

Faktor Higiene dan Lingkungan terhadap Kejadian Tinea Corporis Berulang pada Wanita Usia 41 Tahun dengan Obesitas: Laporan Kasus

Alief Gusnirwan Sulaiman¹, Tutik Ernawati²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Departemen Ilmu Gizi Klinik, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Tinea korporis merupakan infeksi dermatofit superfisial pada kulit tubuh tidak berambut yang bersifat rekuren dan dipengaruhi oleh faktor higiene, lingkungan lembab, serta tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. Pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal secara komprehensif agar penatalaksanaan dapat dilakukan secara holistik dan berkesinambungan. Seorang ibu rumah tangga, Ny. H berusia 41 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Panjang dengan keluhan bercak merah disertai gatal di regio inguinalis dextra yang telah berulang sebanyak tiga kali dalam tiga bulan terakhir, dengan riwayat penghentian pengobatan secara mandiri setiap kali gejala membaik; pada pemeriksaan fisik didapatkan IMT 26 kg/m² (obesitas tingkat I berdasarkan klasifikasi WHO populasi Asia) serta ditemukan plak eritematosa berbatas sirkumskripta dengan central healing, sementara kunjungan rumah juga menemukan kondisi rumah yang lembab dengan ventilasi kurang optimal. Intervensi medikamentosa yang diberikan meliputi ketokonazol krim 2% dan tablet 200 mg selama 14 hari serta cetirizin tablet 10 mg sebagai antipruritus, sedangkan intervensi non-medikamentosa dilaksanakan melalui tiga domain selama tiga kali kunjungan rumah, yaitu patient-centered (edukasi penyakit, faktor risiko, dan kepatuhan pengobatan), family-focused (pelibatan keluarga dalam pengawasan pengobatan dan kelembaban rumah), serta community-oriented (saran promosi kesehatan berbasis komunitas kepada puskesmas). Pada evaluasi kunjungan ketiga didapatkan perbaikan klinis bertahap, gatal yang berkurang, serta peningkatan skor pengetahuan pasien setelah intervensi edukasi. Penatalaksanaan tinea korporis berulang pada pasien ini menunjukkan bahwa pendekatan kedokteran keluarga yang holistik, berpusat pada pasien, dan berorientasi komunitas berperan penting dalam memperbaiki gejala klinis, meningkatkan pengetahuan, serta mendorong perbaikan higiene dan lingkungan rumah guna mencegah rekurensi.

Kata kunci: Dermatofitosis, obesitas, *tinea corporis*

Hygiene and Environmental Factors on Recurrent Tinea Corporis in a 41-Year-Old Woman with Obesity: A Case Report

Abstract

Tinea corporis is a recurrent superficial dermatophyte infection influenced by personal hygiene, environmental conditions, and patients' knowledge and treatment adherence. A family medicine approach is essential to identify internal and external risk factors and provide comprehensive, continuous management. This case report describes a 41-year-old housewife who presented to the Long Inpatient Health Center with recurrent erythematous, pruritic patches in the right inguinal region that had relapsed three times within three months due to self-discontinuation of treatment after symptom improvement. Physical examination revealed a body mass index of 26 kg/m² (WHO Asian classification: obesity class I) and well-demarcated erythematous plaques with central healing. Home visits identified a damp living environment with inadequate ventilation as a contributing risk factor. Medical treatment consisted of 2% ketoconazole cream, oral ketoconazole 200 mg for 14 days, and cetirizine 10 mg for pruritus. Non-pharmacological interventions were conducted during three home visits using a family medicine framework, including patient education on the disease, risk factors, and medication adherence; family involvement in treatment supervision and environmental improvement; and community-oriented health promotion recommendations through the local health center. At the third follow-up, the patient demonstrated clinical improvement with reduced pruritus and increased knowledge following educational interventions. This case highlights that a holistic, patient-centered, family-focused, and community-oriented approach can improve clinical outcomes, enhance patient knowledge, promote healthier living conditions, and reduce the risk of recurrence in recurrent tinea corporis.

Keywords: Dermatophytosis, obesity, *tinea corporis*

Korespondensi: Alief Gusnirwan Sulaiman, Alamat: Taman Tytyan Indah Blok i1 No.4, RT 03/11, Kalibaru, Medan Satria, Kota Bekasi 17133, HP 082211642116, e-mail gusnirwansulaiman@gmail.com

Pendahuluan

Kulit merupakan organ terluar tubuh manusia yang berfungsi sebagai pelindung dari lingkungan luar. Penyakit kulit dapat disebabkan oleh berbagai agen, termasuk

jamur, bakteri, virus, maupun parasit. Indonesia sebagai negara beriklim tropis dengan suhu dan kelembaban tinggi sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi, salah satunya infeksi jamur pada kulit.¹

Dermatofitosis merupakan infeksi jamur superfisial yang menginvasi jaringan berkeratin seperti stratum korneum, rambut, dan kuku. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) dalam *Global Burden of Disease* (GBD) 2019, sekitar 13% dari populasi dunia atau lebih dari satu miliar orang, menderita infeksi jamur superfisial, dengan dermatofitosis sebagai jenis yang paling sering ditemui.² Selain itu, Berdasarkan data dari Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa infeksi jamur superfisial menyumbang 27,6% dari seluruh kasus dermatologi di fasilitas kesehatan primer.³ Berdasarkan data GBD 2019, prevalensi infeksi jamur superfisial di Indonesia mencapai 18,1% (18.097 per 100.000 penduduk). Hal ini menggambarkan bahwa infeksi jamur superfisial menjadi salah satu penyakit kulit utama.⁴

Tinea korporis merupakan infeksi dermatofit superfisial pada kulit tubuh tidak berambut (*glabrous skin*), tidak termasuk kulit kepala, janggut, wajah, tangan, kaki, dan selangkangan. Infeksi ini ditandai adanya lesi anuler dengan skuama eritematosa di tepi yang aktif serta *central healing*, dan umumnya disertai rasa gatal yang meningkat saat berkeringat. Dermatofit berkembang optimal pada suhu 25–28°C sehingga negara tropis dengan kondisi panas dan lembab menjadi lingkungan yang sangat mendukung pertumbuhan jamur ini.⁵

Faktor-faktor yang berperan dalam kejadian tinea korporis antara lain kebersihan lingkungan yang buruk, kepadatan penduduk di daerah pedesaan, kebiasaan mengenakan pakaian ketat atau lembab, adanya sumber penularan di sekitar pasien, obesitas, penyakit sistemik, gangguan imunitas, serta higiene personal yang tidak memadai. Infeksi ini cenderung bersifat rekuren, terutama bila faktor risiko yang mendasarinya tidak ditangani secara komprehensif.⁶

Pendekatan kedokteran keluarga menekankan pelayanan yang holistik, berkelanjutan, dan berpusat pada pasien dengan mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Dalam konteks layanan primer seperti puskesmas, pendekatan ini memungkinkan dokter untuk mengelola penyakit rekuren seperti tinea korporis secara komprehensif dengan melibatkan keluarga dan komunitas. Laporan

kasus ini bertujuan mengidentifikasi faktor risiko, menerapkan diagnostik holistik, serta melaksanakan penatalaksanaan berbasis *Evidence Based Medicine*, *patient-centered*, dan *community-oriented* pada pasien tinea korporis di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Panjang.

Kasus

Seorang ibu rumah tangga, Ny.H berusia 41 tahun, datang ke Puskesmas Rawat Inap Panjang pada tanggal 14 Mei 2025 dengan keluhan timbul bercak merah disertai rasa gatal di sekitar pinggang hingga panggul sebelah kanan sejak kurang lebih satu minggu sebelum kunjungan. Gatal dirasakan sepanjang hari, mengganggu aktivitas sehari-hari, dan meningkat saat pasien berkeringat setelah beraktivitas serta pada siang hari. Pasien menyangkal adanya pengaruh makanan terhadap keluhan. Bercak awalnya berbentuk bulat kecil dan sangat gatal, kemudian meluas ke kulit di sekitarnya.

Keluhan serupa pernah dialami pasien sejak tiga bulan yang lalu dan telah berulang sebanyak tiga kali. Pasien mengatakan keluhan pertama dirasakan pada area sekitar lipatan paha yang menyebar ke paha bagian belakang. Pada keluhan kedua, pasien mengatakan keluhan terjadi pada lokasi yang sama akan tetapi menyebar hingga daerah perut bagian bawah. Setiap episode membaik dengan pengobatan salep dan tablet ketokonazol. Akan tetapi, jika keluhan dirasa membaik pasien menghentikan pengobatan secara mandiri tanpa mengikuti anjuran dari Puskesmas. Aktivitas sehari-hari pasien sebagai seorang ibu rumah tangga. Pasien aktif dalam kehidupan bertetangga, kerap ikut dalam kegiatan olahraga bersama. Pasien mengaku bahwa usai berolahraga, ia kerap tidak segera mandi dan mengganti pakaiannya. Pasien mandi dua kali sehari, mengganti sprei kamar tidur setiap tiga minggu sekali, tidak menggunakan handuk bersama anggota keluarga lainnya. Keluhan serupa pada anggota keluarga lainnya disangkal. Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Saat ini pasien mengaku menjalani pengobatan apabila keluhan timbul tanpa adanya tindakan pencegahan yang dilakukan. Pasien datang dengan kekhawatiran bahwa keluhan tidak dapat sembuh permanen dan

memengaruhi kepercayaan dirinya dalam bersosialisasi, dengan harapan keluhan dapat berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 115/76 mmHg, frekuensi nadi 85 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 36,8°C, berat badan 65 kg, tinggi badan 158 cm, dan IMT 26 kg/m² (Obesitas tingkat I berdasarkan klasifikasi WHO pada populasi Asia). Pemeriksaan status generalis dalam batas normal dan tidak dilakukan evaluasi laboratorium. Pada status lokalis regio inguinalis dextra ditemukan plak eritematosa, batas sirkumskripta, bentuk reguler, ukuran lentikuler hingga numular, multipel, dengan gambaran *central healing*.



Gambar 1. Pemeriksaan Status Lokalis

Pasien tinggal bersama suami dan tiga anaknya di rumah permanen milik sendiri berukuran 7×12 m². Rumah terdiri dari teras depan, satu ruang tamu, dua kamar tidur, satu dapur, dan satu kamar mandi. Dinding terbuat dari tembok, lantai keramik, dan atap genting tanah liat. Jendela jarang dibuka sehingga rumah terasa agak lembab dengan ventilasi yang kurang optimal. Pada saat kunjungan rumah, ditemukan bantal dan alas duduk sofa di ruang tamu dengan gambaran bercak putih kehitaman yang dicurigai sebagai jamur. Sumber air berasal dari air yang dibeli dari perusahaan setempat yang menyediakan dan digunakan untuk mandi serta mencuci.

Berdasarkan data yang telah didapatkan timbul kecurigaan pasien mengidap tinea korporis. Selama masa pengobatan, pasien dengan diagnosis tinea korporis menunjukkan perbaikan klinis bertahap, ditandai dengan perubahan morfologi lesi kulit dan perbaikan klinis berupa berkurangnya rasa gatal. Pada pemeriksaan fisik lanjutan pada kunjungan ketiga didapatkan pada regio inguinalis dextra tampak plak hiperpigmentasi, batas tidak tegas, bentuk reguler, ukuran lentikuler, multipel. Saat ini pasien disarankan untuk melanjutkan terapi sesuai dengan intervensi

yang telah diberikan dan disarankan untuk melakukan kontrol rutin ke Puskesmas.

Intervensi

Intervensi medikamentosa yang diberikan meliputi ketokonazol krim 2% dua kali sehari dioleskan setelah mandi pada lesi dengan melebihkan sekitar 2 cm dari batas lesi selama 14 hari, ketokonazol tablet 200 mg satu kali sehari selama 14 hari sebagai antijamur sistemik, serta cetirizin tablet 10 mg satu kali sehari selama masih dirasakan gatal.

Intervensi non-medikamentosa berfokus pada tiga domain. Pertama, *patient-centered* dengan mengedukasi pasien mengenai penyebab, faktor risiko, cara penularan, dan pencegahan tinea korporis; anjuran untuk segera mandi dan mengganti pakaian setelah berkeringat; menggunakan pakaian yang longgar dan menyerap keringat; serta motivasi untuk mematuhi pengobatan secara penuh. Kedua, *family-focused* dengan mengedukasi kepada keluarga mengenai penyakit, peran keluarga dalam mendampingi pengobatan, pengawasan kelembaban dan kebersihan rumah, serta pentingnya kontrol rutin ke fasilitas kesehatan. Ketiga, *community-oriented* dengan memberikan saran kepada puskesmas untuk menyelenggarakan promosi kesehatan mengenai infeksi jamur kulit kepada masyarakat, khususnya kelompok dengan faktor risiko tinggi.

Kunjungan rumah dilakukan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama (19 Mei 2025) untuk pengisian berkas keluarga, anamnesis lanjutan, dan pemeriksaan fisik. Kunjungan kedua (5 Juni 2025) untuk pemberian intervensi edukasi menggunakan media poster yang berisi pengetahuan tentang penyebab, faktor risiko, cara penularan, dan pencegahan tinea korporis serta peran keluarga dalam mencegah kekambuhan. Kunjungan ketiga (10 Juni 2025) untuk evaluasi klinis dan perilaku pasien.

Tabel 1. Target Terapi

Diagnosis Holistik	Target Terapi
Tinea korporis	Menghilangkan bercak merah disertai gatal.
Higiene yang kurang baik	Pasien segera mandi dan berganti pakaian setelah berkeringat serta menjaga area kulit tetap kering.
Kurangnya pengetahuan pasien	Pasien memahami penyebab penyakit, faktor risiko, cara pencegahan, dan pentingnya kepatuhan pengobatan.
Lingkungan rumah lembab	Keluarga membuka jendela secara rutin untuk menjaga sirkulasi udara dan mengurangi kelembaban rumah.

Pembahasan

Ny. H, 41 tahun, datang dengan keluhan bercak eritematosa disertai pruritus di regio inguinalis dextra yang bersifat rekurens selama tiga bulan terakhir. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan tinea korporis. Gambaran klinis berupa plak eritematosa berbatas sirkumskripta dengan *central healing* sesuai dengan deskripsi tinea korporis dalam literatur, yaitu lesi anuler berbatas tegas dengan tepi yang lebih aktif dan bagian tengah yang relatif tenang.⁷

Infeksi jamur atau mikosis merupakan penyakit kulit yang sering dijumpai di seluruh dunia. Penularannya dapat terjadi melalui kontak langsung dengan manusia (antropofilik), hewan (zoofilik), maupun tanah (geofilik). Dermatofitosis merupakan mikosis superfisial yang menginvasi jaringan berkeratin seperti stratum korneum, rambut, dan kuku. Agar dapat menyebabkan penyakit, jamur dermatofita harus melekat pada kulit pejamu, menembus jaringan, serta mampu bertahan pada suhu dan lingkungan biokimia pejamu.^{8,9,10}

Faktor risiko utama yang ditemukan pada pasien adalah higiene yang kurang optimal, khususnya kebiasaan tidak segera mandi dan tidak mengganti pakaian setelah berolahraga. Kondisi kulit yang lembab akibat keringat merupakan media pertumbuhan yang ideal bagi dermatofit. Selain itu, kondisi lingkungan rumah yang lembab dengan ventilasi kurang dan jendela yang jarang dibuka

turut mendukung persistensi dan rekurensi infeksi. Faktor pengetahuan yang kurang dari pasien menyebabkan penggunaan obat tidak tuntas dan upaya pencegahan tidak dilakukan secara optimal.^{6,15}

Tinea korporis merupakan infeksi multifaktorial dengan faktor risiko yang mencakup jenis kelamin, usia dewasa, kondisi imunodefisiensi, riwayat penyakit sistemik seperti diabetes melitus, serta konsumsi obat immunosupresan. Infeksi ini cenderung kambuh terutama di daerah tropis karena iklim yang panas dan lembab. Rekurensi dapat disebabkan oleh pajanan berulang terhadap faktor risiko seperti jenis pakaian, higiene yang buruk, berbagi handuk, dan kontak erat dengan hewan atau tanah.^{15,16}

Tatalaksana yang diberikan kepada pasien terdiri dari medikamentosa dan non-medikamentosa. Secara medikamentosa, diberikan ketokonazol krim 2% dua kali sehari dan ketokonazol tablet 200 mg satu kali sehari selama 14 hari. Pengobatan standar tinea korporis adalah antijamur topikal golongan azol yang dioleskan pada lesi dan sekitar 2 cm di luar batas lesi selama 2–4 minggu. Golongan azol bersifat fungistatik dengan mekanisme menghambat sintesis ergosterol pada membran sel jamur melalui inhibisi enzim sitokrom P450. Antijamur sistemik diberikan pada kasus rekurens seperti pada pasien ini.^{13,14}

Cetirizin tablet 10 mg satu kali sehari diberikan sebagai antipruritus untuk mengurangi gatal yang mengganggu aktivitas pasien. Penggunaan antihistamin bertujuan untuk mengurangi respons pruritus dan mencegah garukan yang dapat memperluas lesi serta memicu infeksi sekunder.¹⁴

Pendekatan kedokteran keluarga yang diterapkan dalam kasus ini mencakup tiga domain. Dalam domain *patient-centered*, edukasi telah diberikan mengenai penyakit, faktor risiko, cara penularan, pencegahan kekambuhan, serta pentingnya kepatuhan pengobatan hingga tuntas. Dalam domain *family-focused*, keluarga diedukasi mengenai penyakit dan dilibatkan dalam pengawasan pengobatan serta perbaikan kondisi lingkungan rumah. Dalam domain *community-oriented*, masukan diberikan kepada puskesmas untuk menyelenggarakan promosi kesehatan mengenai infeksi jamur kepada masyarakat,

terutama kelompok dengan faktor risiko tinggi.¹⁰

Evaluasi klinis pada kunjungan ketiga menunjukkan perbaikan yang signifikan. Keluhan gatal hampir tidak dirasakan, lesi berubah menjadi plak hiperpigmentasi yang mulai memudar. Skor pre-test pengetahuan pasien sebesar 42,8 meningkat menjadi 85,7 pada post-test, mencerminkan peningkatan pengetahuan yang bermakna setelah intervensi edukasi. Perubahan perilaku pasien sesuai dengan tahapan *Precaution Adoption Process Model*, di mana pasien telah mencapai tahap adopsi dengan mulai menerapkan pola berobat yang preventif dan menghindari faktor risiko yang dapat dimodifikasi.^{17,18}

Simpulan

Penatalaksanaan tinea korporis pada Ny. H dilakukan secara holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga. Faktor risiko internal yang ditemukan adalah higiene yang kurang baik setelah melakukan aktivitas dan tingkat pengetahuan yang terbatas mengenai penyakitnya. Faktor risiko eksternal meliputi kurangnya pengetahuan dan dukungan keluarga, kurangnya sosialisasi dari puskesmas, serta kondisi lingkungan rumah yang lembab.

Intervensi medikamentosa berupa ketokonazol topikal dan oral serta *cetirizine* memberikan perbaikan klinis yang nyata. Intervensi non-medikamentosa melalui edukasi yang bersifat *patient-centered, family-focused, dan community-oriented* terbukti meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga, memperbaiki higiene, serta mendorong modifikasi lingkungan rumah. Pendekatan kedokteran keluarga yang komprehensif dan berkesinambungan berperan penting dalam mencegah rekurensi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Daftar Pustaka

1. Djuanda A. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-7. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
2. World Health Organization. WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action [internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [disitasi tanggal 26 Juni 2026]. Tersedia dari:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240060241>

3. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018 [internet]. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019 [disitasi tanggal 26 Juni 2026]. Tersedia dari: <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riiset-kesehatan-dasar-risikesdas/>
4. GBD 2019 Indonesia Subnational Collaborators. The state of health in Indonesia's provinces, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health*. 2022;10(11):e1632–45.
5. Pravitasari DN, Hidayatullah TA, Nuzula AF, Puspita R. Profil dermatofitosis superfisialis periode Januari–Desember 2017 di Rumah Sakit Islam Aisyiah Malang. *J Saintika Med*. 2019;15(1):25–32.
6. Welsh O, Gonzalez GM. *Dermatophytosis (tinea) and other superficial fungal infections*. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. hlm.245–60.
7. Syifa NF. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit kulit pityriasis versikolor pada masyarakat di wilayah puskesmas Karang Anyar Kecamatan Jati Agung Lampung Selatan [skripsi]. Lampung: Universitas Lampung; 2019.
8. Lakshmipathy DT, Kannabiran K. Review on dermatomycosis: pathogenesis and treatment. *Nat Sci*. 2010;2(7):726–31.
9. Aryani IA, Argentina F, Diba S, Darmawan H, Garfendo G. Isolasi dan identifikasi spesies dermatofita penyebab tinea kruris di pusat pelayanan kesehatan primer. *J Kedokteran Kesehatan Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*. 2020;7(1):17–21.
10. Devy D, Ervianti E. Studi retrospektif: karakteristik dermatofitosis. *Berk Ilmu Kesehat Kulit Kelamin*. 2018;30(1):66–72.
11. Kaltsum U. Pendekatan holistik penatalaksanaan dermatofitosis (tinea manum dekstra, tinea korporis, dan tinea

- kruris sinistra) pada wanita usia 43 tahun dengan pekerjaan buruh cuci harian. *J Medula*. 2014;3(1):135–42.
12. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, dkk. Pathogenesis, immunology and management of dermatophytosis. *J Fungi (Basel)*. 2021;8(1):39.
 13. Menaldi SLSW. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-7. Jakarta: FK UI; 2015.
 14. Susanto IK. Tinea corporis therapy. *J Kedokt Meditek*. 2023;29(1):82–8.
 15. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea corporis: an updated review. *Drugs Context*. 2020;9:1–12.
 16. Yee G, Al Aboud AM. Tinea corporis [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [disitasi tanggal 9 Mei 2026]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/>
 17. Sharma N, Tendolkar U. Modifiable risk factors associated with patients of tinea corporis. *MedPulse Int Med J*. 2017;4(2):165–9.
 18. Notoatmodjo S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.