

Kasus Tinea Korporis Disertai Hipertensi Dan Obesitas Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Evander Antonio Binui^{1*}, Natasya Andhita Putri², Felita Wiyasih³, Ernawati⁴

¹Mahasiswa Kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Indonesia; evanderbinui26@gmail.com

²Mahasiswa Kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Indonesia; Natasya.andhita8899@gmail.com

³Mahasiswa Kepaniteraan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Indonesia; felita_w24@yahoo.co.id

⁴Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara, Indonesia; ernawati@fk.untar.ac.id

*(Korespondensi e-mail: evanderbinui26@gmail.com)

ABSTRAK

Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai dengan lesi inflamasi maupun non inflamasi dengan central healing pada kulit yang tidak berambut. Prevalensi tinea korporis di Indonesia adalah 52% (2015). Prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 34,11% sedangkan obesitas adalah 21,8% (2018). Kunjungan kasus dokter keluarga ini bertujuan untuk mengobati penyakit tinea korporis pada Tn. M, mencegah infeksi sekunder, dan penularan pada anggota keluarga. Selain itu, kunjungan ini juga bertujuan untuk mengontrol tekanan darah dan obesitas yang baru saja diketahui terjadi pada Tn. M. Tn. M merupakan penderita tinea korporis di bagian betis yang semakin meluas ke bagian betis depan dan lutut kiri. Pasien mengalami gangguan tidur dan sulit konsentrasi akibat rasa gatal yang dialami. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosis pasien adalah tinea korporis, yang disertai dengan hipertensi dan obesitas. Melalui pendekatan kedokteran keluarga menggunakan Mandala of Health terjadi peningkatan pengetahuan tentang tinea korporis, hipertensi, dan obesitas sehingga terjadi perubahan pengobatan, pola makan, dan aktivitas fisik sehingga terjadi kesembuhan tinea korporis, ter kendalinya tekanan darah, dan tidak bertambahnya berat badan Tn. M. Ditemukannya penyebab terjadinya tinea korporis Tn. M dari kebiasaan pasien yang suka memancing sambil memasukkan kakinya ke empang. Kurangnya pengetahuan dan kebersihan yang buruk menjadikan lesi tinea korporis pasien semakin meluas. Kebiasaan makan pasien yang buruk menyebabkan hipertensi dan obesitas. Setelah dilakukan tatalaksana dengan pendekatan kedokteran keluarga Tn. M sembuh dari penyakit tinea korporis, tekanan darahnya turun dan pola makannya menjadi baik.

Kata kunci: Tinea Korporis, Kedokteran Keluarga, Mandala Of Health

Abstract

Tinea corporis is a superficial dermatophyte infection characterized by an inflammatory or non inflammatory lesion with central healing on the glabrous skin. The prevalence of tinea corporis in Indonesia is 52% (2015). The prevalence of hypertension in Indonesia is 34,11% whereas obesity is 21,8% (2008). This family medicine approach visit aims to treat tinea corporis infection in Mr. M, prevent secondary infection, and transmission to the family members. In addition, this visit also aims to control blood pressure and obesity which has recently occurred and identified in Mr. M. Mr. M is a patient with tinea corporis infection in the calf which is spreading vastly to the front calf and left knee. The patient experienced sleep disturbances and difficulty concentrating due to itching. Based on the history and physical examination, the diagnosis was tinea corporis, hypertension, and obesity. Through the family medicine approach using Mandala of Health, there is an increase in knowledge about tinea

corporis, hypertension, and obesity resulting a change in treatment, diet, and physical activity. Therefore, the tinea corporis infection in Mr. M is healed, the blood pressure is controlled, and the body weight is maintained. Conclusion: The cause of tinea corporis in Mr. M was found from the patient's habit of fishing while putting his feet into the pond. Lack of knowledge and poor hygiene of the patient causes the tinea corporis lesion to spread vastly. Poor eating habits of the patient causes hypertension and obesity. After being treated with a family medicine approach, Mr. M recovered from tinea corporis, his blood pressure has decreased, and his diet improved.

Keywords: *Tinea Corporis, Family Medicine, Mandala Of Health*

PENDAHULUAN

Kedokteran keluarga adalah pelayanan kesehatan medis yang didukung oleh ilmu kedokteran secara holistik, komprehensif, terpadu dan berkesinambungan tanpa memandang usia jenis kelamin dan kemampuan sosial yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan keluarga serta menciptakan keluarga yang partisipatif, sehat sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap keluarga hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Anggraini et al., 2015).

Dermatofitosis adalah salah satu infeksi yang sering terjadi di dunia dengan prevalensi 25% pada tahun 2008 (Kang et al., 2019). Prevalensi tinea korporis pada tahun 2015 di Asia adalah 35,50% sedangkan di Indonesia adalah 52% (Oktaviana et al., 2018). Dermatofita berkembang pada suhu 25 - 28°C dan timbulnya infeksi pada kulit manusia didukung oleh kondisi yang panas dan lembab. Infeksi jamur superfisial relatif sering pada negara tropis pada populasi dengan status sosioekonomi rendah yang tinggal di lingkungan sesak dan kebersihan rendah (Piranti & Istarini, 2021). Insidensi dermatomikosis di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia menunjukkan angka persentase yang bervariasi mulai dari yang terendah di Kota Semarang (2,93%), Kota Surabaya (4,8%), Kota Padang (27,6%), dan tertinggi di Kota Surakarta (82,6%).

Tinea korporis adalah infeksi dermatofita superfisial yang ditandai lesi inflamasi maupun non inflamasi pada kulit yang tidak berambut (*glabrous skin*) yaitu seperti pada bagian muka, leher, badan, lengan, tungkai dan gluteal. Tinea korporis lebih banyak pada laki – laki dan dapat terjadi pada semua usia (Sari & Angraini, 2020). Tinea biasa didapatkan pada pekerja yang berhubungan dengan hewan. Penularan terjadi melalui kontak langsung dan tidak langsung (Nurindi et al., 2020). Kontak langsung didapatkan dari individu yang terinfeksi, sedangkan kontak tidak langsung melalui benda yang mengandung jamur seperti handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur, dan lain-lain. Penegakan diagnosis tinea korporis berdasarkan dari gambaran klinis, status lokalis dan pemeriksaan penunjang (Adna & Aruan, 2022). Gambaran klinis berupa rasa gatal pada lesi terutama saat berkeringat. Keluhan gatal tersebut memacu individu untuk menggaruk lesi yang pada akhirnya menyebabkan perluasan lesi (Mellaratna & Fitri, 2023). Manifestasi klinis yang khas dari tinea korporis adalah lesi berbentuk lingkaran dan struktur kasar dengan tepi aktif merah sehingga tampak ada elevasi. Di tengah lesi, ada *central healing* (sembuh di bagian tengah), yang merupakan bagian dari lesi. Bagian ini tidak aktif dan terlihat seperti kulit normal (Tri Putra, 2018).

Hipertensi dan obesitas merupakan masalah kesehatan global termasuk Indonesia yang berakibat peningkatan angka kesakitan dan kematian serta beban biaya. *World Health Organization* (WHO) menyatakan tahun 2021 sekitar 1,28 miliar orang berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, dan Asia Tenggara mempunyai angka kejadian hipertensi mencapai 36% (Tirtasari & Kodim, 2019; World Health Organization, 2021a). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi hipertensi di Indonesia adalah 34,11%. Prevalensi hipertensi

tertinggi di Provinsi Sulawesi Utara (13,2%), dan terendah di Provinsi Papua (4,4%) (Pradono et al., 2018).

Obesitas merupakan faktor risiko untuk penyakit diabetes mellitus, jantung iskemik, hipertensi, kanker dan kematian mendadak. WHO memperkirakan tahun 2016 ada lebih dari 1,9 miliar atau 39% orang dewasa *overweight* dan lebih dari 650 juta atau 13% orang dewasa di dunia mengalami obesitas (World Health Organization, 2021b). Tahun 2013, WHO mengatakan obesitas berkaitan erat dengan penyakit tidak menular dan menyebabkan kematian pada 2,8 juta orang dewasa setiap tahunnya (Feriyanto & Dimawan, 2022). Data di Asia tahun 2013, tercatat 40,9% orang dewasa mengalami berat badan berlebih dan obesitas (Matthias & Francisco, 2017). Di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) menunjukkan peningkatan obesitas pada penduduk berusia > 18 tahun dari 11,7% di tahun 2010, 15,4% di tahun 2013, dan 21,8% di tahun 2018 (Pradono et al., 2018).

Pasien bernama Tn. M merupakan warga di wilayah kerja Puskesmas Teluknaga. Pasien menderita tinea korporis sejak 4 bulan yang lalu dan lesinya semakin meluas walaupun sudah diobati, pasien juga menderita hipertensi dan obesitas. Saat ini Tn. M merasa gatalnya sangat mengganggu sehingga sulit berkonsentrasi saat bekerja. Tn. M dan keluarganya perlu mendapatkan pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga agar tidak terjadi infeksi sekunder dan menularkan bagi orang – orang sekitarnya serta Tn. M dapat berkonsentrasi saat bekerja, tidak terjadi komplikasi dari hipertensi dan obesitas sehingga ekonomi keluarga tidak terganggu.

KASUS

Seorang laki-laki berusia 56 tahun datang dengan keluhan bercak kemerahan di betis dan lutut kiri. Keluhan juga disertai dengan rasa gatal dan perih di area bercak merah. Menurut pasien, bercak kemerahan tersebut pertama kali muncul 4 bulan yang lalu di betis kiri belakang sebesar koin dengan batas yang jelas. Awalnya pasien menghiraukan keluhan tersebut, namun bercak kemerahan tersebut terus meluas dan bertambah gatal sehingga pasien mencari pengobatan mandiri dengan bertanya di apotik. Obat yang didapatkan dari apotik merupakan obat yang mengandung kortikosteroid. Keluhan gatalnya berkurang tetapi bercak kemerahannya terus meluas sampai ke betis bagian depan, lutut, dan dekat pergelangan kaki. Bercak kemerahan di lutut mulai muncul sejak 3 bulan yang lalu sedangkan bercak yang di dekat pergelangan kaki muncul sejak 2 minggu yang lalu. Semenjak bercaknya semakin luas, rasa gatal menjadi tidak tertahankan dan dirasakan sepanjang hari. Rasa gatal tersebut terutama diperberat ketika pasien berkeringat dan setelah makan ikan laut. Akibatnya, pasien menjadi sulit tidur dan harus meminum sebanyak 2 tablet obat dari apotik tersebut untuk membantu tidur. Pasien juga mengeluhkan sulit berkonsentrasi dan sangat terganggu akibat gatal yang dirasakan di tempat kerja. Pasien suka menggaruk kakinya sehingga lecet dan mulai terasa perih sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu. Pasien menyangkal adanya demam, bernanah, dan bercak merah di tempat lainnya. Pasien juga merasa berat badannya mulai naik sejak pandemi karena aktivitas yang berkurang. Pasien tidak pernah berolahraga dan memiliki kebiasaan merokok sejak 30 tahun lalu.

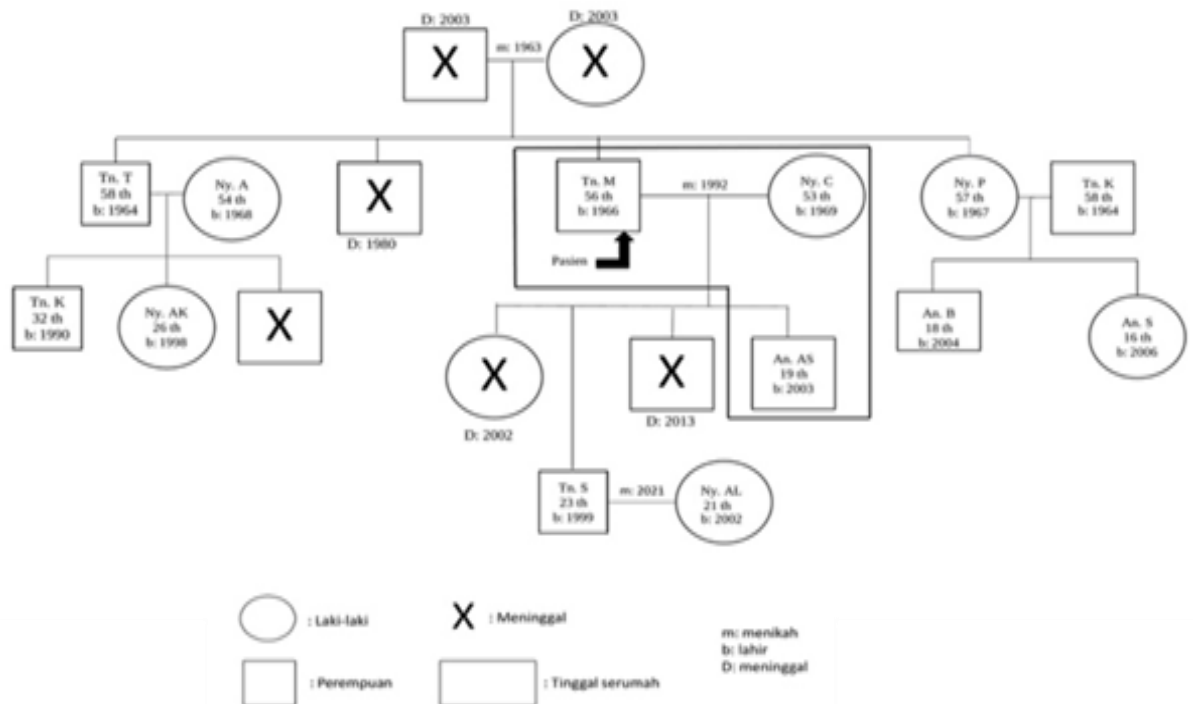
Pasien sehari-hari makan 3 kali sehari dengan satu selingan. Komposisi makanan pasien biasanya terdiri dari nasi sebagai sumber karbohidrat; ayam, tahu, tempe sebagai sumber protein; dan pasien serta keluarga tidak pernah mengonsumsi sayur dan buah. Saat ini, pasien menghindari mengonsumsi ikan karena pasien menganggap bahwa kelainan kulit yang dialaminya disebabkan oleh reaksi alergi terhadap ikan. Setiap makan pasien selalu mengonsumsi kerupuk putih. Makanan tersebut biasanya diolah dengan cara digoreng. Selingan, biasanya, pasien mengonsumsi gorengan seperti tempe, tahu, pisang, dan bakwan goreng. Pola makan ini

tidak berbeda antara hari kerja dengan akhir pekan. Berdasarkan dari *dietary recall* dan perhitungan *total energy expenditure* 24 jam didapatkan bahwa asupan energi pasien berlebih sebanyak +731,08 kkal, protein +0,38 gram, lemak +47,28 gram, dan karbohidrat +75,98 gram. Semenjak sakit, pasien mengkonsumsi air rebusan brotowali untuk menyembuhkan kelainan kulitnya atas saran dari tetangganya yang menyampaikan bahwa penyebabnya adalah kencing manis. Sumber air minum pasien berasal dari air keliling yang dimasak dan asupan dalam sehari berkisar dari 1600 – 2000 mL.

Pasien bekerja di pabrik konveksi sebagai penjahit garmen. Pasien sudah bekerja di sana selama 1 tahun. Pasien di sana hanya bekerja ketika ada panggilan dari pabrik sehingga jadwal kerjanya tidak menentu. Pasien di tempat kerja bekerja sambil duduk kurang lebih selama 8 jam di lingkungan pekerjaan yang panas dan lembab. Teman-teman kerja pasien tidak ada yang memiliki keluhan serupa. Saat pasien tidak bekerja, pasien sering memancing di empang dekat rumahnya dan terkadang merendam kakinya. Pasien di rumah tinggal bersama istrinya dan satu anaknya. Istri pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan menerima pesanan jahit. Istri dan anaknya menyangkal mempunyai keluhan yang serupa. Pasien mandi 1 – 2 kali sehari, menggunakan sabun batang bersamaan dengan anggota keluarga lain, dan mengganti handuk kurang lebih 2 – 3 minggu sekali. Sehari-hari biasanya pasien menggunakan celana panjang kain di rumah yang diganti seminggu sekali. Pasien dan anggota keluarga membersihkan kamar, spre, sarung bantal dan guling setiap 2 bulan sekali. Pasien dan anggota keluarganya tidak memperhatikan makanan atau minuman yang dikonsumsi serta tidak mengerti dampak dan penyebab dari tekanan darah tinggi dan obesitas.

Sumber pendapatan keluarga sebagian besar berasal dari pasien. Keadaan ekonomi keluarga pasien tergolong dalam golongan masyarakat menengah ke bawah karena dibawah UMK Kota Tangerang. Keluarga pasien hidup pas-pasan dan tidak memiliki uang tabungan, namun biaya hidup sehari-hari masih terpenuhi.

Pasien tinggal di rumah pribadi yang merupakan warisan dari orangtuanya. Luas tanah pasien adalah 144 m² sedangkan luas bangunannya adalah 99 m². Atap rumah pasien hanya tertutup oleh genteng dan dinding rumah terbuat dari batu bata dan semen. Lantai rumah Tn. M menggunakan kramik berwarna putih, namun pada kamar mandi hanya dilapisi lantai semen. Bagian dalam dan luar rumah diberi cat berwarna hijau namun saat ini warnanya mulai memudar serta banyak terdapat bercak lembab pada dinding. Ventilasi di rumah pasien kurang memadai dan jendela tidak pernah dibuka. Kondisi rumah pasien sedikit berdebu, sinar matahari yang masuk hanya sedikit, dan sangat lembab. Sumber air bersih di rumah Tn. M berasal dari air sumur yang disedot menggunakan pompa air. Air tersebut digunakan untuk keperluan mandi dan mencuci. Airnya tidak berwarna, tidak berbau, dan terdapat sedikit kotoran di dasar penyimpanan. Sampah rumah tangga dikumpulkan terlebih dahulu dalam kantong plastik kemudian dibuang ke lahan kosong samping rumah, tempat warga sekitar membuang sampah. Rumah pasien memiliki satu kamar mandi dengan kloset jongkok dengan saluran pembuangan dialirkan ke *septic tank* yang berada di belakang rumah sekitar 4 meter dibawah permukaan tanah dan 10 meter dari sumber air.

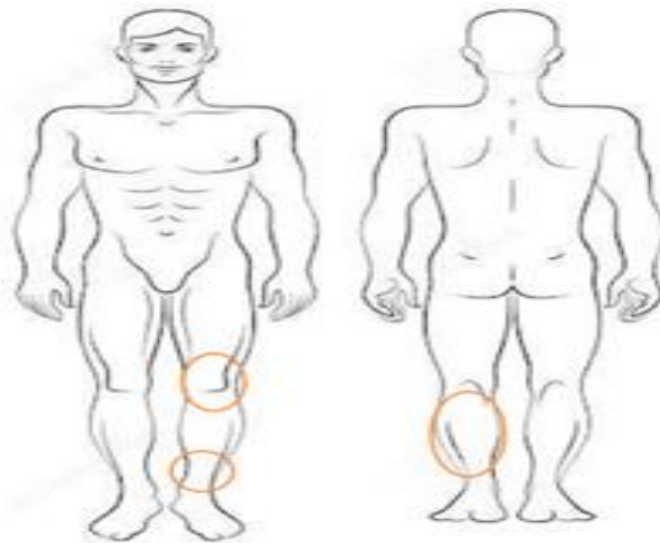


Gambar 1. Genogram keluarga

Bentuk keluarga pasien berdasarkan keturunan adalah patrilineer, patrilokal, jenis anggota keluarga inti, dan kekuasaan equalitarium (Warouw et al., 2021). Nilai *coping score* keluarga adalah 2 yaitu mengetahui ada masalah namun tidak mengetahui solusi. Siklus kehidupan keluarga berdasarkan Duvall berada di tahap keluarga dengan anak remaja dan orang tua usia menengah.

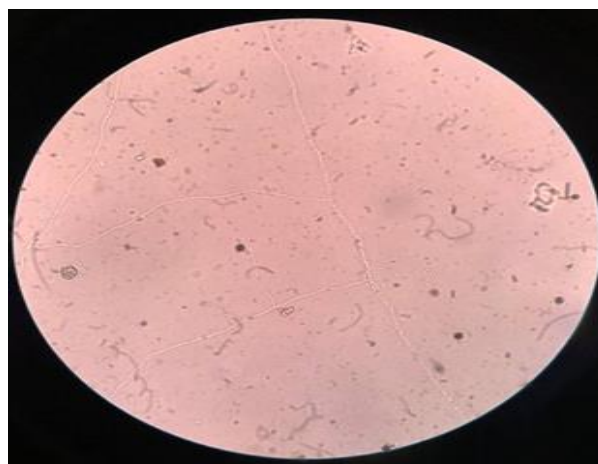
Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran *compos mentis*, nadi 102 kali/menit, suhu tubuh 36,5 °C, frekuensi napas 22x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Pemeriksaan tekanan darah dilakukan sebanyak dua kali pada kunjungan yang berbeda dan didapatkan hasil 146/94 mmHg dan 150/98 mmHg. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan IMT pasien adalah 25,39 kg/m², tergolong obesitas I berdasarkan kriteria IMT Asia Pasifik. Status dermatologi lesi pasien adalah sebagai berikut:

- Regio : Genu anterior, kruris anterior dan posterior sinistra
- Distribusi : Lokalisata
- Efloresensi primer : Makula, papul
- Warna : Eritematosa
- Ukuran : Numular hingga plak
- Jumlah : Multipel
- Efloresensi sekunder : Erosi, ekskoriiasi, dan skuama
- Konfigurasi : Anular, polisiklik



Gambar 2. Status dermatologi sebelum dilakukan pendekatan kedokteran keluarga

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan kadar asam urat, gula darah sewaktu, dan kolesterol dalam batas normal. Pemeriksaan kerokan kulit KOH 20% juga dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis dan didapatkan gambaran hifa bercabang yang terbagi oleh sekat.



Gambar 3. Hifa bercabang dan bersekat

Diagnosis holistik pasien adalah sebagai berikut:

Aspek Personal

Keluhan: Bercak merah disertai gatal-gatal dan perih di betis dan lutut kiri. Gatal-gatal dirasakan sepanjang hari dan mengganggu tidur serta aktivitas sehari-harinya.

Aspek Klinis

Diagnosis Kerja: Tinea korporis. Diagnosis Tambahan: Hipertensi derajat I dan obesitas derajat I

Aspek Internal

1. Tn. M tidak mengetahui mengenai penyakit tinea korporis, hipertensi, dan obesitas.
2. Tn. M jarang mengganti celana panjang yang dipakainya di rumah yaitu seminggu sekali.
3. Tn. M mandi 1 – 2 kali sehari.
4. Tn. M jarang membersihkan kamar, spre, sarung bantal dan guling yaitu setiap 2 bulan sekali.
5. Tn. M mengganti handuk kurang lebih 1 bulan sekali.
6. Tn. M menggunakan sabun batang yang bersamaan dengan anggota keluarga lain.
7. Tn. M mengobati keluhannya dengan obat steroid dan air rebusan brotowali.
8. Tn. M senang mengonsumsi makanan yang digoreng, asin, dan jarang makan buah serta sayur.
9. Tn. M menghindari konsumsi ikan karena pasien mengira gangguan kulitnya disebabkan oleh alergi ikan.
10. Tn. M terkadang merendam kaki di empang saat memancing.
11. Tn. M tidak pernah olahraga.
12. Tn. M merokok semenjak 30 tahun yang lalu sebanyak 1 bungkus per minggu.

Aspek Eksternal

1. Keluarga pasien tidak mengetahui penyebab gatal-gatal dan bercak merah.
2. Keluarga pasien tidak mengerti penyebab dan komplikasi dari tekanan darah tinggi serta obesitas.
3. Istri dan anaknya tidak memperhatikan makanan atau minuman yang dikonsumsi di keluarga.
4. Anggota keluarga pasien jarang membersihkan kamar, spre, sarung bantal dan guling yaitu setiap 2 bulan sekali.
5. Anggota keluarga pasien mengganti handuk 2 – 3 minggu sekali.
6. Rumah pasien lembab, pencahayaan redup, dan sinar matahari yang masuk sedikit
7. Tempat kerja pasien panas dan lembab saat siang hari.
8. Ventilasi rumah belum memadai jumlah minimal dan jendela di kamar tidak pernah dibuka.

9. Tetangga pasien mempercayai bahwa gatal-gatal yang disertai bercak merah disebabkan oleh alergi atau kencing manis sehingga menyarankan pasien untuk minum air rebusan brotowali.

Aspek Status Fungsional

Status fungsional Tn. M adalah **5**, yaitu tidak terdapat hambatan bagi Tn. M untuk melakukan tugas sehari-hari.





HASIL

Penatalaksanaan secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga dilakukan pada Tn. M yang berusia 56 tahun dengan diagnosis klinis tinea korporis, hipertensi derajat I, dan obesitas derajat I. *Mandala of Health* digunakan untuk mengkaji kasus ini secara holistik dengan menilai berbagai aspek sehingga dapat memiliki gambaran permasalahan yang lebih luas karena tidak hanya melihat secara individu saja tetapi juga mencakup nilai-nilai kesehatan dan kebiasaan yang dimiliki anggota keluarga, pengaruh lingkungan fisik, lingkungan psikososial, lingkungan *human-made* komunitas, budaya, fasilitas kesehatan, dan biosfer. Diagnosis holistik kemudian dibuat berdasarkan pengkajian *Mandala of Health* yang terbagi dalam 5 aspek yaitu aspek personal, klinis, internal, eksternal, dan fungsional. Penegakkan diagnosis klinis tinea korporis, hipertensi derajat I, dan obesitas derajat I juga tentunya didasarkan oleh anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Menaldi et al., 2019; Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2021; World Health Organization, 2000).

Tinea korporis yang dialami pasien ditatalaksana secara holistik. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia merekomendasikan terbinafin 1x250 mg/hari sebagai obat lini pertama dan itrakonazol 2x100 mg/hari, griseofulvin 500 mg/hari, dan ketokonazol oral 200 mg/hari sebagai obat alternatif. Obat topikal lini pertama yang direkomendasikan adalah golongan alilamin seperti terbinafin dan butenafin 1 kali sehari sedangkan golongan azol seperti mikonazol, ketokonazol, klotrimazol yang diberikan 2 kali sehari merupakan obat alternatif. Indikasi diberikan obat oral adalah pada kasus tinea korporis yang kronik atau luas, tinea kapitis, dan onikomikosis. (Sahoo & Mahajan, 2016; Widaty et al., 2017). Pada kasus ini pasien memiliki lesi yang cukup ekstensif sehingga diberikan pengobatan oral dan topikal yaitu dengan obat alternatif yaitu ketokonazol oral 1x200 mg dan mikonazol 2% topikal 2 kali sehari karena keterbatasan jenis obat yang tersedia di fasilitas kesehatan setempat. Perbandingan lama pengobatan obat topikal berdasarkan literatur menunjukkan bahwa terbinafin topikal yang merupakan lini pertama menyebabkan resolusi lebih cepat yaitu sekitar 1 – 2 minggu sedangkan golongan azol seperti mikonazol memerlukan waktu 2 – 4 minggu (Hay, 2018; Kang et al., 2019). Lama pengobatan dengan ketokonazol oral berkisar 2 – 3 minggu sedangkan lama pengobatan dengan obat lini pertamanya yaitu terbinafin kurang lebih hampir sama yaitu 2 – 4 minggu (Kang et al., 2019). Kelemahan dari ketokonazol berada pada efek sampingnya yaitu dapat terjadi peningkatan enzim hati hingga hepatitis sehingga harus lebih hati-hati dalam penggunaannya terutama pada pasien dengan riwayat hepatitis (Hay, 2018; Katzung et al., 2012). Insidens terjadinya efek samping ini adalah 49 per 100.000 pasien dan angka ini meningkat dengan durasi terapi yaitu menjadi 1.286 per 100.000 pasien dengan durasi lebih dari 30 hari (Gadour & Kotb, 2021). Pada kasus ini, pasien tidak memiliki riwayat hepatitis, tidak didapatkan tanda-tanda hepatitis saat dilakukan *follow up*, dan durasi pengobatan yaitu 4 minggu sehingga memperkecil terjadinya efek samping. Obat antihistamin generasi pertama yaitu klorfeniramin maleat 4 mg juga diberikan untuk mengurangi rasa gatal dan membantu tidur karena ada efek yang menyebabkan kantuk (Widhiastuti et al., 2023). Pasien juga diberikan tatalaksana non farmakologi berupa edukasi yaitu meluruskan pemahaman pasien bahwa lesi kulit yang dialami disebabkan oleh infeksi jamur dan bukan oleh kencing manis atau

alergi ikan. Infeksi jamur dipastikan oleh anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan. Dari anamnesis didapatkan keluhan bercak merah dan gatal terutama saat berkeringat dengan gambaran lesi yang khas yaitu berupa makula dan papul eritematosa dengan tepi aktif dan *central healing*, setelah dilakukan pemeriksaan kerokan kulit didapatkan gambaran hifa bercabang dan bersekat (Menaldi et al., 2019). Pasien juga diminta untuk tidak meminum obat yang mengandung steroid dan air rebusan brotowali karena steroid dapat menekan sistem imun sehingga memperluas lesi sedangkan air rebusan brotowali tidak memiliki efek antijamur (Ahmad et al., 2016; Gabros et al., 2023). Pasien juga diberikan edukasi mengenai kebersihan diri dan lingkungan seperti mandi 2 kali sehari menggunakan air bersih dan sabun, tidak menggunakan sabun batang secara bersamaan, mengganti handuk 2 hari sekali, mengganti pakaian satu hari 2 kali, mengganti spre, sarung bantal, dan guling 1 minggu sekali, meningkatkan ventilasi rumah, menggunakan celana pendek, dan tidak merendam kaki di empang karena faktor risiko untuk terjadinya suatu infeksi jamur antara lain adalah kondisi lingkungan yang lembab dan panas, pakaian ketat dan yang tidak menyerap keringat, dan *hygiene* perorangan yang jelek (Riani, 2017; Widaty et al., 2017). Sumber penularannya dapat dibagi menjadi tiga yaitu melalui kontak langsung dengan orang lain atau melalui kulit atau rambut yang menempel pada pakaian, sisir, topi, kaos kaki, dan handuk (antofilik), melalui kontak dengan hewan seperti anjing atau kucing baik secara direk maupun tidak melalui rambut hewan (zoofilik), dan melalui kontak dengan tanah (geofilik). Pada kasus ini dicurigai penularan terjadi secara geofilik yang diperantarai oleh air empang. Pasien juga disarankan untuk tidak menggaruk area gatal untuk menghindari infeksi sekunder (Kang et al., 2019; Menaldi et al., 2019). Setelah dilakukan intervensi diatas terdapat penyembuhan lesi, hilangnya rasa gatal, berubahnya kebiasaan merendam kaki di empang, meningkatnya kebersihan pasien dan keluarga, membaiknya ventilasi rumah, dan bertambahnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai tinea korporis.

Tabel 1. Setelah dilakukan pendekatan kedokteran keluarga

Tanggal kunjungan.	Betis	Lutut
17 September 2022		
24 September 2022		



6 Oktober 2022



14 Oktober 2022



Pasien juga menderita hipertensi derajat I karena berdasarkan pemeriksaan tekanan darah dua kali dengan interval 1 minggu hasilnya adalah 146/94 mmHg dan 150/98 mmHg (Unger et al., 2020). Target penurunan tekanan darah yang perlu dicapai sesuai usia pasien dan tanpa komorbid lain adalah ≤ 130 mmHg untuk tekanan sistolik dan 70 – 79 mmHg untuk tekanan diastolik. Batas tekanan darah untuk inisiasi obat adalah $\geq 140/90$ mmHg. Pada pasien ini diberikan terapi farmakologi dengan obat golongan *calcium channel blocker* yaitu amlodipin 1x5 mg (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2021). Beberapa faktor risiko hipertensi dapat ditemukan pada pasien ini yaitu adanya kebiasaan merokok, konsumsi garam yang berlebih, konsumsi makanan tinggi lemak, obesitas derajat I, dan kurangnya aktifitas fisik sehingga pasien diberikan edukasi agar dapat menghilangkan faktor risiko tersebut (Nurwulan et al., 2019). Edukasi yang diberikan adalah menjelaskan mengenai faktor risiko, tanda dan

gejala, tatalaksana, komplikasi, dan pencegahan hipertensi dan obesitas pada pasien dan anggota keluarga, menjelaskan mengenai pola makan yang baik untuk hipertensi dan obesitas, menganjurkan pasien untuk melakukan olahraga minimal 30 menit per hari sebanyak 5 kali seminggu dan mencontohkan beberapa gerakan senam, mengurangi rokok mulai dari $\frac{3}{4}$ bungkus per minggu (Heviana & Zuraida, 2021). Edukasi mengenai pola makan dibantu dengan media *booklet* yang menjelaskan mengenai diet DASH untuk hipertensi, piring model T untuk obesitas, pembatasan konsumsi garam kurang dari satu sendok teh, mengurangi konsumsi makanan tinggi lemak jenuh dan lemak trans, dan membatasi konsumsi gula, dan memberikan contoh-contoh bahan makanan yang baik untuk dikonsumsi dan harus dihindari (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018; Rahajeng et al., 2013). Hasil intervensi terhadap tekanan darah dan obesitas adalah penurunan tekanan darah menjadi 117/86 mmHg, meningkatnya pemahaman pasien mengenai hipertensi, terdapat perubahan pola makan dan hidup pada pasien, meningkatnya aktivitas fisik, meningkatnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai hipertensi dan obesitas, dan tidak terdapat peningkatan berat badan.

KESIMPULAN

Setelah dilakukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dengan *Mandala of Health* pada kasus tinea korporis yang disertai hipertensi derajat I, dan obesitas derajat I, beberapa faktor risiko telah teridentifikasi seperti buruknya kebersihan diri, lingkungan yang panas dan lembab, kebiasaan memasukan kaki ke empang saat memancing, pola makan yang buruk, rendahnya aktivitas fisik, merokok, kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita. Penatalaksanaan secara holistik yang telah dilakukan menyebabkan sembuhnya penyakit tinea korporis, turunnya tekanan darah hingga mencapai target, tidak bertambahnya berat badan, berubahnya pola makan menjadi baik, dan meningkatnya pengetahuan pasien dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Adna, E. F., & Aruan, R. R. (2022). Tinea Imbrikata Pada Dua Saudara Kandung. *Cermin Dunia Kedokteran*, 49(11), 624–628. <https://doi.org/10.55175/Cdk.V49i11.317>
- Ahmad, W., Jantan, I., & Bukhari, S. N. A. (2016). *Tinospora Crispa* (L.) Hook. F. & Thomson: A Review Of Its Ethnobotanical, Phytochemical, And Pharmacological Aspects. *Frontiers In Pharmacology*, 7, 1–19.
- Anggraini, M. T., Novitasari, A., & Setiawan, M. R. (2015). *Buku Ajar Kedokteran Keluarga*. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Feriyanto, D. D., & Dimawan, R. S. A. (2022). Seorang Laki-Laki Usia 58 Tahun Dengan Tinea Kruris: Laporan Kasus. *Proceeding Book Call For Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 986–994.
- Gabros, S., Nessel, T. A., & Zito, P. M. (2023). *Topical Corticosteroid*. Statpearls Publishing.
- Gadour, E., & Kotb, A. (2021). Systematic Review Of Antifungal-Induced Acute Liver Failure. *Cureus*, 13(10).
- Hay, R. (2018). Therapy Of Skin, Hair And Nail Fungal Infections. *Journal Of Fungi*, 4(3). <https://doi.org/10.3390/Jof4030099>
- Heviana, L. N., & Zuraida, R. (2021). Penatalaksanaan Holistik Pada Pasien Tinea Kapitis Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Medical Profession Journal Of Lampung*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.53089/medula.v11i1.131>

SUPLEMEN

Volume 15, Suplemen, 2023

<https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp>

- Kang, S., Amagi, M., & Bruckner, A. (2019). *Fitzpatrick's Dermatology* (9th Ed.). Mc Graw Hill.
- Katzung, B. G., Masters, S. B., & Trevor, A. J. (2012). *Basic And Clinical Pharmacology* (12th Ed). Mcgrawhill-Medical.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Epidemi Obesitas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Matthias, H., & Francisco, K. (2017). *The Imminent Obesity Crisis In Asia And The Pasific: First Cost Estimates*. Asian Development Bank Institute.
- Mellaratna, W. P., & Fitri, S. (2023). Penanganan Tinea Korporis Pada Lansia Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Lentera (Jurnal: Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial Dan Budaya)*, 7(1).
<https://doi.org/10.24060/lentera.v7i1.1764>
- Menaldi, S. L., Bramono, K., & Indriatmi, W. (2019). *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin* (7th Ed.). Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Nurindi, F. S., Oktarlina, R. Z., & Wp, R. R. (2020). Terapi Farmakologis Tinea Korporis Pada Anak. *Medical Profession Journal Of Lampung*, 9(4), 760–766.
<https://doi.org/10.53089/medula.v9i4.215>
- Nurwulan, D., Hidayatullah, T. A., Nuzula, A. F., & Puspita, R. (2019). Profil Dermatofitosis Superfisialis Periode Januari – Desember 2017 Di Rumah Sakit Islam Aisyah Malang. *Saintika Medika*, 15(1), 25. <https://doi.org/10.22219/sm.vol15.smumm1.8625>
- Oktaviana, N., Kawilarang, A. P., & Damayanti. (2018). Patient Profile Of Tinea Corporis In Dr. Soetomo General Hospital, Surabaya From 2014 To 2015. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(3), 200. <https://doi.org/10.20473/jbe.v6i32018.200-208>
- Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia. (2021). *Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2021: Update Konsensus Perhi 2019*. Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia.
- Piranti, A. T., & Istarini, A. (2021). *Karakteristik Dan Faktor Risiko Dermatofitosis Di Puskesmas Simpang Iv Sipin Kota Jambi*. Universitas Jambi.
<https://repository.unja.ac.id/eprint/29890>
- Pradono, J., Delima, Dany, F., Handayani, S., Wiryawan, Y., & Kristanto, A. Y. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riani. (2017). Hubungan Pengetahuan Dan Personal Hygiene Dengan Kejadian Tinea Korporis Di Desa Kuapan Wilayah Kerja Puskesmas Xiii Koto Kampar Tahun 2016. *Jurnal Ners*, 1(2), 74–89.
- Sahoo, A. K., & Mahajan, R. (2016). Management Of Tinea Corporis, Tinea Cruris, And Tinea Pedis: A Comprehensive Review. *Indian Dermatology Online Journal*, 7(2), 77. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.178099>
- Sari, F. T. A., & Angraini, D. I. (2020). Penatalaksanaan Pasien Tinea Korporis Pembuat Kerupuk Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Majority*, 9(1), 12–18.
<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/icd10des.htm>
- Tirtasari, S., & Kodim, N. (2019). Prevalensi Dan Karakteristik Hipertensi Pada Usia Dewasa Muda Di Indonesia. *Tarumanagara Medical Journal*, 1(2), 395–402.
- Tri Putra, M. I. W. (2018). *Hubungan Diabetes Melitus Tipe 2 Terhadap Kejadian*

SUPLEMEN

Volume 15, Suplemen, 2023

<https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp>

Dermatofitosis Di Rsud Dr. Rm Djoelham Binjai.
<Http://Repository.Umsu.Ac.Id/Handle/123456789/775>

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). International Society Of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines 2020. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357.

Warouw, M. W., Kairupan, T. S., & Suling, P. L. (2021). Efektivitas Anti Jamur Sistemik Terhadap Dermatofitosis. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 13(2), 185.
<Https://Doi.Org/10.35790/Jbm.13.2.2021.31833>

Widaty, S., Soebono, H., Nilasari, H., Listiawan, Y., Siswati, A. S., Triwahyudi, D., & Rosita, C. (2017). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin Di Indonesia*. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin Indonesia.

Widhiastuti, F., Handamari, D. A., & Musy, R. (2023). Studi Retrospektif Kunjungan Pasien Baru Mikosis Superfisialis Di Poliklinik Kulit Dan Kelamin Rsud Dr. Soedono Madiun, Indonesia Januari-Desember 2021. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(4), 186–190.
<Https://Doi.Org/10.55175/Cdk.V50i4.853>

World Health Organization. (2021a). *Hypertension*.

World Health Organization. (2021b). *Obesity And Overweight*.