluarga

Pasien merupakan anak terakhir dari dua bersaudara. Kedua orang tua pasien sudah meninggal. Pasien tinggal bersama istri (Ny. S), anak keempat (Ny. I), menantu dari anak keempat (Tn. M), dan tiga orang cucu dari anak keempat (An. Is, An. In, dan An. M). Bentuk keluarga pada keluarga pasien ini adalah keluarga majemuk yaitu terdapat ayah, ibu, anak, menantu, dan tiga cucu.

Pasien merupakan petani. Pendapatan perbulan pasien adalah 2.000.000. Selain itu, anak kedua pasien memberikan uang sekitar ±800.000 per minggu untuk pasien dan istri untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Kebutuhan materi keluarga dipenuhi dari hasil bekerja dan pemberian anak kedua, yang digunakan untuk menghidupi 7 anggota keluarga yang tinggal serumah. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan namun terkadang ketika berobat tidak digunakan karena tidak diizinkan oleh anak kedua pasien, semua biaya pengobatan ditanggung oleh anak kedua pasien. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya apabila sakit ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari, namun hal tersebut tetap tergantung dari hasil musyawarah keluarga apakah perlu berobat atau tidak. Keluarga pasien berobat ke fasilitas kesehatan pertama terdekat yang berjarak ±1 km dari rumah. Pasien jika berobat diantar keluarga dengan kendaraan pribadi yaitu sepeda motor. Kebutuhan materi keluarga cukup terpenuhi hanya sampai tingkat kebutuhan primer. Pasien tidak memiliki sumber masukan lainnya. Hanya pasien dan suami pasien yang memiliki asuransi kesehatan.

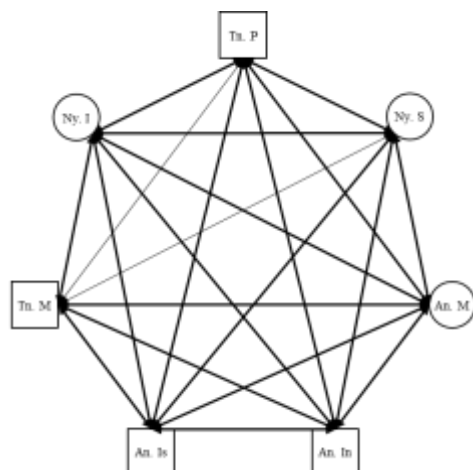
Genogram Pasien Tn. H usia 50 tahun



Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. H

- | | | |
|----------------|--------------|----------------------|
| Laki-laki | Perempuan | Tinggal Serumah |
| Meninggal | TB Perempuan | Hipertensi Laki- |
| Asma Laki-laki | TB Laki-laki | Hipertensi Perempuan |
| Asma Perempuan | Pasien | |

Family Map



Gambar 2. Family Mapping Keluarga Tn. H

Keterangan:

↔= Hubungan dekat

↔= Hubungan kurang dekat

Family Apgar Score

Adaptation : 2

Partnership : 2

Growth : 1

Affection : 2

Resolve : 1

Total Family Apgar score: 8 (fungsi keluarga baik).

Family SCREEM

Tabel 1.
SCREEM Keluarga Tn. H

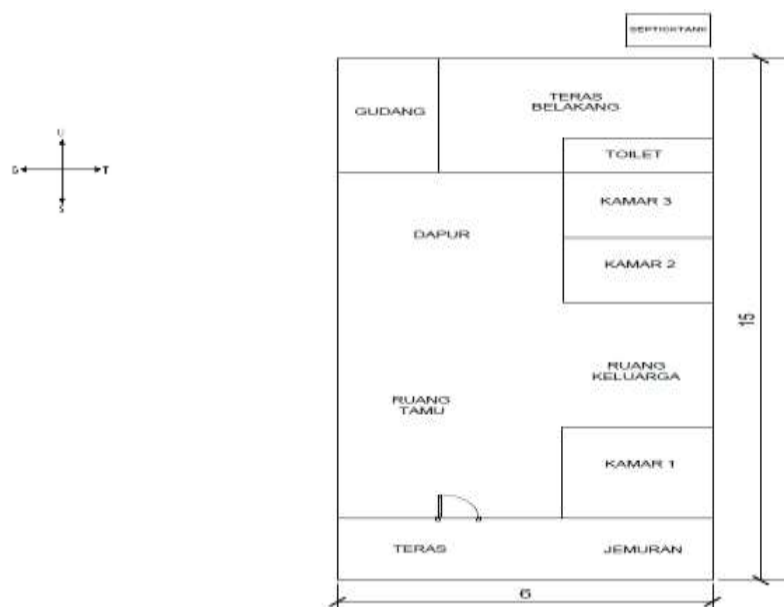
Aspek	Sumber Daya	Patologis
Social	Hubungan serta interaksi antar warga setempat berjalan cukup baik	-
Cultural	Keluarga merasa cukup puas dengan kultur budaya masyarakat di tempat mereka hidup.	-
Religion	Keluarga memiliki kebiasaan ibadah yang cukup aktif.	-
Educational	Pendidikan pasein dan suami merupakan tamatan SMA.	Kurangnya tingkat Pendidikan dapat memengaruhi pemahaman tentang penyakit.
Economic	Penghasilan keluarga berasal dari gaji suami dan menantu Total per-bulan berkisar antara 3.000.000-4.000.000	Penghasilan tersebut hanya bisa memenuhi kebutuhan primer.
Medical	Pasien sudah mulai mengobati penyakitnya secara kuratif untuk menyembuhkan tinea pedis berulang dan komplikasi. Akses ke pelayanan kesehatan tergolong mudah.	Pengetahuan pasien untuk mencegah tertularnya tinea pedis tergolong rendah. Pasien tidak memiliki kebiasaan untuk memakai alas kaki saat berkontak dengan air

Data Lingkungan Rumah

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

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

Sumber air dari air PAM, digunakan untuk mandi dan mencuci. Air minum berasal dari galon yang biasanya pasien isi ulang. Limbah rumah tangga diletakkan di depan rumah yang nantinya akan diambil oleh petugas kebersihan kampung. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat. Jarak rumah ke septik tank sekitar 2-3 m. Rumah berada di pinggir jalan (gang kecil) yang hanya bisa dilewati maksimal 2 motor.



Gambar 4. Denah rumah Tn.H

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: terdapat luka koreng terbuka pada pergelangan kanan pasien yang terasa gatal sejak 7 hari yang lalu
- Harapan: penyakitnya dapat sembuh dan tidak kambuh lagi
- Kekhawatiran: rasa gatal pada bercak semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien

- Persepsi: Pasien mengetahui bahwa keluhan gatal yang dialaminya diakibatkan oleh infeksi jamur tetapi pasien tidak mengetahui cara penularannya maupun cara mencegahnya.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- Tinea pedis (ICD 10: B35.3)
- Tinea Pedis ((ICPC-2 : S74)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pasien belum mengetahui pola penularan infeksi jamur dan bagaimana mencegahnya.
- Pasien tidak menjaga higienis diri

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Rumah pasien yang berantakan dan lembab,
- Terdapat ventilasi dan jendela tetapi jarang dibuka di rumah.

Aspek 5. Skala Fungsional

- Derajat 1. Masih sama seperti sebelum sakit.

RENCANA INTERVENSI

Patient centered

Non-medikamentosa:

- Edukasi kepada pasien mengenai infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, cara pencegahan, pengendalian agar keluhan tidak berulang, dan rencana tatalaksana.
- Edukasi pasien untuk memperhatikan higienitas diri dan lingkungan.
- Edukasi pasien agar lebih memperhatikan sirkulasi udara di dalam rumah (membuka jendela) agar tidak lembab serta kerapihan rumah agar rumah tidak berantakan.

Medikamentosa

1. Miconazole nitrate 10 gr cream 2% dioleskan tipis 2x1 selama 4 minggu.
2. Cetirizine HCl 10 mg tablet 2x1 jika gatal.
3. Metronidazole 500mg tablet 3x1.

Family focused

- Edukasi kepada keluarga pasien mengenai infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, cara pencegahan, pengendalian agar keluhan tidak berulang, dan rencana tatalaksana.
- Edukasi kepada keluarga pasien supaya mendukung pola hidup pasien termasuk higienitas diri pasien saat bekerja
- Edukasi keluarga agar menggunakan alas kaki saat berkontak dengan air dan di tempat lembab dan untuk mengingatkan pasien.

Community oriented

- Memotivasi pasien untuk mengikuti kegiatan sosial di lingkungan terdekat agar tidak selalu berada di rumah sehingga kualitas hidup lebih baik.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: kontrol gatal pada kaki kanan
- Harapan: Keluhan gatal pada kaki kanan membaik.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir akan lamanya penyembuhan gatal pada kaki kanan pasien.
- Persepsi: Pasien mengetahui bahwa keluhan gatal yang dialaminya diakibatkan oleh infeksi jamur, mengetahui bagaimana cara penularannya serta bagaimana cara mencegahnya.

Aspek Klinis

- Tinea pedis (ICD 10: B35.3)
- Tinea Pedis ((ICPC-2 : S74)

Aspek Risiko Internal

- Pasien menjaga higienitas tubuh dan lingkungan sekitar.
- Pasien telah mengetahui pola penularan infeksi jamur dan cara mencegahnya.
- Meningkatnya pengetahuan pasien mengenai penyakit jamur pada kaki.

Aspek Risiko Eksternal

- Anggota keluarga turut membawa keluhannya ke puskesmas untuk diobati agar tidak menjadi sumber penularan.
- Rumah sudah teratur dan bersih.
- Ventilasi dan jendela sudah dibuka sehingga terdapat sirkulasi udara dan rumah tidak lembab lagi.

Aspek Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1, yaitu pasien mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

PEMBAHASAN

Pembinaan keluarga dengan prinsip kedokteran keluarga dilakukan terhadap Tn. H usia 50 tahun dengan tinea pedis. Pembinaan ini dilakukan atas dasar penyakit pada pasien tergolong penyakit yang dapat menular dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Tn.H datang dengan keluhan utama terdapat bercak merah bersisik disertai gatal dan nyeri pada pergelangan kaki kanan pasien, sehingga pasien sering menggaruk bagian gatal tersebut. Gatal-gatal sudah dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Awalnya keluhan hanya berupa bercak merah yang disertai gatal, lama kelamaan muncul sisik di atasnya, kemudian berkembang dan pasien menggaruk area tersebut hingga sekarang sudah terdapat luka koreng. Keluhan ini dirasakan sepanjang waktu.

Pasien khawatir rasa gatal pada bercak semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien. Pasien mengetahui bahwa penyakit yang dialaminya diakibatkan oleh infeksi jamur tetapi pasien tidak mengetahui cara penularannya maupun cara mencegahnya. Kunjungan rumah dilaksanakan untuk melihat lingkungan rumah pasien, gaya hidup pasien dan aktivitasnya yang dapat memengaruhi kondisi pasien.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada hari Minggu 23 Oktober 2022. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan tujuan kedatangan diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik terkait penyakit yang diderita, wawancara mengenai keluarga dan lingkungan pasien serta memberitahu pasien agar menjaga kebersihan dan kelembaban rumah serta tidak membiarkan rumah berantakan dan lembab. Dari hasil kunjungan tersebut, diketahui tingkat hygiene buruk serta keluarga memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang di derita Tn. H.

Temuan yang mendukung diagnosis tinea pedis meliputi keluhan bercak merah bersisik disertai rasa gatal pada kedua kaki sejak 1 minggu yang lalu. Awalnya keluhan hanya berupa bercak merah yang disertai rasa gatal, lama-kelamaan menjadi bersisik. Keluhan semakin gatal terutama saat berkeringat. Pasien memiliki higienitas yang kurang baik dimana sering

memakai sepatu yang sempit dan tertutup. Selain itu pada pemeriksaan ditemukan status dermatologi pada regio pedis dekstra et sinistra terdapat makula eritema berbatas tegas, multiple, bentuk ireguler, numular-lentikular, central-healing, tepi aktif disertai skuama selapis warna putih. Gejala ini memiliki diagnosa banding yang cukup banyak karena banyak infeksi kulit akan mengalami keluhan seperti ini diantaranya, tinea pedis, candida, psoriasis, dermatitis kontak iritan, eritrasma, dan dermatitis seboroik.

Pemeriksaan awal yang dapat dilakukan pada pasien untuk menegakkan diagnosis tinea pedis yaitu dengan melakukan pemeriksaan KOH untuk memastikan dermatofitosis dimana dapat dilakukan dengan KOH 20% dan didapatkan hasil tampak hifa berseptata dan bercabang. Bila peralatan memadai, pemeriksaan kultur jamur dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis dan jamur penyebab dermatofitosis. Pemeriksaan lainnya yang dapat dilakukan untuk menyingkirkan diagnosis banding yaitu pemeriksaan Lampu Wood yang dapat digunakan untuk menyingkirkan eritrasma dimana akan tampak floresensi merah bata. Pemeriksaan uji tempel dapat dilakukan untuk menyingkirkan dermatitis kontak alergi. Pemeriksaan tetesan lilin dan *Auspitz sign* dapat dilakukan untuk menyingkirkan psoriasis inversa (Petrucci et al, 2020).

Tinea pedis atau yang dikenal juga sebagai athlete's foot adalah salah satu infeksi jamur superfisial pada kulit kaki. Penyebab tinea pedis terutama adalah *Trichophyton rubrum* dan *Trichophyton mentagrophytes*, serta dapat juga disebabkan oleh *Epidermophyton floccosum* dan *T. tonsurans*. Tipe interdigitalis atau tipe intertriginosa kronik adalah bentuk tinea pedis yang paling umum. Ruamnya berupa eritema, skuama, erosi, maserasi dan fisura pada daerah interdigitalis dan subdigitalis kaki, khususnya jari 4 dan 5 dan disebut dengan dermatofitosis simpleks. Adapun penemuan paling khas dari jamur adalah adanya central healing dengan tepi aktif. Keluhan yang umum dijumpai rasa gatal, terbakar dan bau tidak sedap (Djuanda et al, 2015). Dari semua diagnosa banding yang ada, tinea pedis adalah diagnosa kerja yang paling mungkin karena selain memiliki temuan klinis yang sama, ditemukan pemeriksaan fisik yang sama berupa terdapatnya central healing dengan tepi aktif.

Presentasi klasik dari infeksi tinea adalah lesi dengan *central healing* yang dikelilingi oleh tepi yang meninggi, merah, bersisik, dan meninggi. Satu atau lebih lesi mungkin muncul. Peradangan membantu kolonisasi dan dapat menyebabkan vesikula di perbatasan area yang terkena. Orang atopik dan orang yang terinfeksi jamur zoofilik cenderung mengalami lebih banyak peradangan (Ward et al, 2022). Pasien merupakan petani kebun yang bekerja 5 hari dalam seminggu. Pasien sudah bekerja sebagai petani selama kurang lebih 15 tahun. Pasien bekerja \pm 8 jam sehari. pasien sering menggunakan sepatu ketat dan tertutup saat bekerja.

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, friksi 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, diabetes mellitus, kehamilan, menstruasi (ketidak seimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur) faktor virulensi dermatofita, gaya hidup yang buruk (Al Mahmood & Al Sharifi, 2021).

Tinea pedis paling sering terjadi pada orang yang dalam kehidupan sehari-hari menggunakan sepatu tertutup disertai perawatan kaki yang buruk. Selain itu, sering juga pada pekerjaan dengan pekerjaan kaki yang basah. Selain memakai sepatu tertutup dalam waktu lama, faktor

risiko tinea pedis adalah bertambahnya kelembaban akibat keringat, pecahnya kulit karena mekanis, tingkat kebersihan perorangan dan paparan terhadap jamur. Kondisi lingkungan yang lembab dan panas di sela-sela jari kaki akibat penggunaan sepatu juga akan mendorong tumbuhnya jamur (Haryani, 2020).

Faktor yang paling berpengaruh adalah kurangnya higienitas pasien, dimana pasien jarang mencuci sepatu dan mengganti sepatu hanya sekali. Pasien juga jarang menggunakan kaus kaki yang dapat menyerap keringat sehingga menyebabkan kondisi lembab di dalam sepatu, kondisi lembab yang terus menerus dalam waktu yang lama dan penggunaan sepatu yang terlalu sempit dan tertutup memudahkan terjadinya infeksi jamur. Selain itu, faktor imun dari pasien juga berperan dalam penetrasi jamur ke dalam kulit. Pola hidup yang kurang sehat seperti merokok dan pola makan yang tidak teratur dengan gizi yang kurang atau berlebih menyebabkan kondisi imun pasien kurang baik (Abdurrahman & Mayasari, 2021).

Pilihan terapi yang diberikan pada pasien ini adalah miconazole cream yang rutin dioleskan tipis dua kali setiap hari serta obat anti-pruritus, cetirizine tablet yang dikonsumsi 1 kali sehari bila pasien mengeluhkan gatal. Miconazole merupakan anti-jamur azol turunan imidazole. Obat ini bekerja dengan menghambat biosintesis ergosterol pada membran sel jamur yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding sel jamur, sehingga terjadi peningkatan permeabilitas membran dan menyebabkan sel jamur kehilangan nutrisi selulernya. Obat ini memiliki aktivitas anti jamur dengan spektrum luas mencakup banyak jamur termasuk dermatofit dan ragi seperti *Candida albicans*, *Candida guilliermondii*, *Candida tropicalis*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, dan *Trichophyton rubrum*. Selain itu obat ini juga memiliki aktivitas bakterisidal terhadap bakteri gram positif seperti *Staphylococcus aureus*. Obat ini dapat mengalami resistensi silang dengan anti jamur golongan azol lainnya (Kemenkes RI, 2017).

Pada kunjungan kedua, Selasa, 25 Oktober 2022 dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi menggunakan materi poster berisi tentang tinea pedis, meliputi definisi, tanda, prevalensi, pencegahan, dan pengobatan tinea pedis. Awal mulanya pasien diharuskan untuk mengisi pertanyaan yang telah diberikan untuk menilai wawasan awal pasien terhadap penyakitnya. Kemudian saat dilakukan inspeksi kaki, masih ditemukan lesi, namun rasa gatal sudah berkurang. Pasien sudah mulai membereskan perabotan rumah tangga dan rumah sudah tidak terlalu berantakan.

Kemudian pasien diberi edukasi tentang infeksi jamur, faktor risiko, cara penularan, cara pencegahan, pengendalian untuk mencegah kekambuhan, dan rencana tatalaksana, menyarankan pasien untuk memperhatikan kebersihan diri dan lingkungan seperti mandi dua kali sehari, menghindari pemakaian sepatu tertutup dan sepatu sempit terutama yang digunakan sepanjang hari. Tidak bertelanjang kaki dan selalu memakai sandal sehingga dapat menghindari kontak dengan jamur penyebab tinea pedis. Kaki dan sela-sela jari kaki dijaga agar tetap kering, terutama setelah mandi dapat diberikan bedak dengan atau tanpa anti jamur. Penggunaan bedak anti jamur juga dapat ditaburkan dalam sepatu dan kaus kaki untuk mengurangi pertumbuhan jamur. Selain itu, keluarga pasien juga diberikan edukasi untuk selalu memperhatikan higienitas anggota keluarga lain, serta edukasi agar lebih memperhatikan sirkulasi udara di dalam rumah (membuka jendela) agar tidak lembab.

Faktor predisposisi yang menyebabkan kejadian tinea pedis yaitu keadaan kaki yang lembab, berkeringat dan selalu basah. Sering terjadi pada orang yang selalu berkontak dengan air seperti tukang cuci, pada orang yang memakai kaus kaki dan sepatu tertutup dalam jangka

waktu yang panjang seperti pada kasus ini yaitu petani. Pemakaian sepatu tertutup dalam waktu yang lama akan menyebabkan kaki berkeringat sehingga keadaan disekitar kaki menjadi lembab dan mendukung pertumbuhan dari dermatofita (Thevany et al, 2018).

Hal-hal yang harus diperhatikan yang berkaitan dengan personal foot hygiene yaitu setelah melakukan aktifitas di tempat kerja, kaki dicuci dengan sabun dan dibersihkan dengan air mengalir selanjutnya dikeringkan. Prinsipnya kaki dijaga kebersihannya dan sekering mungkin. Sepatu yang sudah dipakai dikeringkan dan tidak boleh basah dan yakinkan sebelum dipakai kembali dalam keadaan kering dan pemberian bedak dapat membantu agar kaki tetap kering. Memakai sandal di tempat-tempat yang merupakan habitat jamur seperti kamar mandi, ruang ganti, lantai lembab. Karena spora jamur dapat hidup berbulan-bulan sampai bertahun-tahun di handuk, sepatu atau alat-alat yang dipakai dan dapat menular maka hindari pemakaian bersama terhadap alat-alat yang dipakai seperti sepatu, handuk baju, topi,kaos kaki. Selalu menjaga kebersihan diri secara keseluruhan terutama setelah bekerja agar tubuh terhindar dari reinfeksi ,dan dapat digunakan anti jamur. Pada pekerja yang menggunakan sepatu tertutup seperti boot, setiap hari harus diganti agar tetap terjaga kebersihan dan kekeringannya. Jadi hendaknya setiap pekerja mempunyai minimal 2 pasang sepatu. Menggunakan kaos kaki yang terbuat dari katun dan selalu menggantinya dengan yang baru bila basah (Welly, 2012).

Pada kunjungan ketiga pada hari Minggu, 12 November 2022, dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan perilaku pasien. Awal mula pasien diharuskan untuk menjawab *post-test* dengan soal yang sama seperti soal *pre-test* sebelumnya, hal ini dilakukan untuk mengevaluasi apakah terdapat pemahaman terkait penyakit pasien yang sebelumnya telah dijelaskan pada kunjungan kedua (intervensi). Evaluasi klinis dilakukan dengan menanyakan keluhan pada lesi di sela kaki kanan. Didapatkan bahwa pasien merasa keluhan sudah mulai membaik dibandingkan dengan keadaan sebelumnya walau terkadang masih terasa sedikit nyeri (bila pasien beraktivitas tinggi). Dengan demikian, terdapat perbaikan klinis pasien yang cukup signifikan.

Pemberian intervensi berupa edukasi tentang penyakit tinea pedis dan monitoring perilaku yang benar dalam pemakaian APD sepatu boot kepada pasien ternyata menurunkan gejala tinea pedis. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dapat memahami dan melaksanakan perilaku yang benar dalam pemakaian APD sepatu boot. Seperti yang dijelaskan dalam Asian journal of Medical Sciences, pemberian edukasi dan instruksi simpel seperti bagaimana pentingnya menjaga hygiene kaki merupakan pencegahan terhadap kejadian tinea pedis (Kumar et al, 2011). Apabila dilihat berdasarkan intervensi non farmakologis dan farmakologis ada beberapa perubahan dalam perilaku pasien. Pasien sudah menggunakan obat-obatan secara teratur untuk kontrol penyakit jamur (tinea pedis) dan pasien juga sudah memiliki pemahaman mengenai penyakitnya. Pasien juga sudah mengetahui jika ia harus meminum obat secara rutin untuk menghilangkan jamur. Intervensi mengenai gaya hidup yang lebih bersih dan sehat juga sudah memberikan hasil yang sesuai.

SIMPULAN

Tinea pedis yang di derita pasien berkaitan dengan kebersihan dan kelembaban pasien dan lingkungan tempat tinggal pasien. Selain itu terdapat faktor risiko kaki pasien sering basah (sering kontak dengan air) dan pasien sering menggunakan sepatu bila berpergian. Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif, *patient center*, *family appropriated* dan *community oriented*. Meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang dideritanya membuat pasien menjalankan pola hidup bersih dan sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Pranata, F. S., Jufriadif Na'am, & Sumijan. 2019. Sistem pakar diagnosis penyakit jamur pada manusia menggunakan input suara berbasis android. *Jurnal RESTI (Rekayasa Sistem Dan Teknologi Informasi)*. vol. 3(3): 435–442. <https://doi.org/10.29207/resti.v3i3.1187>.
- Kumar, V., Tilak, R., Prakash, P., Nigam, C., & Gupta, R. 2011. Tinea pedis: An update. *Asian Journal of Medical Sciences*. vol. 2(2): 18–22
- Triana, D., Nawaliya, A., & Sinuhaji, B. 2020. Kejadian infeksi Trichophyton mentagrophytes terkait personal hygiene antara nelayan dengan pengolah ikan rumahan di wilayah pesisir Kota Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*. vol. 12(1): 74–81. <https://doi.org/10.34035/jk.v12i1.582>
- Menaldi SLSW. 2018. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi ke-7. Jakarta: FK UI.
- Wirya Duarsa. Dkk.. 2010. Pedoman Diagnosi dan Terapi Penyakit Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Denpasar.
- Soepardiman L. Kelainan Rambut. In: Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015
- Haerani, Zulkarnain. 2021. Review: Tinea Pedis. *Jurusan Biologi, Fakultas Sains dan Teknologi. UIN Alauddin Makassar*. 6(8):59-64
- Kementerian Kesehatan RI. Buletin InfoDATIN, Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI; 2014.
- Sutanto I, Sumariah IS, Sjarifudin PK, Sungkar S. Buku Ajar Parasitologi Kedokteran. Edisi 4. Jakarta: Balai penerbit FKUI. 2008. p 319-326
- Bertus NVP., Pandaleke HEJ., Kapantow GM. Profil Dermatofitosis di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2012. *Jurnal e-Clinic (eCI)*. 2015;3(2):731-4.
- Petrucelli MF, Abreu MH, Cantelli BAM, Segura GG, Nishimura FG, Bitencourt TA, Marins M, Fachin AL. 2020. Epidemiology and Diagnostic Perspectives of Dermatophytoses. *Journal of Fungi*; 6(310): 1-15.
- Djuanda, dkk. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015
- Ward H, Parkes N, Smith C, Kluzek S, Pearson R. 2022. Consensus for the treatment of tinea pedis: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Journal of Fungi*; 8(351):1-11.
- Al-Mahmood A, Al-Sharifi E. Epidemiological Characteristics and Risk Factors of Tinea Pedis Disease Among Adults Attending Tikrit Teaching Hospital/ Iraq. *Infect Disord Drug Targets*. 2021;21(3):384-388. doi: 10.2174/1871526520666200707114509. PMID: 32634085.
- Haryani. 2020. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Angka Kejadian Tinea Pedis Pada Buruh Perkebunan Kelapa Sawit Di Desa Sonomartani Kecamatan Kualuh Hulu Kabupaten Labuhan Batu Utara Sumatera Utara. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Abdurrahman MF, Mayasari D. 2021. Penatalaksanaan Occupational Disesase e.c Tinea Pedis Pada Supir Truk dengan Pendekatan Holistik. *Medula*. Vol 11(1):145-150.

Kemenkes RI. 2017. Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Jakarta: Kemenkes RI.

Thevany, Natalia D, Zakiah M. 2018. Uji Resistensi Jamur Penyebab Tinea Pedis pada Satuan Polisi Pamong Praja Kota Pontianak terhadap Flukonazol. *Jurnal Kesehatan Khatulistiwa*; 4(1):579-587.

Welly L, Soemarko DS, Rusmawardiana. 2012. Pengaruh Intervensi Edukasi dan Monitoring Personal Foot Hygiene terhadap Insiden Tinea Pedis pada Pekerja Pemakai Sepatu Boot di Pabrik Pengolahan Karet di Palembang. *PIT Perdoki Bandung*.

Kumar V, Tilak r, Prakash p, Nigam C, Gupta R. Tinea pedis an update. *Asian Journal of medicine sciences*. 2011:134-138.