



(LAPORAN KASUS)

Holistic Approach to Management of Dermatophytosis (Tinea Manum The right, Tinea corporis, Tinea cruris and Sinistra) in Women Age 43 Years with Labor Jobs Daily Wash

Ummi Kaltsum

Faculty of Medicine, Lampung University

Abstract

Infections caused by dermatophytes exist throughout the world, especially tropical regions that have high humidity such as Indonesia, the incidence rate is approximately the same in the big cities in Indonesia. In the treatment of disease, the approach in medical care not only focuses on the biological aspects (disease) but also influenced by psychosocial aspects. Ny.N, 42, a housewife who works as a daily laborer washing clothes came with complaints of itching and redness in the skin of the back of the hand and abdomen since 1 month ago. Ny. N is a woman of childbearing age with Dermatophytosis, curative treatment pattern, the pattern of environmental sanitation and hygiene of the body less intact, living in an extended family. Treatment in these patients in the form of counseling to the patient regarding the patient's disease to preventive care and psychosocial stress shift with things are positive. Patients get 1x200 mg tablets Ketoconazole, Ketoconazole cream 2 times a day after bath, and CTM 3x1 tablet. Diagnosis of Dermatophytosis in this case is in accordance with some theory and critical analyzes of the latest research, treatment provided is in accordance with the CPG. There has been a change in behavior on Ny.N and visible improvement in Ny.N visible lesions after intervention and given his personal hygiene..

Keywords: *Dermatophytosis, Hygiene, Medical Care Family, Tinea, Sanitation.*

Pendekatan Holistik Penatalaksanaan Dermatofitosis (Tinea Manum Dekstra, Tinea Korporis, dan Tinea Cruris Sinistra) pada Wanita Usia 43 Tahun Dengan Pekerjaan Buruh Cuci Harian

Ummi Kaltsum

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Infeksi akibat dermatofita terdapat di seluruh dunia terutama daerah tropis yang mempunyai kelembapan tinggi seperti Indonesia, dengan angka insidens yang kurang lebih sama di kota-kota besar di Indonesia. Dalam penanganan penyakit, pendekatan dalam pelayanan medis tidak hanya berfokus pada aspek biologi (penyakit) tetapi juga dipengaruhi aspek psikososial. Ny.N, 42 tahun, seorang ibu rumah tangga yang bekerja sebagai buruh cuci baju harian datang dengan keluhan gatal dan kemerahan di kulit punggung tangan dan perut sejak 1 bulan yang lalu. Ny. N merupakan wanita usia produktif dengan Dermatofitosis, pola berobat kuratif, pola sanitasi lingkungan dan kebersihan pribadi kurang terjaga, hidup dalam *extended family*. Tatalaksana pada pasien ini yaitu konseling kepada pasien mengenai penyakit pasien hingga tindakan pencegahan penyakit dan mengalihkan stress psikososial dengan hal-hal bersifat positif. Pasien mendapatkan Ketokonazol 1x200 mg tablet, Ketokonazol *cream* 2 kali sehari sehabis mandi, dan CTM 3x1 tablet. Diagnosis Dermatofitosis pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini, penatalaksanaan yang diberikan sudah sesuai dengan CPG. Terjadi perubahan perilaku pada Ny.N dan terlihat perbaikan lesi pada Ny.N terlihat setelah diberi intervensi serta menjaga kebersihan pribadi tubuhnya.

Kata Kunci : Dermatofitosis, Kebersihan Pribadi, Pelayanan Kedokteran Keluarga, Sanitasi, Tinea.

Korespondensi : Ummi Kaltsum | ummibarchia@gmail.com



Pendahuluan

Infeksi akibat dermatofita terdapat di seluruh dunia terutama daerah tropis yang mempunyai kelembapan tinggi seperti Negara Indonesia. Penyakit ini menyerang pria maupun wanita dan terjadi pada semua umur terutama dewasa. Penyebab tersering penyakit ini adalah *Tricophyton rubrum* dengan prevalensi 47% dari semua kasus tinea.¹ *Tricophyton rubrum* mempunyai dinding sel sehingga resisten terhadap eradikasi. Barrier proteksi ini mengandung *mannan*, yang menghambat organisme ini tahan terhadap pertahanan lapisan kulit^{2-4,10}.

Lain halnya dengan mikosis profunda yang jarang ditemui, Dermatofitosis cukup banyak dengan angka insidens yang kurang lebih sama di kota-kota besar di Indonesia. Di Denpasar, penyakit ini menduduki posisi kedua setelah dermatitis. Selain itu, penyakit ini mengenai semua golongan usia. Meskipun belum tersedia angka insidens Dermatofitosis di Indonesia, penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan Kedokteran di Indonesia (1997-1998) menunjukkan rentang usia penderita 25-64 tahun. Hal ini berkaitan dengan tingkat aktivitas yang mengeluarkan banyak keringat, trauma, dan lama pajanan terhadap jamur.^{5,6} Infeksi dermatofit tidak menyebabkan mortalitas yang signifikan tetapi dapat berpengaruh besar terhadap kualitas hidup sehingga diagnosis dan terapi infeksi dermatofit harus dilakukan dengan tepat. Apabila terapi yang digunakan tidak sesuai maka akan menimbulkan beberapa penyulit seperti reaksi alergi, hiperpigmentasi, kekambuhan, dan infeksi sekunder yang menyebabkan pasien tidak kunjung sembuh, memungkinkan terjadinya penurunan imunitas yang dapat memicu terjadinya infeksi sekunder oleh bakteri, virus, maupun jamur yang lain. Oleh

karena itu dibutuhkan terapi yang tepat dan cepat untuk meminimalisir terjadinya penyulit.⁷

Jamur dermatofita dapat ditularkan secara langsung maupun secara tidak langsung, dan untuk dapat menimbulkan suatu penyakit, jamur dermatofita harus memiliki kemampuan untuk melekat pada kulit host (pejamu), mampu menembus jaringan pejamu dan selanjutnya mampu bertahan dan menyesuaikan dengan suhu dan lingkungan biokimia pejamu. Sedangkan variabilitas host, seperti umur, jenis kelamin, ras, budaya dan imunitas dapat mempengaruhi manifestasi klinis dan perjalanan penyakit infeksi dermatofita ini. Ini menunjukkan bahwa penyakit ini bersifat medis tidak hanya berfokus pada aspek biologi (penyakit) tetapi juga dipengaruhi aspek psikososial. 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.

Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik harus dimulai dari keluarga. Keluarga bisa menjadi pelaku rawat yang baik bagi masing masing anggota keluarganya. Pola hidup yang kurang baik dalam kehidupan seseorang merupakan salah satu faktor internal, dan hubungan yang kurang baik dengan anggota keluarga lainnya merupakan faktor eksternal yang menyebabkan sulitnya penyelesaian masalah medis. Berdasarkan pelayanan dokter keluarga yang holistik komprehensif, kontinu, integratif, dan koordinatif, penyelesaian masalah medis dan psikososial dilaksanakan.⁸



Kasus

Ny.N, 42 tahun, seorang ibu rumah tangga yang terkadang bekerja sebagai buruh cuci baju harian datang dengan keluhan gatal dan kemerahan di kulit punggung tangan dan perut sejak 1 bulan yang lalu. Gatal terjadi sepanjang hari dan memberat terutama saat pasien berkeringat. Pada awalnya muncul bercak merah bulat yang sangat gatal pada punggung tangan dan kulit daerah perut, disertai perubahan warna kulit menjadi berwarna kemerahan dengan pinggir yang tidak rata. Karena sangat gatal maka kulit tersebut digaruk oleh pasien dengan menggunakan kuku, sikat, bahkan dengan menggunakan sisir rambut. Garukan tersebut menyebabkan kulit menjadi lecet. Lama kelamaan bercak kemerahan tersebut meluas pada kulit sekitarnya, melebar hingga ke daerah pergelangan tangan dan diperut meluas hingga lipat paha kiri. Keluhan ini baru pertama kali dirasakan oleh pasien. Sebulan yang lalu ketika muncul bercak pertama kali, pasien sempat berobat ke puskesmas dan diberi salep mikonazol. Bercak sempat agak berkurang sedikit namun ketika salep habis bercak tersebut membesar kembali dan muncul gatal kembali. 1 minggu yang lalu, karena gatal yang tak tertahankan penderita pergi berobat ke UGD Puskesmas Kota Karang dan diberi obat minum antigatal, keluhan gatal menghilang sebentar namun tak kunjung sembuh. Sejak keluhan gatal yang memberat dan bercak yang meluas ini timbul, pasien mengaku terganggu dalam menjalani pekerjaan hariannya sebagai buruh cuci. Riwayat penyakit yang sama pada anggota keluarga disangkal penderita. Penderita tidak memelihara anjing, kucing atau ternak lainnya. Keluhan bertambah berat akhirnya pasien segera berobat ke puskesmas untuk mencari tahu mengenai sakitnya ini.

Pasien sehari-hari bekerja sebagai buruh cuci sedangkan suaminya sebagai buruh bangunan yang penghasilannya tidak menentu. Suami pasien bekerja setiap ada panggilan pekerjaan, harinya tidak menentu. Pasien bekerja sebagai buruh cuci harian, namun selama bercak ditangan pasien tidak hilang, pasien hanya dapat melakukan pekerjaannya sebagai buruh setrika baju harian. Anak pertama pasien baru mulai bekerja di supermarket (baru beberapa hari mlai bekerja) pulang jam 5 sore. Dilakukan intervensi terhadap faktor eksternal dan internal, dengan melakukan sebanyak 4x kunjungan rumah. Intervensi meliputi konseling terhadap pasien dan suaminya.

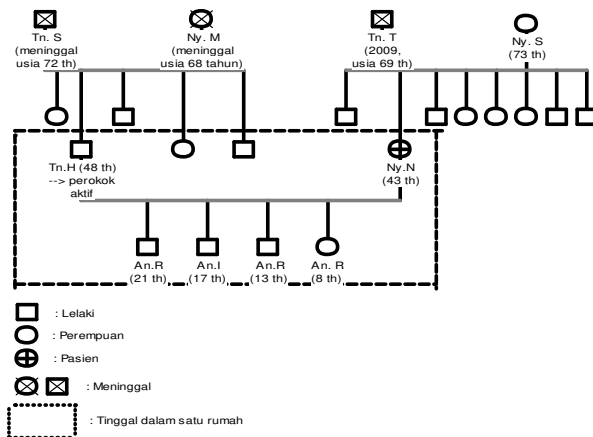
Pada pemeriksaan fisik yang telah dilakukan didapatkan keadaan umum baik; suhu: 36,7 °C; tekanan darah: 120/70 mmHg; frek. nadi: 84 x/menit; frek. nafas: 20 x/menit; berat badan: 57 kg; tinggi badan: 155 cm; status gizi: (IMT: 23,7 (Normal)). Pada status generalis didapatkan kepala, mata, telinga, hidung, mulut, leher, paru, jantung, abdomen, dan ekstremitas semua dalam batas normal. Pada status neurologis didapatkan reflek fisiologis normal, reflek patologis (-). Rangsang raba normal. Kekuatan otot 5/5 / 5/5. Pada status Lokalis (dermatologis) didapatkan pada regio manus dekstra, abdomen sisi sinistra, dan regio inguinal sinistra terdapat lesi hiperpigmentasi berukuran plakat, pada daerah tepi lesi terdapat skuama halus dan papul yang aktif, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*) serta terdapat erosi dan krusta pada lesi akibat garukan. Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium pada pasien ini.

Pasien tinggal bersama dengan suami, tiga orang anak lelaki dan seorang anak perempuan, beserta kedua iparnya. Pasien hidup dalam *extended family*, terlihat dari gambar 1. Pasien dan



keluarganya tinggal di rumah berukuran 10 x 4 m. Lantai rumah depan dari keramik dan dua pertiga belakang rumah adalah semen. Dinding rumah dari tembok. Penerangan dalam rumah dengan listrik, ventilasi baik. Kebersihan rumah dan tata letak barang dalam rumah baik, keadaan rumah baik.

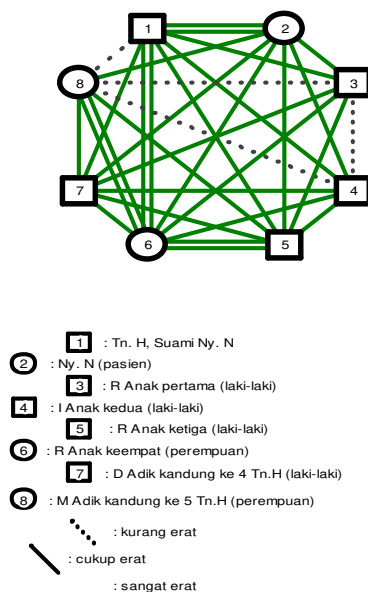
Genogram keluarga Ny.N
Tanggal Pembuatan: 14 Juli 2014
Oleh: Ummi Kaltsum



Gambar 1. Genogram keluarga Ny. N

Hubungan pasien dengan sesama anggota keluarga pasien terlihat dari family map pada gambar 2.

Family Mapping keluarga Ny.N
Tanggal Pembuatan: 14 Juli 2014
Oleh: Ummi Kaltsum



Gambar 2. Family Mapping keluarga Ny. N

Sumber air minum dari PAM yang dibeli perhari menggunakan jirigen (sehari 4 jirigen, volume kurang lebih 19 liter satu jirigen), limbah dialirkan ke got di belakang rumah, memiliki satu kamar mandi dan satu jamban. Bentuk jamban berupa jamban cemplung. Lantai kamar mandi licin dan tidak terdapat pegangan. Terdapat tempat mencuci piring yang terpisah dari kamar mandi.

Dilakukan intervensi terhadap faktor eksternal dan internal, dengan melakukan sebanyak 3x kunjungan rumah. Intervensi meliputi konseling terhadap pasien.

Diagnostik holistik awal, pada aspek personal didapatkan berupa kekhawatiran pasien yang takut keluhannya bertambah berat dan meluas keseluruh badan. Khawatir karena pasien tidak dapat melakukan pekerjaannya sebagai buruh cuci harian. Pasien memiliki harapan agar keluhan dapat hilang dan dapat sembuh dari penyakit tersebut. Aspek klinik atau diagnosis klinis awal pasien berdasarkan ICD X adalah Tinea Manum Dekstra (ICD-X B.35.2), Tinea Korporis (ICD-X B.35.4), Tinea Cruris Dekstra (ICD-X B.35.6). Aspek resiko internal pasien adalah pengetahuan pasien tentang kebersihan diri kurang dan pola berobat kuratif. Aspek psikososial keluarga yang mempengaruhi penyakit pasien adalah kurangnya pengetahuan tentang tinea (ICD-10-Z 55.9) dan kurangnya kesadaran terhadap pencegahan penyakit (ICD-10-Z 55.9).

Pada diagnostik holistik awal ini derajat fungsional pasien adalah 2, yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari didalam dan luar rumah.

Pengobatan pada pasien ini berupa tatalaksana nonfarmakologi dan farmakologi. Tatalaksana nonfarmakologi berupa konseling kepada pasien mengenai



penyakit pasien, konseling kepada pasien untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit contohnya konseling kepada pasien untuk rajin mengganti baju terutama bila beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, dan konseling kepada pasien untuk mengalihkan stress psikososial dengan hal-hal bersifat positif.

Tatalaksana obat atau farmakologi pasien berupa Ketokonazol 1x200 mg tablet, Ketokonazol cream 2 kali sehari sehabis mandi, dan CTM 3x1 tablet.

Diagnostik holistik akhir setelah diberikan tatalaksana yaitu pada aspek personal didapatkan berupa kekhawatiran pasien sudah berkurang. Pasien memiliki harapan agar penyakit tidak muncul kembali.. Aspek klinik atau diagnosis klinis awal pasien berdasarkan ICD X adalah Tinea Manum Dekstra (ICD-X B.35.2), Tinea Korporis (ICD-X B.35.4), Tinea Cruris Dekstra (ICD-X B.35.6). Aspek resiko internal pada diagnostik holistik akhir pasien adalah meminum obat secara hingga selesai, rajin mengganti baju terutama bila beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, dan mengontrol kadar penyakit ke puskesmas. Aspek psikososial keluarga terhadap penyakit pasien setelah diberikan tatalaksan adalah termotivasinya keluarga untuk mengingatkan pasien minum obat hingga habis, meningkatnya pengetahuan tentang penyakit jamur superfisial, dan meningkatnya kesadaran terhadap pencegahan penyakit. Pada diagnostik holistik akhir ini derajat fungsional pasien adalah 1, yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

Pembahasan

Pembinaan dengan pelayanan kedokteran keluarga ini dilakukan pada Ny. N dengan usia 43 tahun yang berarti

pasien masih di usia produktif (WHO, 2014), datang ke Puskesmas Rawat Inap Kota Karang dengan keluhan timbul bercak kemerahan yang disertai gatal yang makin meluas sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan bercak tersebut awalnya hanya terdapat di punggung tangan kanan dan kulit perut bagian kiri, namun sejak satu minggu ini meluas hingga pergelangan tangan kanan dan keselangkangan kiri. Gatal memberat terutama bila pasien berkeringat. Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan lesi hiperpigmentasi berukuran plak, pada daerah tepi lesi terdapat skuama halus dan papul yang aktif, sedangkan pada daerah tengah lesi lebih tenang (*central healing*) serta terdapat erosi dan krusta pada lesi akibat garukan pada regio manum dekstra, abdomen sisi sinistra, dan regio inguinal sinistra. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik tersebut dapat diketahui bahwa pasien tersebut mengalami infeksi jamur superfisial yaitu tinea.^{9,12,18}

Pemeriksaan penunjang menggunakan sediaan dari bahan kerokan (kulit, rambut dan kuku) dengan larutan KOH 10-30%. Dengan pemeriksaan mikroskopis akan terlihat elemen jamur dalam bentuk hifa panjang, spora dan artospora (spora berderet). Pada tinea korporis maupun tinea kruris bahan sebaiknya diambil dengan mengerok tepi lesi yang meninggi atau aktif.^{2,10,11} Sensitivitas pemeriksaan mikroskopis KOH adalah sebesar 50-60%. Walaupun pemeriksaan mikroskopik dapat membuktikan adanya infeksi jamur dalam beberapa menit, tetapi pemeriksaan tersebut tidak dapat memberikan gambaran yang lebih spesifik atau untuk identifikasi profil dari agen yang menginfeksi. Evaluasi mikroskopik ini juga dapat memberikan hasil negatif palsu sehingga kultur jamur harus dilakukan ketika infeksi dermatofita dicurigai secara



klinis. Pada kasus, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang baik dengan menggunakan KOH maupun kultur sediaan di media agar. Hal ini dikarenakan larutan KOH sedang tidak tersedia di laboratorium puskesmas. Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan ke pasien.

Pada pasien ini dilakukan intervensi sebanyak 4 kali, dimana pada kunjungan pertama tanggal 8 Juli 2014 hal yang dilakukan ialah berkenalan dengan pasien dan keluarganya dan meminta izin untuk dilakukan pembinaan serta melakukan anamnesa secara keseluruhan kepada pasien dan anggota keluarganya. Berdasarkan pertemuan pertama dapat diketahui bahwa pasien terkena *Tinea Manum et Corporis et Cruris* akibat kebersihan pribadi yang kurang terjaga dan sanitasi lingkungan yang terganggu. Pasien mandi dengan sumber air yang terbatas selain itu jarang mengganti baju bila berkeringat banyak. Luasnya lesi dan perjalanan penyakit yang cukup lama pada kasus ini kemungkinan terjadi karena beberapa hal, yaitu kebersihan diri yang kurang, ini terlihat dari kebiasaan menggunakan handuk bersama, kebiasaan bertukar pakaian, penggunaan pakaian yang ketat dan tertutup dalam waktu yang lama dan jarang dicuci.

Pertemuan kedua yaitu tanggal 12 Juli 2014 dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dimana ditemukan dengan jelas *central healing* pada lesi tersebut. Saya memberikan lembar observasi untuk melihat kepatuhan pasien dalam meminum obat dan mengoleskan obat creamnya. Setelah dilakukan pengamatan selama seminggu, didapati perubahan bentuk lesi, lesi terlihat tenang. Selain itu keluhan gatal apabila berkeringat juga berkurang. Pada pertemuan kedua juga dilakukan intervensi berupa edukasi

kepada pasien serta keluarganya mengenai penyakit tinea serta penanganannya. Edukasi yang diberikan berupa pengertian penyakit, pencegahan dan komplikasi pada penderita tinea. Hal ini dilakukan agar pasien dan keluarga mengerti tentang penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya.

Secara non farmakologi, pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya serta faktor yang memudahkan terjadinya penyakit. Pada pasien ini, ditekankan mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri/*hygiene*, terutama mengganti baju setelah beraktifitas yang menimbulkan keringat banyak, seperti sehabis melakukan pekerjaannya sebagai buruh cuci dan setrika harian. Hal ini penting untuk dilakukan untuk mencegah suasana lembab yang mendukung pertumbuhan jamur. Pasien termasuk kedalam kelompok usia produktif.¹⁶ Kelompok usia produktif adalah kelompok usia terbanyak menderita dermatomikosis superfisialis dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda atau lebih tua. Kemungkinan karena segmen usia tersebut lebih banyak mengalami faktor predisposisi atau pencetus misalnya pekerjaan basah, trauma, banyak berkeringat, selain pajanan terhadap jamur lebih lama.¹⁷

Di samping itu, diedukasikan pula terkait menghindari penggunaan pakaian secara bergantian, mencuci pakaian serta seprai secara rutin, serta menjemur pakaian pada tempat yang panas. Kebersihan pribadi dan sanitasi lingkungan yang terjaga dapat mempercepat penyembuhan pasien. Teknik kebersihan pribadi dan lingkungan yang baik dapat mengontrol dan mencegah kejadian tinea.^{19,22} Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa kebersihan pribadi yang sederhana dan pendidikan kesehatan yang baik tanpa obat lebih efektif dan lebih murah



daripada menggunakan farmakoterapi seperti griseofulvin dalam pengobatan tinea cruris.²³

Secara medikamentosa, pasien sebelumnya hanya diberikan CTM ketika ke UGD pertama. Gatal hanya berkurang sedikit, kemudian timbul lagi dan memberat hingga 1 minggu kemudian. Sebulan yang lalu ketika muncul bercak pertama kali, pasien sempat berobat ke puskesmas dan diberi salep mikonazol. Bercak sempat agak berkurang sedikit namun ketika salep habis bercak tersebut membesar kembali dan muncul gatal kembali. Secara medikamentosa, pasien sebelumnya telah menggunakan terapi menggunakan mikonazol yang memiliki efek anti jamur, akan tetapi tidak ditemukan perbaikan. Dalam hal ini, terdapat pengaruh dari faktor spesies jamur maupun pemilihan terapi yang dapat saja belum adekuat atau kegagalan respons. Pada penelitian, tinea manum, tinea korporis atau tinea kruris dengan lesi terlokalisir pada kulit tak berambut memberi respon yang baik dengan pengobatan topikal. Terapi ini dioleskan sampai 3 cm di luar batas lesi dan diteruskan sekurang-kurangnya 2 minggu setelah lesi menyembuh.^{1,2,13,20} Namun penelitian lain menunjukkan bahwa penggunaan ketokonazol 2% topikal memberikan gambaran signifikan dalam bioaktivitas pada stratum korneum manusia dibandingkan penggunaan mikonazol topikal.¹⁴

1 minggu kemudian ketika pasien berobat ke BP, pada pasien diberikan terapi antifungal, yaitu ketokonazol 1x200 mg. Karena obat ini bekerja baik pada suasana asam, disarankan untuk meminum obat bersamaan dengan air asam atau secara lebih sederhana setelah makan. Pemberian obat sistemik bersama obat topikal dipilih karena lesi tinea pasien yang cukup luas.^{24,25} Pemberian

obat oral pasien ini dilakukan selama 14 hari. pada kasus-kasus Dermatofitosis ketokonazol oral diberikan sebanyak 200 mg selama 10-14 hari pada pagi hari setelah makan.^{1,2} Menurut beberapa penelitian yang telah dilakukan, penggunaan ketokonazol oral pada infeksi jamur superfisial dan profunda memiliki efek yang sedikit lebih signifikan dibandingkan penggunaan mikonazol oral.^{15,21}

Pola minum obat antifungal oral dan pemakaian antifungal topikal pada Ny. N sudah teratur setelah diberikan intervensi berupa edukasi. Pasien memiliki rumah yang dekat dengan puskesmas, sehingga pasien mudah mencari pengobatan bila keluhan muncul kembali. Infeksi tinea dapat bersikat akut atau menahun, bahkan merupakan penyakit yang dapat berlangsung seumur hidup.^{2,19} Maka dari itu, kepada pasien dan keluarganya diberikan pula edukasi dan semangat agar saling memberi dukungan dalam menjaga kebersihan pribadi tubuh dan lingkungan satu sama lain untuk mencegah terjadinya kekambuhan atau munculnya kasus baru pada keluarga pada Ny.N.

Simpulan

1. Diagnosis Dermatofitosis pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini.
2. Penatalaksanaan yang diberikan sudah sesuai dengan CPG.
3. Telah terjadi perubahan perilaku pada Ny.N.
4. Perbaikan lesi pada Ny.N terlihat setelah diberi intervensi dan menjaga kebersihan pribadinya.

Daftar Pustaka

1. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology.[e-book]. Fifth Edition.



- Philadelphia: McGraw-Hill Companies; 2007. Chapter 23: Cutaneous Fungal Infection. Hal. 1807-1821.
2. Hainer BL. Dermatophyte infections. *American Family Physician*. 2008. 7 (6): 109–117.
 3. Jack L, Leshner JR. Tinea corporis. US: Medical College of Georgia. 2012.
 4. Hainer BL. Dermatophyte Infections. *Am Fam Physician*. 2003; 67(1) :101-108.
 5. Budimulja U, Kuswadji, Bramono K, Menaldi SL, Dwiastuti P, Widaty S. Dermatofitosis Superfisial. Kelompok Studi Dermatofitosis Indonesia. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2004. hal.1-6.
 6. Budimulja U. Mikosis. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editor. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi kelima. Jakarta: FKUI; 2007. hal.92-100.
 7. Suyoso S. Pedoman Diagnosis dan Terapi Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Surabaya: RSUD dr. Soetomo. 2004.
 8. Tarigan ET. Sindrom Metabolik (DM Tipe 2, Hipertensi Stage 1) dengan Penyakit Kardiovaskular Arteriosklerotik pada Janda Geriatri 64 tahun. Lampung: Universitas Lampung. 2014.
 9. Wong JW. Pocketbook in Dermatogeriatrics. 2012. Diakses dari: <http://content.lib.utah.edu/utis/getfile/collection/ehsl-GerInt/id/88/filename/88.pdf> pada 21 juli 2014.
 10. Seyfarth F, Ziemer M, Gräser Y, Elsner P, Hipler UC. Widespread tinea corporis caused by *Trichophyton rubrum* with non-typical cultural characteristics-diagnosis via PCR. *Mycoses*. 2007;50 (2):26-30.
 11. Sun PL, Ho HT. Concentric rings: an unusual presentation of tinea corporis caused by *Microsporum gypseum*. *Mycoses*. Mar 2006;49(2):150-1.
 12. Moriarty B, Hay R, Morris-Jones R. The diagnosis and management of tinea. *BMJ*. 2012, 345 (7): e4380
 13. Rotta I, Sanchez A, Gonçalves PR, Otuki MF, Correr CJ. Efficacy and safety of topical antifungals in the treatment of dermatomycosis: a systematic review. *British Journal of Dermatology*. 2012, 166(5): 927–933.
 14. Pershing LK, Jorgensen J. In Vivo Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Topical Ketoconazole and Miconazole in Human Stratum Corneum. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1994. 38(1): 90-95
 15. Van Roey J, Haxaire M, Kanya M, Lwanga I, Katabira E. Comparative efficacy of topical therapy with a slow-release mucoadhesive buccal tablet containing miconazole nitrate versus systemic therapy with ketoconazole in HIV-positive patients with oropharyngeal candidiasis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004. 35(2):144-50. Dapat diakses pada <http://www.medscape.com/viewarticle/467368>
 16. World Bank Group. Population ages 15-64 (% of total). 2014. Diakses dari <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.1564.TO.ZS> pada 21 juli 2014
 17. Kuswadji, Budimulja U. Penatalaksanaan Dermatofitosis di Indonesia. *MDVI* 1997;24(1):36-39
 18. Hay RJ, Moore MK. Mycology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of Dermatology*. [e-book] Seventh Edition. Massachusetts: Blackwell Science; 2004.
 19. Gupta A et al. Optimal Management of Fungal Infections of the Skin, Hair, and Nail. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(4):225-237.
 20. Mycek MJ, Harvei RA, Champe PC. 2001. Farmakologi ulasan bergambar edisi 2. Jakarta: Widya Medika.
 21. Hammer, KA. Carson, CF. Riley, TV. In Vitro Activities of Ketoconazole, Econazole, Miconazole, and Melaleuca alternifolia (Tea Tree) Oil against *Malassezia* Species. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2000. 44 (2): 467–469.
 22. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology*. Eleventh Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011.p.188-9.
 23. Akinwale SO. Personal hygiene as an alternative to griseofulvin in the treatment of tinea cruris. *Afr J Med Med Sci*. 2000. 29(1): 41-3.
 24. Fuller LC, Child FJ, Midgley G, Higgins EM. Diagnosis and management of scalp ringworm. *BMJ* 2003;326:539-41.
 25. Weitzman I, Summerbell RC. The dermatophytes. *Clinical microbiology reviews*. *Clin Microbiol Rev* 1995;8:240.