



TINEA CORPORIS WITH GRADE I OBESITY IN WOMEN DOMESTIC WORKERS AGE 34 YEARS

Eka Aprillia Arum Kanti, Soraya Rahmanisa

Medical Faculty of Universitas Lampung, Medical Biology of Faculty Medicine
Universitas Lampung

Abstract

Background. Tinea corporis is dermatophytosis disease. Dermatophytosis is a superficial fungal infection caused by dermatophytes genus, which can affect the skin, hair and nails. In glabrosa skin, in addition to the scalp, face, legs, hands feet, and groin beard. Governance requires the use of family medicine approach because in addition to using pharmacological modalities, is also needed support from the patient's family. **Case.** Mrs. S, aged 34 years, overweight patients light up every move was sweating, often wearing dresses and tight trousers. behavioral family treatment went to health services when complaints arise, as well as the absence of allocation of health funding, relationships with both families and harmonic. **Conclusion.** the clinical and psychosocial problems are complex and take a long time collaboration between healthcare providers and family. Where providers do not only solve problems but also create warmth clinical, and psychosocial problems also with the help of neighborhood community life.

Keywords: family medicine, fungal infections, skin, tinea corporis.

Abstrak

Latar belakang. Tinea korporis adalah penyakit dermatofitosis. Dermatofitosis adalah infeksi jamur superfisial yang disebabkan genus dermatofita, yang dapat mengenai kulit, rambut dan kuku. Pada kulit glabrosa, selain kulit kepala, wajah, kaki, telapak tangan kaki, janggut dan lipatan paha. Tata laksana yang digunakan memerlukan pendekatan kedokteran keluarga karena selain menggunakan modalitas farmakologis, diperlukan pula dukungan dari keluarga pasien. **Kasus.** Ny. S, usia 34 tahun, pasien bertubuh gemuk hingga setiap beraktivitas ringan pun berkeringat, sering memakai baju dan celana yang ketat. Perilaku berobat keluarga memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila timbul keluhan, serta tidak adanya alokasi dana kesehatan, hubungan dengan keluarga baik dan harmonis. **Simpulan.** Masalah klinis dan psikososial yang kompleks membutuhkan waktu yang lama dan kerjasama antara provider kesehatan dan keluarga. Dimana provider tidak hanya menyelesaikan masalah klinis tetapi juga menciptakan kehangatan, dan juga masalah psikososial dengan bantuan komunitas lingkungan sekitar kehidupannya.

Kata kunci: kedokteran keluarga, infeksi jamur, kulit, tinea corporis.



Latar Belakang

Penyakit kulit di Indonesia sangat meningkat tajam yang dikarenakan oleh iklim di Indonesia itu sendiri yang beriklim tropis, sehingga penyebarannya juga sangat meningkat tajam. Penyakit infeksi jamur di kulit mempunyai prevalensi tinggi di Indonesia, khususnya Medan, oleh karena negara kita beriklim tropis dan kelembabannya tinggi. Angka insidensi dermatofitosis pada tahun 1998 yang tercatat melalui Rumah Sakit Pendidikan Kedokteran di Indonesia sangat bervariasi, dimulai dari prosentase terendah sebesar 4,8 % (Surabaya) hingga prosentase tertinggi sebesar 82,6 % (Surakarta) dari seluruh kasus dermatomikosis. Penyakit ini banyak diderita oleh orang-orang yang kurang mengerti kebersihan dan banyak bekerja ditempat panas, yang banyak berkeringat serta kelembaban kulit yang lebih tinggi. *Tricophyton rubrum* merupakan infeksi yang paling umum diseluruh dunia dan sekitar 47 % menyebabkan tinea korporis. *Tricophyton tonsuran* merupakan dermatofit yang lebih umum menyebabkan tinea kapitis, dan orang dengan infeksi tinea kapitis antropofilik akan berkembang menjadi tinea korporis.. Walaupun prevalensi tinea korporis dapat disebabkan oleh peningkatan *Tricophyton tonsuran*, *Microsporum canis* merupakan organisme ketiga sekitar 14 % menyebabkan tinea korporis. Dalam makalah studi kasus ini akan dibahas tentang binaan pasien dengan masalah dugaan penyakit Tinea Corporis dengan obesitas grade I yang menggunakan pendekatan keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan pasien *centre* dan *family approach*.

Kasus

Seorang wanita, Ny.S, 34 tahun, warga Pidada, datang ke Puskesmas Panjang bersama anaknya dengan keluhan gatal-gatal pada sekitar pusar, bokong, dan lipatan betis. Keluhan ini dirasakan pasien sejak hampir 2 minggu. Rasa gatal timbul setiap saat terutama saat beraktivitas, dan pasien sering menggaruknya



untuk mengurangi rasa gatal tersebut. Keluhan gatal dirasakan makin menjadi ketika berkeringat. Bila pasien telah menggaruk bagian yang gatal tersebut langsung merah dan terasa perih. Pasien mengakui sering berkeringat sehabis bekerja dan cuaca panas tetapi ia tidak langsung mengganti bajunya. Pasien mengaku mandi sehari dua kali dengan menggunakan sabun batang. Riwayat bertukar pakaian ataupun memakai handuk secara bergantian dengan orang lain disangkal oleh pasien. Pasien tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya. Riwayat alergi, Hipertensi, DM tidak diakui oleh pasien. Sejak muncul penyakit ini pasien tidak memberikan pengobatan apapun pada dirinya, ia langsung berobat ke Puskesmas Panjang untuk pengobatan lebih lanjut.

Di keluarga pasien tidak ada yg menderita penyakit tersebut. Pasien juga bertubuh gemuk hingga setiap beraktivitas ringan pun berkeringat. Pasien sehari-hari sering memakai baju dan celana yang ketat. Dari remaja, pasien memiliki pola hidup kurang sehat seperti mengonsumsi makan-makanan tinggi lemak hingga berat badan nya kurang proposional, jarang berolahraga, tetapi pasien tidak pernah merokok ataupun minum-minuman beralkohol. Sehari-hari pasien bekerja sebagai pembantu rumah tangga yang bekerja dari pagi hingga sore hari. Suami bekerja dari pagi hingga sore sebagai buruh bangunan, dan memiliki seorang anak yang masih sekolah. Jadi sehari-hari pasien banyak beraktivitas diluar rumah.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan dari penampilan pasien memakai baju yang sempit dan kebersihan diri kurang, keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,2 °C; tekanan darah: 120/70 mmHg; frek. nadi: 84x/menit; frek. nafas: 26 x/menit; berat badan: 65 kg; tinggi badan: 160 cm; status gizi: *obesitas grade 1* (IMT: 25,3). tampak lesi hiperpigmentasi di regio umbilikalis, gluteus, poplitea dengan papul-papul multiple diatasnya, dan terdapat krusta bekas digaruk, tepi aktif. Pada kepala, mata, telinga, hidung dalam batas normal, mulut, leher, paru, jantung, abdomen semua dalam batas normal. Regio pulmo dan cor dalam batas normal, abdomen cembung simetris. Ektremitas superior dan inferior dalam batas normal.



Pembahasan

Studi kasus pada Ny.S, 34 tahun datang ke Puskesmas Panjang dengan diagnosis klinis Tinea korporis dan mengalami obesitas grade I. Tinea korporis adalah penyakit dermatofitosis. Dermatofitosis adalah infeksi jamur superfisial yang disebabkan genus dermatofita, yang dapat mengenai kulit, rambut dan kuku.pada kulit glabrosa, selain kulit kepala, wajah, kaki, telapak tangan dan kaki, janggut dan lipatan paha. Penyebab utamanya adalah : T.violaseum, T.rubrum, T.metagrofites. Mikrosporon gipseum, M.kanis, M.audolini. Manifestasinya akibat infiltrasi dan proliferasinya pada stratum korneum dan tidak berkembang pada jaringan yang hidup. Bentuk yang klasik dimulai dengan lesi-lesi yang bulat atau lonjong dengan tepi yang aktif. Dengan perkembangan ke arah luar maka bercak-bercak bisa melebar dan akhirnya dapat memberi gambaran yang polisiklis, arsiner, atau sinsiner. Pada bagian tepi tampak aktif dengan tanda-tanda eritema, adanya papul-papul dan vesikel, sedangkan pada bagian tengah lesi relatif lebih tenang. Predileksi tinea korporis banyak ditemukan pada wajah, badan, lengan dan kaki bagian atas (Patel, 2006). Gejala subyektif yaitu gatal, dan terutama jika berkeringat. Gejala obyektif yaitu efloresensi, terlihat makula atau plak yang berwarna merah atau hiperpigmentasi dengan tepi aktif dan daerah bagian tengah lebih tenang (central healing). Pada tepi lesi dijumpai papul-papul eritema atau vesikel.Kadang-kadang terlihat erosi dan krusta akibat garukan. Lesi-lesi pada umumnya merupakan bercak-bercak terpisah satu dengan yang lain. Terdapat lesi dengan pinggir yang polisiklik,karena beberapa lesi kulit yang menjadi satu.

Metabolisme dari jamur dipercaya menyebabkan efek toksik dan respon alergi. Tinea korporis umumnya tersebar pada seluruh masyarakat tapi lebih banyak di daerah tropis. Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur dan paling sering terjadi pada iklim yang panas (tropis dan subtropis). Ada beberapa macam variasi klinis dengan lesi yang bervariasi dalam ukuran derajat inflamasi dan kedalamannya. Variasi ini akibat perbedaan imunitas hospes dan spesies dari jamur. Pengobatan dapat dilakukan secara topikal dan sistemik. Pada masa kini banyak pilihan obat untuk mengatasi dermatofitosis, baik dari golongan antifungal



konvensional atau antifungal terbaru. Pengobatan yang efektif ada kaitannya dengan daya tahan seseorang, faktor lingkungan dan agen penyebab. Tinea korporis mungkin ditransmisikan secara langsung dari infeksi manusia atau hewan melalui autoinokulasi dari reservoir, seperti kolonisasi *T.rubrum* di kaki. Anak-anak lebih sering kontak pada zoofilik patogen seperti *M.canis* pada kucing atau anjing. Pakaian ketat dan cuaca panas dihubungkan dengan banyaknya frekuensi dan beratnya erupsi.

Infeksi dermatofit tidak menyebabkan mortalitas yang signifikan tetapi mereka bisa berpengaruh besar terhadap kualitas hidup. Tinea korporis prevalensinya sama antara pria dan wanita. Tinea korporis mengenai semua orang dari semua tingkatan usia tapi prevalensinya lebih tinggi pada preadolescen. Tinea korporis yang berasal dari binatang umumnya lebih sering terjadi pada anak-anak. Secara geografi lebih sering pada daerah tropis daripada subtropis. Berdasarkan habitatnya dermatofit digolongkan sebagai antropofilik (manusia), zoofilik (hewan), dan geofilik (tanah). Dermatofit yang antropofilik paling sering sebagai sumber infeksi tinea, tetapi sumber yang zoofilik diidentifikasi (jika mungkin) untuk mencegah reinfeksi manusia. Pada manusia jamur hidup di lapisan tanduk. Jamur itu melepaskan toksin yang bisa menimbulkan peradangan dan iritasi berwarna merah dan gatal (Balgini, 2009). Infeksinya bisa berupa bercak-bercak warna putih, merah, atau hitam di kulit dengan bentuk simetris. Ada pula infeksi yang berbentuk lapisan-lapisan sisik pada kulit. Hal itu tergantung pada jenis jamur yang menyerang. Masuknya jamur dalam tubuh dapat melalui :

Luka kecil atau aberasi pada kulit, misalnya golongan dermatofitosis, kromoblastomikosis. Melalui saluran pernafasan, dengan mengisap elemen-elemen jamur, seperti pada histoplasmosis Melalui kontak, tetapi tidak perlu ada luka atau aberasi kulit, seperti golongan dermatofitosis.

Beberapa faktor pencetus infeksi jamur antara lain kondisi lembab dan panas dari lingkungan, dari pakaian ketat, dan pakaian tak menyerap keringat, keringat berlebihan karena berolahraga atau karena kegemukan, friksi atau trauma minor (gesekan pada paha orang gemuk), keseimbangan flora tubuh normal terganggu (antara lain karena pemakaian antibiotik, atau hormonal dalam jangka



panjang), penyakit tertentu, misalnya HIV/AIDS, dan diabetes, kehamilan dan menstruasi (kedua kondisi ini terjadi karena ketidakseimbangan hormon dalam tubuh sehingga rentan terhadap jamur) (Kurniawati, 2006). Selain faktor-faktor diatas, timbulnya kelainan pada kulit tergantung pada beberapa faktor antara lain faktor virulensi dari dermatofita (dimana virulensi bergantung pada afinitas jamur, apakah Antrofilik, Zoofilik, atau Geofilik) kemampuan spesies jamur menghasilkan keratinasi dan mencerna keratin di kulit.

Yang kedua adalah faktor trauma (dimana kulit yang utuh tanpa lesi-lesi kecil, lebih susah untuk terserang jamur), faktor suhu dan kelembaban yang sangat berpengaruh terhadap infeksi jamur, keadaan sosial ekonomi serta kurangnya kebersihan memegang peranan yang penting pada infeksi jamur (insiden penyakit jamur pada sosial ekonomi lebih rendah lebih sering terjadi daripada sosial ekonomi yang lebih baik), dan yang terakhir adalah umur dan jenis kelamin, dimana kejadian infeksi jamur banyak ditemukan pada wanita dibandingkan pada pria, hal ini berhubungan dengan pekerjaan. Kegemukan (Obesitas) yang dialami oleh Ny.S merupakan suatu keadaan klinis yang perlu mendapatkan perhatian untuk diintervensi, mengingat selain obesitas yang dialaminya dapat memicu timbulnya kekambuhan penyakit dermatofitosis seperti tinea korporis, obesitas juga dapat mengakibatkan timbulnya penyakit lain seperti diabetes melitus, hipertensi, dislipidemia maupun penyakit jantung koroner. Meningkatnya insidensi obesitas tak lepas dari berubahnya gaya hidup, seperti menurunnya aktivitas fisik, dan makan-makanan yang tinggi lemak (Sudikno, 2010). Faktor genetik menentukan mekanisme pengaturan berat badan normal melalui pengaruh hormon dan neural. Angka kejadian obesitas meningkat dengan pesat akibat pola hidup tidak aktif. Energi dari aktivitas fisik sehari-hari yang digunakan berkurang seiring globalisasi dan akibat dari kemajuan teknologi. Dengan adanya fasilitas seperti transportasi bermotor, elevator, lift, pendingin ruangan, dan pemanas ruangan sehingga energi untuk bergerak digunakan lebih sedikit. Aktivitas fisik yang minimal pada waktu luang seperti menonton televisi dan bermain video games pada anak-anak meningkatkan angka kejadian obesitas. Pendekatan dalam pelayanan medis tidak hanya berfokus pada

Medula, Volume 2, Nomor 4, Juni 2014



aspek biologi (penyakit) tetapi juga dipengaruhi oleh aspek psikososial yang tidak mudah diselesaikan (Simon, 1999).

Karena itu interaksi antara komunitas sosial dan keluarga dengan bantuan lingkungan komunitasnya sangat membantu tidak hanya dalam menyelesaikan masalah klinis saja tetapi juga masalah psikososial. Berdasarkan pelayanan dokter keluarga yang komprehensif, kontinu, integratif, holistik, dan koordinatif serta dilakukan penilaian standar manajemen resiko yang banyak dikemukakan berkaitan dengan benefit cost. Oleh karena itu dilakukan studi kasus pada pasien ini karena ditemukan kompleknya masalah faktor eksternal dan internal yang dimiliki. Manajemen yang dilakukan pada kasus ini, pasien mengeluh gatal-gatal dan ditemukan lesi hiperpigmentasi berbentuk plak di regio umbilikal, gluteus dan poplitea dengan papul-papul multiple di atasnya krusta bekas digaruk dan tepi aktif. Pasien sering memakai celana jeans ketat dan tebal (tidak menyerap keringat) dan kebersihan diri pasien kurang baik. Untuk menunjang diagnosis seharusnya dilakukan pemeriksaan laboratorium. Namun, pada pasien ini belum dilakukan. Penatalaksanaan Non farmakologis Memberikan edukasi untuk pentingnya menjaga kebersihan kulit dan lingkungan pribadi, memberikan edukasi pasien agar daerah lesi selalu kering, pemakaian pakaian longgar dan menyerap keringat dan tidak menggaruk lesi. Selain itu juga mengedukasi pasien terkait obesitas nya seperti menganjurkan untuk olah raga secara rutin dan mengatur pola makan yang sesuai. Penatalaksanaan medikamentosa yang dilakukan pada pasien ini dapat dilakukan secara topikal dan sistemik golongan antifungal adalah dengan pemberian ketokonazol 1 x 200 mg sesudah makan, topical diberikan salep miconazole dioleskan 2-3x/hari setelah mandi dipakai selama 2-4 minggu, Cetirizin tablet 2x10mg dan Vitamin C tablet 1x1. Penatalaksanaan yang diberikan pasien ini menggunakan preparat antijamur derivat azol, yaitu ketokonazol sesuai dengan hasil penelitian dalam jurnal dermatologi oleh Niewerth (2000), yang disebutkan bahwa penggunaan preparat azol efektif untuk dermatoterapi tinea korporis mampu mencegah terjadinya residitif kasus.



Simpulan

Telah dilaksanakan pelayanan yang kuratif, protektif terhadap keluarga dengan kontak tetangga, kebersihan diri dan lingkungan, perilaku pola hidup sehat, paripurna berkesinambungan untuk mencegah timbulnya kekambuhan. Untuk Tinea corporis, telah diberikan edukasi dan petunjuk mengenai penyakit dan cara penularan serta pencegahannya. Telah dilaksanakan kegiatan pembinaan keluarga untuk mengidentifikasi masalah dalam keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan. Telah dilakukan penilaian kemampuan keluarga untuk menyelesaikan masalah dan penyelesaiannya, adalah dengan memberikan petunjuk pada pasien dan anggota keluarga yang lain untuk merubah kesadaran akan pentingnya pencegahan timbulnya penyakit, memberikan petunjuk pada pasien dan anggota keluarga yang lain mengenai pentingnya peran keluarga dalam meningkatkan kesehatan dan kebersihan anggota keluarga, memberikan petunjuk pada pasien dan anggota keluarga yang lain mengenai pentingnya menjaga hygiene pribadi dan sanitasi dan memberikan motivasi anggota keluarga untuk ikut berperan serta dalam proses penyembuhan pasien.

Daftar Pustaka

- Baligni K, Vardi VL, Barzegar MR et al. 2009. Extensive tinea corporis with photosensitivity: case report. *Indian J. Dermatol* ,54:57-59.
- Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Suurmond D. 1999. *Colour atlas and synopsis of clinical dermatology*. Athed New York: Mc graw hill.
- Goedadi MH, Suwito PS. 2004. Tinea korporis dan tinea kruris. In : Budimulja U, Kuswadji, Bramono K, Menaldi SL, Dwiastuti P, Widaty S, editors. *Dermatomikosis superfisialis*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.p.31-4.
- Griel AE, Kris Etherton PM. 2006. Beyon saturated fat: The importance of the dietary fatty acid profile on cardiovascular disease. *Nutr Rev Journal*: 64(5):257-262.
- Habif TP. 2004. *Clinical dermatology*. 4th ed. Edinburgh: Mosby.
- He Y, Jiang B, Wang J, et al. 2006. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to cardiovascular disease in an elderly Chinese population. *Journal of Cardiology* 2006; 47: 1588-94.
- Kurniawati, RD. 2006. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tinea Pedis Medula, Volume 2, Nomor 4, Juni 2014



Pada Pemulung Di TPA Jatibarang Semarang. Tesis Program Pasca Sarjana UNDIP: Semarang.

Nelson MM, Martin AG, Heffernan MP. 2004. Fungal disease with cutaneous involvement. In : Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick's: Dermatology in general medicine. 6th ed. New York: McGraw Hill. p:1908-2001.

Niewerth, M. Korting, H. C. 2000. The use of systemic antimycotics in dermatotherapy European Journal Of Dermatology. Vol. 10, Number 2. p:1028-1223.

Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. 1998 July 1. Diagnosis and management of common tinea infections. available from: <http://www.afp.org/journal/asp/.htm>

Patel S, Meixner JA, Smith MB, McGinnis MR. 2006. Superficial mycoses and dermatophytes. In : Tyring SK, Lupi O, Hengge UR, editors. Tropical dermatology. China: Elsevier inc. p.185-92.

Rinaldi. 2000. M. Dermatophytosis: epidemiological and microbiological update. Journal Am Acad Dermatol. 43, S120-4.

Rook, Wilkinson, Ebling. 1992. Mycology. In : Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, editors. Text book of dermatology. 5th ed. London : Blackwell scientific publication. p.1148-9.

Rushing ME. 2006 June 29. Tinea corporis. Online journal. available from: http://www.emedicine.com/asp/tinea_corporis/article/page_type=Article.htm

Simon, GE. 1999. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. Arch Gen Journal of Psychiatry. 56:90-5.

Sudikno. 2010. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kadar kolesterol HDL. Jurnal Gizi Indonesia. Vol 33 (2): 143-149.