

Hubungan antara Karakteristik Demografi, Gaya Hidup dan Perilaku Pasien Puskesmas di Jakarta Selatan dengan Dermatofitosis

Eva Riani

Puskesmas Pasar Minggu, Jakarta Selatan

Abstrak

Mikosis superfisialis merupakan penyakit yang banyak ditemukan di Indonesia, sebagian besar disebabkan oleh golongan dermatofita (dermatofitosis). Pada umumnya dermatofitosis dapat diobati dengan baik, akan tetapi mudah terjadi infeksi berulang. Oleh karena itu penting dilakukan edukasi dan penyuluhan yang tepat guna dan tepat sasaran kepada penderita jamur dermatofitosis terutama di Puskesmas selaku pusat pelayanan kesehatan primer dimana insidens penyakit ini masih tinggi. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara karakteristik demografi, gaya hidup dan perilaku pasien terkait dengan penyakit dermatofitosis. Penelitian ini menggunakan metode cross sectional dengan metode consecutive sampling berupa pengisian kuesioner yang dilakukan pada pertengahan bulan Juli-Agustus 2014 dengan total 307 responden. Data diolah dengan program SPSS versi 17. Hasil penelitian diolah dengan uji chi-square, uji Fisher's exact, uji Kolmogorov-Smirnov dan uji T-test. Didapatkan lima variabel yang berhubungan bermakna dengan dermatofitosis antara lain; usia ($p = 0,0012$), keluhan berupa bercak merah ($p = 0,000$), keluhan berupa lenting ($p = 0,006$), keluhan lain-lain ($p = 0,000$) dan tipe mudah berkeringat/berkeringat banyak ($p = 0,005$). Sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan antara karakteristik demografi, gaya hidup dan perilaku pasien dengan penyakit dermatofitosis.

Kata Kunci: dermatofitosis, bercak merah, lenting

The Association between Demographic Characteristic, Lifestyle and Behaviour of Patients In Skin Division of Puskesmas in South Jakarta Related to Dermatophytoses

Abstract

Superficial fungal infection is a disease commonly found in Indonesia, usually caused by dermatophyte fungal type called as dermatophytoses. Eventhough dermatophytoses is easily treated but there may be recurrent infection. It is important to give the right counseling to patient especially in Puskesmas as a primary health care where this type of disease is at high presence. The aim of the study is out the association between demographic characteristic, lifestyle and behaviour of patients related to dermatophytoses. A cross sectional study with consecutive sampling method was conducted on mid July-August 2014 by giving questionnaire to 307 patients who came to skin division in Puskesmas South Jakarta. Data from questionnaire were analyzed using SPSS version 17. The statistical analysis was done using the chi-square test, Fisher's exact test, Kolmogorov-Smirnov test and T-test. There are 5 variables which correlate with dermatophytoses; age ($p = 0,0012$), signs of red patch ($p = 0,000$), signs of "lenting" ($p = 0,006$), other signs ($p = 0,000$) and patients who easily or has a lot of sweat ($p = 0,005$). It was concluded that there is an association between demographic characteristic, lifestyle and behaviour of patients related to dermatophytoses.

Keywords: dermatophytoses, red patch, lenting

Pendahuluan

Penyakit jamur tipe mikosis superfisialis merupakan penyakit yang banyak ditemukan di Indonesia. Sebagian besar penyakit disebabkan oleh golongan dermatofita (dermatofitosis) dan yang paling sering ditemukan adalah bentuk tinea kruris. Mikosis superfisialis selain tinggi angka kejadiannya, terkadang sulit didiagnosis dan dibedakan dengan penyakit kulit lain, misalnya dermatitis, psoriasis, pitiriasis rosea dan lain-lain.¹ Pada umumnya mikosis superfisialis ini dapat diobati dengan baik kecuali infeksi kuku dan bentuk rekalsitrans misalnya tinea imbricata dan infeksi kronis dengan lesi luas.²

Dermatomikosis atau mikosis superfisialis cukup banyak diderita penduduk negara tropis. Di Indonesia insidens dermatomikosis belum diketahui dengan pasti. Di Denpasar, golongan penyakit ini menempati urutan kedua setelah dermatitis. Insidens tersebut diperkirakan sama dengan kota-kota besar Indonesia lainnya. Di daerah pedalaman angka ini mungkin akan meningkat dengan variasi penyakit yang berbeda. Diperkirakan insidens penyakit ini cukup tinggi menyerang masyarakat kita tanpa memandang golongan umur tertentu. Untuk mengetahui seberapa besar permasalahan dermatomikosis di Indonesia, telah dikumpulkan data dari berbagai rumah sakit di kota besar khususnya pendidikan kedokteran negeri. Didapatkan data insidens dermatomikosis tahun 1996, 1997 dan 1998 di berbagai rumah sakit pendidikan dokter di Indonesia yang menunjukkan angka persentase terhadap seluruh kasus dermatosis, bervariasi dari 2,93 (Semarang) yang terendah hingga 27,6 (Padang) yang tertinggi. Variasi ini dapat terjadi karena sistem pencatatan penderita yang kurang akurat atau pasien enggan berobat ke rumah sakit besar, cenderung berobat ke fasilitas pengobatan lain. Perbandingan insidens berdasarkan jenis kelamin berbeda bervariasi pada beberapa negara, dapat lebih tinggi pada pria, sama, atau lebih tinggi pada wanita.^{1,2}

Dermatomikosis superfisialis dapat disebabkan oleh jamur dermatofit (dermatofitosis), spesies *Candida* biasanya *Candida albicans* (kandidosis) dan *Malassezia furfur* (Tinea versikolor). Budimulja melaporkan penyebab dermatofitosis yang dapat dibiakkan di Jakarta adalah *T.rubrum* 57,6 %, *Epidermophyton floccosum* 17,5%, *M.canis* 9,2%, *T. Mentagrophytes* 9%, *M. gypseum*, *M. tonsurans*, *Candida albicans*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, *Penicillium* dan *Scopulariopsis*. Rippon pada tahun 1974 melaporkan 37 spesies dermatofita yang menyebabkan penyakit di dunia.³

Faktor-faktor yang memegang peranan untuk terjadinya dermatomikosis adalah iklim yang panas, higiene yang kurang, adanya sumber penularan di sekitarnya, gizi, keadaan hormonal, usia, kerusakan barrier kulit, kerusakan barrier mukosa, penggunaan antibiotik, steroid dan sitostatika yang meningkat, penyakit kronis dan penyakit sistemik lainnya.^{4,5} Penularan juga dapat terjadi melalui kontak langsung dengan individu yang terinfeksi atau tidak langsung melalui benda yang mengandung skuama terinfeksi misalnya handuk, lantai kamar mandi, tempat tidur hotel, bantal, spre, sisir dan lain-lain.^{6,7,8,9}

Diagnosis dermatomikosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan klinis dan pemeriksaan mikologis langsung (KOH). Pemeriksaan kultur biakan tidak selalu dikerjakan, hanya dilakukan pada kasus dermatofitosis dan kandidosis tertentu atau pada penelitian. Penegakkan diagnosis dermatomikosis yang ideal adalah dilakukan pemeriksaan klinis, pemeriksaan KOH, kultur dan bila perlu pemeriksaan histopatologi.^{10,11}

Metode

Penelitian dengan disain potong lintang dilakukan di Puskesmas Jakarta Selatan pada pertengahan bulan Juli - Agustus 2014. Sampel diambil secara *consecutive sampling* pada 307 responden. Tiap responden mendapatkan kuesioner yang berisi 27 pertanyaan. Diagnosis dermatofitosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, pemeriksaan laboratorium tidak dilakukan karena keterbatasan sarana di Puskesmas. Populasi target penelitian ini adalah seluruh pasien yang berobat ke Puskesmas di Jakarta Selatan pada periode tersebut dan bersedia mengisi kuesioner untuk mengikuti penelitian serta bersikap kooperatif selama penelitian. Pasien anak-anak dan bayi dibantu oleh orang tuanya untuk mengisi kuesioner, hal ini dilakukan agar data yang di dapat tidak bias. Peneliti melakukan pengisian kuesioner dengan metode wawancara langsung terhadap responden yang dinilai tidak mampu laksana untuk mengisi kuesioner. Pasien yang tidak bersedia mengisi kuesioner termasuk dalam kriteria eksklusi. Data yang diperoleh selanjutnya diproses menggunakan program SPSS for windows versi 17. Uji statistik komparatif dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara karakter demografi, gaya hidup dan kebiasaan pasien dengan adanya penyakit jamur.

Pada analisis digunakan uji *chi-square*, uji *Fisher's exact*, uji *Kolmogorov-Smirnov* dan uji *T-test*. Untuk mengetahui atau menguji komparatif non parametrik digunakan uji *chi-square*. Untuk

mengetahui perbedaan rerata (*Mean*) dan median faktor-faktor yang diteliti antara kelompok dermatofitosis dan non dermatofitosis digunakan uji *T-test* dan uji Kolmogorov-Smirnov. Nilai $p < 0,05$ menunjukkan kemaknaan secara statistik.

Hasil

Penelitian ini diikuti oleh 307 responden. Dari Tabel 1 diketahui sebanyak 34,85% responden

adalah laki-laki sedangkan 65,15% adalah perempuan, dengan rerata usia 26,4 tahun. Usia rerata pada pasien dermatofitosis adalah 34,2 tahun sedangkan pasien non-dermatofitosis 24,8 tahun. Mayoritas responden tidak bekerja/IRT, pendidikan SMU/ Tamat SMU dan pendapatan Rp 1000.000-Rp 3.000.000/bulan. Terdapat p bermakna pada variabel rerata usia dengan nilai $p = 0,0012$.

Tabel 1: Hubungan Dermatofitosis dengan Karakteristik Demografi Pasien Puskesmas di Jakarta Selatan

Variabel	Dermatofitosis Jumlah (%)	Non-Dermatofitosis Jumlah (%)	p
Usia (Mean)	52 (34,2 tahun)	255 (24,8 tahun)	0,0012 *
Jenis Kelamin			
Laki-laki	19 (36,54)	88 (34,51)	0,780 **
Perempuan	33 (63,46)	167 (65,49)	
Pekerjaan			
Tidak bekerja/ Ibu Rumah Tangga	27 (51,92)	153 (60)	0,177 ***
PNS	2 (3,85)	7 (2,75)	
Pegawai swasta	6 (11,54)	27 (10,59)	
Wiraswasta	7 (13,46)	13 (5,10)	
Buruh	2 (3,85)	4 (1,57)	
Lain-lain	8 (15,38)	51 (20,00)	
Pendidikan			
Tidak Sekolah	5 (9,62)	59 (23,14)	0,050 ***
Tamat SD / SD	5 (9,62)	42 (16,47)	
Tamat SMP / SMP	12 (23,08)	42 (16,47)	
Tamat SMU / SMU	23 (44,23)	80 (31,37)	
Tamat D3 / Mahasiswa D3	5 (9,62)	13 (5,10)	
Sarjana (S1,S2,S3) / Mahasiswa (S1,S2,S3)	2 (3,85)	19 (7,45)	
Total Pendapatan Keluarga/ Bulan (Rp)			
< 500.000	5 (9,62)	28 (10,98)	0,883 ***
500.000 - 1.000.000	13 (25)	48 (18,82)	
1.000.000 - 3.000.000	25 (48,08)	129 (50,59)	
3.000.000 - 5.000.000	6 (11,54)	36 (14,12)	
> 5.000.000	3 (5,77)	14 (5,49)	

Keterangan: *uji T-test, ** uji chi-square, *** uji Fisher's exact

Tabel 2 menunjukkan perbedaan gejala atau keluhan pada pasien dermatofitosis dengan yang non dermatofitosis. Dari hasil olah penelitian

analisis statistik terdapat nilai p yang bermakna pada keluhan berupa bercak merah ($p=0,000$), lenting ($p=0,006$) dan keluhan lain-lain ($p=0,000$)

Tabel 2. Hubungan Gejala/Keluhan dengan Dermatofitosis

Variabel	Dermatofitosis Jumlah (%)	Non-Dermatofitosis Jumlah (%)	p
Keluhan			
Ada bercak merah	34 (65,38)	88 (34,51)	0,000 *
Ada bercak hitam	3 (5,77)	9 (3,53)	0,434 **
Ada sisik	11 (21,15)	34 (13,33)	0,146 *
Ada lenting	3 (5,77)	55 (21,57)	0,006 **
Lain-lain	14 (26,92)	140 (54,9)	0,000 *

Keterangan: * uji chi-square, ** uji Fisher's exact

Sebanyak 84,62% pasien dermatofitosis dan 64,71% pasien non dermatofitosis memiliki keluhan mudah berkeriat atau berkeriat banyak. Dari hasil uji chi-square hubungan antara tipe mudah berkeriat/berkeriat banyak dengan penyakit dermatofitosis didapatkan hasil $p<0,05$ ($p=0,005$).

Diskusi

Dermatofitosis masih sering ditemukan di Indonesia dan sering menyebabkan infeksi berulang. Selain pengobatan, edukasi memegang peran penting untuk mencegah infeksi berulang dan mencari tahu faktor predisposisi yang terdapat pada diri pasien.^{1,3,5} Berdasarkan pengalaman peneliti di puskesmas, pasien dengan penyakit jamur ini sering kali mengalami infeksi jamur berulang dan kurangnya kepatuhan dalam meminum obat secara teratur sehingga masa penyembuhan lebih lama. Hal ini bisa juga diakibatkan karena kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit jamur dermatofitosis itu sendiri.^{12,13} Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan antara karakteristik demografis, gaya hidup dan kebiasaan pasien terhadap penyakit jamur dermatofitosis. Hal ini sangat berguna ke depannya agar dapat dilakukan penyuluhan yang tepat guna dan tepat sasaran di Puskesmas atau lembaga kesehatan lainnya.¹⁴

Pada penelitian ini didapatkan rerata usia pasien dermatofitosis adalah 34,2 tahun dan rerata usia pasien non-dermatofitosis 24,8 tahun. Hal ini sesuai dengan epidemiologi yang ada di Indonesia yang menunjukkan bahwa segmen usia 25-64 tahun terbanyak menderita dermatomikosis dibandingkan yang lebih muda atau lebih tua. Kemungkinan karena segmen usia tersebut

lebih banyak mengalami faktor predisposisi atau pencetus misalnya pekerjaan basah, banyak berkeriat dan paparan terhadap infeksi jamur lebih lama.^{1,5}

Gejala atau keluhan berupa bercak merah pada kulit signifikan menunjukkan kemaknaan secara statistik. Hal ini berdasarkan pemeriksaan klinis yang mendukung diagnosis penyakit jamur dermatofitosis, bahwa pada penyakit yang akut bisa dilihat adanya kelainan kulit berbatas tegas disertai tanda-tanda radang yang oleh orang awam biasa disebut bercak merah. Keadaan ini pada lesi yang kronis dan menahun biasanya mengalami hiperpigmentasi berupa bercak hitam dan bersisik.^{11,12}

Didapatkan data pasien dengan keluhan lenting lebih banyak ditemukan pada pasien non dermatofitosis. Dalam istilah kedokteran lenting adalah bentuk vesikel yang sebenarnya bentuk papulovesikel ini dapat ditemukan pada stadium awal penyakit jamur dermatofitosis. Akan tetapi keluhan lenting di masyarakat umum sering kali di artikan sebagai lenting serupa pada penyakit cacar air atau pun lenting karena tersundut rokok yang berisi air, jadi bukan lenting yang di maksud sebagai papulovesikel yang terdapat dalam dunia kedokteran. Lenting yang terdapat pada penyakit cacar air pun memiliki bentuk vesikel *tear drops* yang khas, berbeda dengan vesikel yang terdapat pada stadium awal jamur.¹³⁻¹⁵

Terdapat keluhan lain-lain yang memberikan hubungan bermakna dengan dermatofitosis. Variabel ini berupa pertanyaan terbuka mengenai keluhan kulit pada pasien dan melalui proses *coding*. Keluhan lain-lain adalah keluhan selain bercak merah, bercak hitam, sisik dan lenting seperti jerawat, keputihan, alergi obat, dermatitis,

pedikulosis, skabies dan lain-lain. Dimana keluhan lain-lain ini sering dikeluhkan oleh pasien non-dermatofitosis karena memang tidak berhubungan dengan dermatofitosis. Terdapat hubungan bermakna pada variabel tipe mudah berkeriat/berkeriat banyak. Kebiasaan mudah berkeriat/berkeriat banyak merupakan faktor resiko terinfeksi penyakit jamur dermatofitosis.^{1,3}

Masih terdapat variabel lain yang diteliti tetapi tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik antara lain karakteristik rumah, perilaku higienitas, frekuensi konsumsi protein hewani, riwayat penyakit kronis, perilaku dan pengetahuan responden mengenai penyakit yang diderita. Keadaan rumah pun penting untuk ditanyakan karena rumah tempat tinggal yang buruk atau kumuh dapat mendukung terjadinya penularan penyakit seperti; infeksi saluran napas, infeksi pada kulit, infeksi akibat infestasi tikus dan serta infeksi artropoda.¹⁶⁻¹⁸

Hasil yang tidak bermakna yang didapatkan dari uji penelitian ini dapat dikarenakan penelitian diambil di Puskesmas di mana hampir sebagian besar pasien memiliki karakteristik yang serupa baik dari karakteristik demografis maupun gaya hidup dan kebiasaan sehari-hari. Faktor yang tidak kalah pentingnya yaitu kemungkinan karena kurangnya jumlah sampel yang diteliti sehingga banyak variabel yang diharapkan bermakna menjadi tidak bermakna.¹⁹ Terdapat juga beberapa faktor lainnya yang dapat mempengaruhi pengerjaan kuesioner seperti terburu-buru waktu atau tidak berkonsentrasi saat mengisi kuesioner. Oleh karena itu sebaiknya untuk mendapatkan data yang akurat pada kuesioner maka dapat dilakukan penelitian dengan metode wawancara langsung. Meskipun sebenarnya peneliti sendiri pun ikut membantu pengisian kuesioner dengan metode wawancara langsung tetapi hanya dilakukan pada responden yang dinilai tidak mampu laksana untuk mengisi kuesioner, misalnya pada lansia atau ibu yang membawa bayi dan tidak didampingi oleh orang lain.

Kesimpulan

Pasien poli kulit Puskesmas di Jakarta Selatan periode pertengahan bulan Juli-Agustus 2014 terdiri atas 52 orang dengan dermatofitosis dan 255 orang non-dermatofitosis. Faktor yang secara statistik bermakna dengan penyakit dermatofitosis adalah usia, gejala atau keluhan yang diderita dan tipe mudah berkeriat/berkeriat banyak. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara karakteristik demografi, gaya hidup dan perilaku pasien poli kulit Puskesmas di Jakarta Selatan.

Daftar Pustaka

1. Adiguna MS, Cholis M, Goedadi M, Suwito H, Bramono K, Budimulja U. Dermatofitosis superfisial. Jakarta: Balai penerbit FKUI; 2004.
2. Bramono K. Permasalahan onikomikosis di Indonesia: epidemiologi dan penatalaksanaan. MDVI.1999;26:158-63.
3. Rippon JW. Tinea capitis. Medical mycology. 3rd Edition. Philadelphia: WB. Saunders Company. 1988.
4. Anaissie EJ, McGinnis MR, Pfaller MA. Clinical mycology. 2nd edition. Churchill: Livingstone; 2009.
5. Budimulja U. Penyakit jamur kulit. Diagnosis dan penatalaksanaan dermatomikosis. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 1992.
6. Martin AG, Kobayashi GS. Fungal diseases with cutaneous involvement. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Freedberg IM, Austen KF, editor. Dermatology in general medicine; 4th edition. New York: Mc Graw Hill; 1993. p 2425-7.
7. Ramali LM. Fungal infection: consider the source, consider the host. KONAS XIV PERDOSKI. Bandung, 29 Agustus 2014.
8. Hainer BL. Dermatophyte infections. American Family Physician Journal. Januari 2003 [Diakses 30 Agustus 2014]; Diunduh dari: <http://www.aafp.org/aafp/2003/0101/p101.html>.
9. Siregar RS. Penyakit Jamur Kulit Edisi ke-2. Jakarta: EGC; 2004. p.17-43.
10. Wenstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. American Family Physicians Journal. Mei 2002. [Diakses 20 Agustus 2014]. Diunduh dari <http://www.aafp.org/aafp/2002/0525/p2095.html>.
11. Ellies D. Dermatophytosis. Micology online. [Diakses 30 Agustus 2014]. Diunduh dari <http://www.mycology.adelaide.edu.au/Mycoses/Cutaneous/Dermatophytosis/html>.
12. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. 7th edition, New York: Mc graw Hill, 2013.
13. Buku ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Edisi ke-6. Jilid III. Jakarta. Badan penerbit FKUI; 2013.
14. Grow up clinic. Cacar air penyakit virus yang ditakuti. Februari 2012 [Diakses 20 Agustus 2014]; Diunduh dari: <http://growupclinic.com/2012/02/25/cacar-air-penyakit-virus-yang-ditakuti/html>.
15. Cacar air dan hubungannya dengan penyakit lain.2013 [Diakses 30 Agustus 2014]; Diunduh dari: <http://m.klikdokter.com/detail/read/1/15032051/cacar-lebih-gampang-terkena-penyakit-lai/html>.
16. Pradiyana A. Gambaran sanitasi lingkungan rumah tinggal di kecamatan Sumbasari, Jember [skripsi]. Jember: Universitas Jember; 2011.
17. Chandra B. Pengantar kesehatan Lingkungan. Jakarta: EGC; 2007.
18. Notoatmodjo S. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2003.
19. Alatas SS, Linuwih S. Hubungan tingkat pengetahuan mengenai pedikulosis kapitis dengan karakteristik demografi santri pesantren X, Jakarta Timur. Ejki. 2013;1:53-7.