



UPAYA PENANGANAN TINEA CORPORIS PADA PASIEN PEREMPUAN USIA 16 TAHUN MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA DI PUSKESMAS MUARA BATU KABUPATEN ACEH UTARA

Yuliana¹, Noviana Zara²,

¹ Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

² Departemen Ilmu Kesehatan Keluarga, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

Corresponding Author: Yuliana, Prodi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh.

E-Mail: yuliana.200610007@mhs.unimal.ac.id

Received 10 Februari 2026; **Accepted** 08 April 2026; **Online Published** 29 April 2026

Abstrak

Pasien Nn. S, datang bersama tantenya ke Puskesmas Muara Batu dengan keluhan gatal pada area badan dengan bercak berbentuk lingkaran yang mulai menyebar ke punggung, selangkangan, kaki dan tangan sejak 7 bulan yang lalu dan memberat dalam 2 minggu terakhir. Bercak tampak bulat dengan tepi meninggi berwarna kemerahan berbatas tegas disertai sisik halus. Keluhan memberat saat berkeringat, terutama saat terpapar sinar matahari dan pasien sering menggaruk lesi tersebut untuk mengurangi keluhan yang dirasakan. Penilaian dilakukan melalui autoanamnesis, pemeriksaan fisik dan melakukan kunjungan rumah. Gambaran klinis mengarah pada infeksi kulit berupa tinea corporis. Intervensi yang dilakukan diantaranya adalah edukasi tentang penyebab tinea corporis kepada pasien, edukasi mengenai hygiene diri dan lingkungan, hindari penggunaan barang bersama (pakaian, handuk) untuk mencegah risiko penularan, penggunaan obat topikal dan pengobatan secara teratur.

Keywords: *Tinea corporis, Infeksi kulit, Higiene, Edukasi*

PENDAHULUAN

Tinea corporis merupakan salah satu bentuk dermatofitosis superfisial yang disebabkan oleh infeksi jamur dermatofita yang menyerang kulit bagian tubuh yang tidak berambut, selain pada area khusus seperti kulit kepala, tangan, kaki, atau kuku. Penyakit ini dikenal luas dengan istilah *ringworm* karena gambaran lesinya yang khas berupa plak annular dengan batas eritematosa yang meninggi, berskuama, serta sering disertai *central healing*. Agen penyebab utama tinea corporis berasal dari kelompok jamur dermatofita yang termasuk dalam tiga genus utama yaitu *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*, yang memiliki kemampuan untuk menginvasi jaringan keratin seperti kulit, rambut, dan kuku (1).

Dermatofitosis merupakan salah satu infeksi jamur yang paling umum di dunia dan diperkirakan mempengaruhi sekitar 20–25% populasi global. Infeksi ini dapat menyerang

berbagai kelompok usia dan memiliki distribusi geografis yang luas, terutama di daerah tropis dan subtropis yang memiliki suhu dan kelembapan tinggi yang mendukung pertumbuhan jamur. Di antara berbagai bentuk dermatofitosis, tinea corporis merupakan salah satu yang paling sering ditemukan pada praktik klinis, dengan risiko kejadian seumur hidup diperkirakan mencapai 10–20% (2).

Secara epidemiologis, spesies dermatofita yang paling sering menyebabkan tinea corporis adalah *Trichophyton rubrum*, diikuti oleh *Trichophyton interdigitale*, *Trichophyton tonsurans*, dan *Microsporum canis*. Distribusi spesies penyebab dapat bervariasi antar wilayah dan berubah seiring waktu akibat faktor lingkungan, mobilitas populasi, serta interaksi manusia dengan hewan. Beberapa penelitian terbaru juga melaporkan munculnya spesies dermatofita baru atau varian yang menunjukkan

peningkatan resistensi terhadap terapi antijamur tertentu, sehingga menimbulkan tantangan tersendiri dalam penatalaksanaan klinis (3).

Penularan tinea corporis dapat terjadi melalui berbagai mekanisme, termasuk kontak langsung dengan individu yang terinfeksi, kontak dengan hewan yang terinfeksi (zoofilik), atau melalui lingkungan yang terkontaminasi seperti tanah, pakaian, handuk, dan benda-benda pribadi. Selain itu, kondisi tertentu seperti kelembapan kulit yang tinggi, penggunaan pakaian yang ketat atau oklusif, kebersihan diri yang kurang, serta penyakit sistemik seperti diabetes melitus atau gangguan imunitas dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi dermatofita (4).

Infeksi dermatofita tidak hanya menimbulkan keluhan dermatologis, tetapi juga dapat berdampak pada kualitas hidup pasien, terutama bila terjadi infeksi kronis, luas, atau berulang. Oleh karena itu, pemahaman yang baik mengenai epidemiologi, faktor risiko, mekanisme penularan, serta karakteristik klinis tinea corporis sangat penting untuk menunjang diagnosis yang tepat dan penatalaksanaan yang efektif. Berdasarkan latar belakang tersebut, pembahasan mengenai kasus tinea corporis menjadi penting untuk meningkatkan pemahaman klinis serta memberikan gambaran mengenai pendekatan diagnosis dan terapi pada praktik kedokteran (5).

ILUSTRASI KASUS

Pasien Nn.S usia 16 tahun, datang bersama tantenya ke poliklinik puskesmas Muara Batu dengan keluhan gatal pada badan sejak 7 bulan lalu yang memberat dalam 2 minggu terakhir. Keluhan gatal tersebut disertai adanya bercak lingkaran dengan pinggiran meninggi berwarna kemerahan berbatas tegas disertai sisik halus. Bercak awalnya hanya terasa gatal dan berbentuk lingkaran kecil di badan, kemudian pasien menyadari bercak tersebut mulai menyebar ke bagian tubuh yang lain seperti punggung, selangkangan, tangan dan kaki. Keluhan gatal dirasakan hilang timbul dan memberat saat berkeringat, utamanya saat terkena matahari. Untuk mengurangi rasa gatal pasien sering menggaruk daerah yang gatal hingga menyebabkan luka dan terkadang berdarah. Keluhan tersebut menyebabkan aktivitas sehari-hari pasien menjadi terganggu.

Pasien mengatakan bercak tersebut tidak disertai demam dan nyeri. Pasien mandi dua kali sehari, dan keramas dua kali dalam seminggu. Pasien mengatakan bahwa anggota rumah tidak

menggunakan handuk yang sama, namun bantal dan sisir digunakan bersamaan dengan anggota keluarga lainnya, begitu juga saat pasien di pesantren. Menurut pasien, pasien tertular dari temannya saat di pesantren yang juga menderita keluhan yang sama.

Pasien memiliki riwayat penyakit kulit 3 tahun yang lalu yaitu scabies saat di pondok pesantren, alergi obat atau makanan disangkal. Pasien mengatakan ibu dan adik pasien mengalami keluhan yang sama, akibat terpapar dari pasien semenjak pulang dari pesantren. Pasien mengatakan pernah berobat 6 bulan yang lalu ke rumah sakit, dan diberikan salep termisil, dan beberapa obat minum yang tidak diingat lagi namanya. Untuk mengatasi keluhan saat ini, pasien mengaku membeli salep bebas di apotik tanpa resep dokter.

Pasien merupakan seorang pelajar yang tinggal bersama ibu, dan 3 adiknya. Dalam kegiatan sehari-hari di rumah pasien aktif beraktivitas seperti menyapu, mencuci, dan mengurus adik pasien yang menyebabkan pasien mudah berkeringat sehingga meningkatkan resiko terkena infeksi jamur. Saat di pesantren pasien juga aktif beraktivitas karena banyaknya kelas pengajian dari pagi hingga malam hari. Pasien jarang makan, terkadang makan 2 kali sehari, makanan yang dimakan merupakan makanan yang dimasak oleh ibu pasien sendiri. Untuk kebutuhan mandi dan mencuci, keluarga pasien menggunakan air PDAM, dan untuk air minum keluarga pasien juga menggunakan air PDAM yang di rebus terlebih dahulu. Keluarga pasien menggunakan sabun cair untuk mandi, namun pasien sendiri tidak menggunakan sabun saat mandi karena merasa keluhan semakin memberat saat terkena sabun. Pasien mengatakan bahwa anggota rumah tidak menggunakan handuk yang sama, namun bantal dan sisir digunakan bersamaan dengan anggota keluarga lainnya, begitu juga saat di pesantren. Di rumah, ibu dan adik pasien juga menderita keluhan yang sama. Keluhan tersebut muncul tidak lama setelah pasien pulang ke rumah dari pesantren.

Berdasarkan APGAR Keluarga, pasien termasuk ke dalam keluarga sangat fungsional dengan skor 10. Berdasarkan SCREEM pasien memiliki kelemahan pada aspek *social* dikarenakan pasien khawatir dapat menularkan pada anggota keluarga yang lain, pada *religious* pasien memiliki keluhan pada saat ibadah sehubungan dengan penyakitnya, pada *educational* pasien terkadang

tidak ikut di beberapa kelas pengajian saat di pesantren jika cuaca terlalu panas, karena dapat memperparah kondisi pasien, dan pada *medical* pasien hanya datang berobat ke puskesmas apabila merasa keluhannya memberat dan menghalangi aktivitasnya sehari-hari.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran compos mentis, pernapasan 20 kali/menit, denyut nadi 75 kali/menit dan SpO₂ 99%. Pemeriksaan head to toe menunjukkan adanya plak annular eritem dengan central healing dan bagian tepi meninggi dengan skuama halus pada abdomen, anogenital, serta ekstremitas atas dan bawah. Data antropometri menunjukkan tinggi badan 161 cm, berat badan 58 kg, dan IMT 22.3 kg/m² sehingga pasien dikategorikan ke dalam IMT normal.

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pasien ditentukan diagnosis holistik pasien:

Aspek Personal :

- Alasan kedatangan : Gatal pada kulit disertai bercak kemerahan yang meluas pada beberapa bagian tubuh
- Kekhawatiran : mengganggu aktivitas sehari-hari, dan khawatir menularkan pada anggota keluarga yang lain
- Harapan: keluhan gatal berkurang dan tidak semakin memburuk, bercak pada kulit dapat sembuh dan tidak mengganggu aktivitas

Aspek Klinis :

- Diagnosis klinis 1 : Tinea Corporis
- Diagnosis klinis 2 : Eritrasma
- Diagnosis klinis 3 : Dermatitis nummular

Aspek Risiko Internal :

- Pasien sering menggaruk yang menyebabkan bercak semakin meluas dan lesi timbul di tempat baru.
- Pasien tidak mandi dengan sabun sehingga lesi akan semakin meluas.
- Pasien jarang makan hingga asupan tubuh kurang dan daya imunitas menjadi rendah.
- Pasien memiliki pengetahuan yang terbatas terhadap penyakit yang dideritanya.
- Pasien hanya datang berobat ke fasilitas kesehatan apabila merasa keluhannya memberat dan menghalangi aktivitasnya sehari-hari.

Aspek Risiko eksternal :

- Pasien menggunakan bantal dan sisir yang sama dengan anggota keluarga yang lain, yang dapat meningkatkan risiko penularan.

- Pasien akan kembali ke pondok pesantren, dimana teman-teman pasien juga mengalami keluhan yang sama namun tidak berobat.
- Keluarga pasien juga menderita keluhan yang sama akibat tertular dari pasien, dimana rantai penularan akan terus terjadi.
- Kurangnya pengetahuan keluarga baik mengenai penyakit, faktor risiko, maupun pencegahan penularan.

Aspek derajat fungsional :

- Derajat 1 (pasien masih memiliki kemampuan untuk menjalankan kegiatan sehari-hari walau terdapat keluhan gatal pada kulit).

Uraian Diagnosis Holistik :

Seorang perempuan berusia 16 tahun dengan tinea corporis yang memiliki gaya hidup tidak sehat.

Pengelolaan Komprehensif

Promotif dan Preventif

Edukasi tindakan pencegahan penularan penyakit pada pasien merupakan langkah penting dalam tatalaksana tinea corporis karena penyakit ini mudah menular dengan kontak langsung, tindakan yang dapat diterapkan seperti memperhatikan personal hygiene yang baik, menerapkan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dan tidak menggunakan barang pribadi (handuk, pakaian, sisir) secara bersamaan .

Kuratif

Pemberian obat ketoconazole zalf 2% 2x1 dan cetirizine 10 mg tab 1x1.

DISKUSI

Dilaporkan seorang pasien perempuan berusia 16 tahun datang dengan keluhan bercak kemerahan berbentuk bulat dengan bagian tengah lebih terang yang disertai rasa gatal pada beberapa bagian tubuh sejak ±7 bulan yang lalu. Lesi awalnya muncul di daerah badan, kemudian secara bertahap menyebar ke punggung, selangkangan, ekstremitas atas, dan ekstremitas bawah. Pada awalnya lesi hanya berjumlah sedikit, namun lama-kelamaan jumlahnya semakin banyak dan ukurannya semakin membesar. Pasien juga mengeluhkan rasa gatal yang semakin memberat dalam dua minggu terakhir.

Dari anamnesis diketahui bahwa pasien sebelumnya tinggal di lingkungan pesantren dan mulai mengalami keluhan kulit saat masih berada di pondok. Selain itu pasien memiliki kebiasaan berbagi barang pribadi seperti bantal dan sisir dengan anggota keluarga di rumah. Setelah pasien

kembali dari pesantren, keluhan serupa juga mulai dialami oleh ibu dan adik pasien. Hal ini menunjukkan kemungkinan adanya penularan infeksi melalui kontak tidak langsung atau penggunaan barang pribadi secara bersama.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik ditemukan plak eritematosa dengan bagian tengah yang lebih tenang (*central healing*) berbentuk annular dengan tepi meninggi disertai skuama halus. Lesi ditemukan di daerah perut, punggung, selangkangan, serta ekstremitas atas dan bawah dengan distribusi yang luas. Berdasarkan gambaran klinis tersebut, pasien didiagnosis sebagai tinea corporis.

Tinea corporis merupakan infeksi jamur superfisial pada kulit yang disebabkan oleh dermatofit dari genus *Trichophyton*, *Microsporum*, dan *Epidermophyton*. Penyakit ini umumnya mengenai kulit tubuh yang tidak berambut dan ditandai dengan lesi berupa plak bersisik berbentuk melingkar dengan bagian tengah lebih bersih serta tepi yang aktif, eritematosa, dan terkadang sedikit menonjol. Lesi sering disertai rasa gatal dan dapat menyatu atau menyebar luas terutama pada kondisi lingkungan yang lembab atau faktor adanya predisposisi tertentu (6).

Tinea corporis termasuk salah satu penyakit dermatofita dengan angka prevalensi yang cukup tinggi di Asia, yaitu sekitar 35,4%. Di Indonesia, persentase dermatomikosis terhadap seluruh kasus dermatosis bervariasi antara 2,93% di Semarang hingga 27,6% di Padang. Data dari RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2008 menunjukkan terdapat 274 kasus baru dermatomikosis superfisial (7,02%), dimana 58 kasus (21,16%) merupakan tinea corporis dan 61 kasus (22,26%) merupakan tinea kruris. Berdasarkan kelompok usia, remaja dan kelompok usia produktif merupakan kelompok yang paling sering mengalami dermatomikosis superfisial. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh meningkatnya aktivitas fisik, produksi keringat yang lebih tinggi, lingkungan yang lembab, serta kebiasaan berbagi barang pribadi yang dapat meningkatkan risiko penularan infeksi jamur (7).

Secara patofisiologi, infeksi tinea corporis diawali dengan penempelan dermatofit seperti *Trichophyton*, *Microsporum*, atau *Epidermophyton* pada permukaan kulit. Spora jamur yang jatuh ke kulit akan menghasilkan enzim seperti protease dan lipase yang membantu proses adhesi serta invasi ke dalam jaringan kulit. Trauma ringan atau akurasi pada kulit dapat mempermudah dermatofit menembus lapisan stratum korneum.

Dermatofit kemudian memanfaatkan keratin sebagai sumber nutrisi untuk pertumbuhannya. Sebagai respon terhadap invasi jamur, tubuh akan menghasilkan berbagai mekanisme pertahanan seperti peningkatan proliferasi epidermis, produksi asam lemak fungistatik, serta pelepasan mediator inflamasi. Keratinosit sebagai barier pertama juga akan menghasilkan peptida antimikroba dan sitokin yang memicu respon inflamasi sehingga timbul manifestasi klinis berupa lesi eritematosa, berskuama, dan disertai rasa gatal (8).

Manifestasi klinis tinea corporis biasanya berupa plak annular dengan tepi aktif yang eritematosa dan berskuama, sedangkan bagian tengah lesi sering menunjukkan gambaran *central healing*. Pada beberapa kasus, terutama yang disebabkan oleh *Trichophyton rubrum*, lesi dapat berkembang menjadi plak yang lebih besar dengan pola polisiklik atau cabang (9).

Pada pasien ini ditemukan keluhan gatal pada daerah perut, punggung, selangkangan, serta ekstremitas atas dan bawah. Pada pemeriksaan status dermatologis tampak plak eritematosa terbatas tegas dengan tepi aktif dan *central healing* berbentuk annular.

Diagnosis tinea corporis umumnya dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas. Lesi biasanya ditemukan di daerah leher, lengan, dada, perut, atau punggung. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan untuk memastikan diagnosis, seperti pemeriksaan dengan lampu *Wood* yang memancarkan sinar ultraviolet dengan panjang gelombang sekitar 3650 Å, dimana pada beberapa spesies dermatofit dapat terlihat fluoresensi kehijauan. Selain itu dapat dilakukan pemeriksaan sediaan langsung menggunakan KOH 10–20% yang bila positif akan menunjukkan unsur jamur berupa hifa panjang dan artrospora. Pemeriksaan kultur jamur menggunakan media Sabouraud dextrose agar juga dapat dilakukan untuk mengidentifikasi spesies jamur, meskipun pemeriksaan ini memerlukan waktu lebih lama dan sensitivitasnya sekitar 60% (10).

Penatalaksanaan tinea corporis dapat diberikan secara topikal maupun sistemik. Terapi topikal umumnya diberikan pada infeksi yang terbatas, sedangkan terapi sistemik dipertimbangkan pada kasus dengan lesi luas. Obat topikal yang sering digunakan antara golongan lain ialah imidazol, alilamin, dan siklopiroks olamin. Ketokonazol merupakan turunan imidazol sintetik yang bersifat lipofilik dan efektif digunakan untuk mengobati infeksi dermatofita, pitiriasis versikolor,

dan kandidiasis kulit. Krim ketokonazol 2% biasanya digunakan dengan cara dioleskan 1–2 kali sehari selama 2–4 minggu tergantung kondisi klinis pasien (10).

Selain terapi topikal, terapi sistemik yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa gatal yaitu pemberian antihistamin generasi kedua (11). Pada kasus ini pasien diberikan terapi antijamur berupa krim ketokonazole 2% 2x1 dan cetirizine 10 mg 1x1 sebagai obat oral. Pemberian terapi ini diharapkan dapat membantu mengeradikasi infeksi jamur serta mempercepat penyembuhan lesi kulit pada pasien.

Selain terapi farmakologis, edukasi mengenai pencegahan penularan juga penting diberikan kepada pasien, seperti menjaga kebersihan tubuh, menghindari berbagi barang pribadi seperti handuk, bantal, atau sisir, serta menjaga lingkungan tetap bersih dan kering. Edukasi ini penting terutama karena pada kasus ini diduga telah terjadi penularan infeksi kepada anggota keluarga lain di rumah.

SIMPULAN

Tinea corporis merupakan infeksi jamur superfisial yang sering ditemukan terutama di daerah tropis. Penyakit ini disebabkan oleh dermatofit yang menginfeksi jaringan yang mengandung keratin dan ditandai dengan lesi annular berskuama dengan tepi aktif dan *central healing*. Penatalaksanaan meliputi terapi antijamur topikal yang bertujuan untuk mengeradikasi infeksi serta mencegah penyebaran penyakit. Selain itu, edukasi mengenai kebersihan pribadi dan pencegahan penularan sangat penting untuk menghindari kekambuhan dan penyebaran infeksi pada lingkungan sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Monod A. Dermatophytosis: A Review of Infection and Recent Advances. *Mycopathologia*. 2020;
2. Leung AK, Lam JM, MBBS KFL, Hon KL. Tinea Corporis : An Updated Review. *Drugs Context*. 2020;9(5–6):1–12.
3. Aleksandra B, Mihailo S, Njezana K. Dermatophytes: Update on Clinical Epidemiology and Treatment. *Mycopathologia*. 2024;189(101).
4. Yulianti S, Ratih D, Wahyunitisari MR, Astari L, Ervianti E. Profile of Tinea Corporis and Tinea Cruris in

Dermatovenereology Clinic of Tertiary Hospital : A Retrospective Study. *Berk Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2021;33(1):34–9.

5. Susanto IK. Tinea Corporis Therapy. *J Kedokt Meditek*. 2023;29(1):82–8.
6. Yee G, Syed HA, Aboud. AM Al. Tinea Corporis. *StatPearls* [Internet]. 2025; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544360/>
7. Topik MM. Tinea Corporis Et Cruris. *Detect J Inov Ris Ilmu Kesehatan*. 2023;1(3).
8. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, 7 RASSGMG. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *J Fungi*. 2021;8(1).
9. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, H A, Margolis DJ, McMichael AJ, et al. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
10. Saraswati Y, Darmada I, Rusyati L. Tinea Korporis. *SMF Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNUD*. 2019;11(1):1–14.
11. Topik MM, Studi P, Dokter P, Kedokteran F, Malikussaleh U. Tinea Corporis. *Nian Tana Sikk J Ilm Mhs*. 2024;2(4):2–7.