

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Impetigo merupakan salah satu bentuk dari pioderma yang menyerang lapisan epidermis berupa peradangan superfisial yang disebabkan oleh infeksi bakteri terutama *streptococcus sp.* Impetigo terjadi dalam bentuk nonbulosa (impetigo krustosa) dan bulosa. *Streptococcus beta hemolitik* atau *Streptococcus pyogenes* biasanya menghasilkan impetigo nonbulosa. Sedangkan *Staphylococcus aureus* koagulase positif biasanya menyebabkan impetigo bulosa. Impetigo dapat terjadi pada kulit yang sehat atau kulit yang mengalami trauma sehingga merusak barier kulit (Gapila, 2013). Impetigo biasanya juga mengikuti trauma superficial dengan robekan kulit dan paling sering merupakan penyakit penyerta (*secondary infection*) dari pediculosis, skabies, infeksi jamur dan pada *insect bites* (Beheshti, 2017).

Impetigo terjadi di seluruh negara di dunia dan angka kejadiannya selalu meningkat dari tahun ke tahun. Impetigo adalah dermatosis yang paling umum pada anak (Vos, Flaxman, Naghavi dkk, 2010). Berdasarkan tinjauan baru oleh *World Health Organization Department of Child and Adolescent Health and Development* menyatakan bahwa impetigo dan skabies adalah penyakit endemik yang banyak terdapat di negara tropis dan subtropis (WHO,2015). Perkiraan mengenai prevalensi impetigo di

seluruh dunia adalah 111-140 juta anak dari negara berkembang sampai yang terserang penyakit impetigo dalam satu waktu (Vos, Flaxman, Naghavi dkk, 2010).

Di amerika serikat impetigo merupakan 10% dari masalah kulit yang dijumpai pada klinik anak dan terbanyak pada daerah yang jauh lebih hangat, yaitu pada daerah tenggara amerika (Provider synergies, 2017). Di Inggris kejadian impetigo pada anak sampai usia 4 tahun sebanyak 2,8% pertahun dan 1,6% pada anak usia 5-15 tahun. Sekitar 70% merupakan impetigo krustosa (Cole, 2017).

Berdasarkan laporan morbiditas 10 penyakit terbanyak divisi dermatologi pediatrik di Indonesia dari RS Cipto Mangunkusumo Jakarta, RS Hasan Sadikin Bandung, RSUP Dr. Kariadi Semarang dan RSU Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Januari sampai Desember 2010 dijumpai kasus impetigo superfisial baru sebanyak 869 kasus (Heragand, 2014 dan Hutahaean, 2010)

Impetigo dibagi menjadi dua jenis, yaitu impetigo krustosa dan impetigo bulosa. Impetigo krustosa atau impetigo nonbulosa dimulai dengan sebuah papulovesikel eritematosa yang berkembang menjadi satu atau lebih lesi dengan krustosa berwarna kuning seperti madu (*honey-coloured crust*), lesi tersebut mengeluarkan sekret berupa cairan jernih. Lesi kulit impetigo bulosa berupa bula dengan ukuran 0,5-3 cm dan memiliki dinding yang tipis dengan pinggir kemerahan. Impetigo terutama timbul di kulit wajah, disekitar cuping hidung dan area mulut, serta di

ekstremitas. Diagnosis impetigo umumnya ditegakkan hanya dengan gambaran klinis tanpa diperlukan pemeriksaan kultur (Smith, 2014).

Tempat predileksi tersering pada impetigo bulosa adalah di ketiak, dada, punggung dan sering bersama-sama dengan miliaria. Terdapat pada anak dan dewasa. Kelainan kulit berupa vesikel (gelembung berisi cairan dengan diameter 0,5cm) kurang dari 1 cm pada kulit yang utuh, dengan kulit sekitar normal atau kemerahan. Pada awalnya vesikel berisi cairan yang jernih yang berubah menjadi berwarna keruh. Atas dari bulla pecah dan meninggalkan gambaran "collarette" pada pinggirnya. Krusta "varnishlike" terbentuk pada bagian tengah yang jika disingkirkan memperlihatkan dasar yang merah dan basah. Bulla yang utuh jarang ditemukan karena sangat rapuh (Djuanda, 2015).

Tindakan pencegahan untuk impetigo adalah dengan menjaga hygiene pribadi seperti mencuci tangan segera menggunakan air mengalir setelah kontak (terkena luka) dengan penderita impetigo, menjaga kebersihan kuku, tidak menggunakan pakaian yang telah digunakan oleh penderita impetigo, desinfeksi semua peralatan yang mungkin menjadi media penularan seperti pakaian, handuk, sprei, dan mainan (Hamzah & Mahmudah, 2014).

Hasil penelitian Pangow, Pandaleke dan Kandou (2015) menyatakan bahwa terdapat 53 kasus baru pasien impetigo pada anak, dan distribusi jenis diagnosis puiderma terbanyak adalah impetigo, yaitu sebanyak 31(58,5%) kasus. Berdasarkan penelitian Rizani, Djajakusumah

dan Sakinah (2014) tentang angka kejadian impetigo pada anak-anak di meyakini sebesar 1,72%, dengan karakteristik impetigo tersering impetigo krustosa, usia tersering adalah *early childhood period*, jenis kelamin tidak ada perbedaan yang signifikan, dan lokasi tersering adalah pada wajah. Hasil penelitian Wardhani, Ira (2017) menyatakan bahwa impetigo krustosa lebih banyak dijumpai yaitu 39 orang (59,1%) sedangkan impetigo bulosa hanya sebanyak 27 orang (40,9%). Pada penelitian lain oleh Rizani, Djajakusumah dan Sakinah (2013) ditemukan jumlah pasien impetigo krustosa sebanyak 23 pasien (53,5%) dan impetigo bulosa hanya sebanyak 20 pasien (47,5%).

Pengobatan impetigo harus dilaksanakan dengan tepat untuk mencegah terjadinya komplikasi berat *glomerulonefritis akut pasca streptococcus* (Albar dkk, 2012). Dengan penanganan yang tidak tepat dapat menyebabkan impetigo yang berat sehingga akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Menurut Wardhani dan Ira (2017) impetigo telah menjadi masalah kesehatan yang penting terutama pada bayi dan anak saat ini karena menyebabkan kondisi yang tidak nyaman pada bayi dan anak akibat iritasi dan rasa gatal yang dominan di daerah kulit sehingga dapat mengganggu proses tumbuh kembang bayi dan anak.

Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medik RSUD Kota Tasikmalaya angka kejadian penyakit impetigo pada tahun 2018 sebanyak 147 kasus dan pada tahun 2019 mulai bulan Januari sampai dengan September sebanyak 139 kasus. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan

oleh peneliti di RSUD dr. Soekardjo kota Tasikmalaya di dapatkan 5 orang dengan impetigo, dengan jumlah kasus baru sebanyak 3 dan 2 kasus lama. dengan usia terendah 1 tahun dan tertua usai 14 tahun, jenis kelamin perempuan sebanyak 2 orang dan laki laki sebanyak 3 orang.

Angka kejadian impetigo RSUD Kota Tasikmalaya di menempati urutan ke 9 dari sepuluh besar penyakit kulit dibawah dermatitis, psoriasis, ekzema. Prevalensi impetigo dan profil pasien sangat sedikit khususnya di Kota Tasikmalaya umumnya di Jawa Barat dan Indonesia, maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai gambaran karakteristik pasien impetigo pada anak di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran karakteristik pasien impetigo pada anak di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran karakteristik pasien impetigo pada anak di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien impetigo berdasarkan jenis kelamin di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya
- b. Mengetahui karakteristik pasien impetigo berdasarkan umur di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

- c. Mengetahui karakteristik pasien impetigo berdasarkan lokasi lesi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.
- d. Mengetahui karakteristik pasien impetigo berdasarkan jenis impetigo di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Sebagai pengetahuan dan merupakan pengalaman yang berharga dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti untuk memperoleh wawasan dan pengetahuan mengenai gambaran karakteristik pasien impetigo di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

2. Bagi Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya

Diharapkan dapat memberi informasi bagi pihak institusi pendidikan serta dapat dijadikan sebagai referensi tambahan dan masukan atau bacaan bagi para pengunjung perpustakaan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya, terutama untuk menambah wawasan pembaca.

3. Bagi Profesi Perawat

Sebagai *evidence base nursing* dan masukan bagi perawat untuk melakukan asuhan keperawatan yang berfokus pada impetigo dengan memperhatikan karakteristik pasien.

4. Bagi RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Memberikan informasi kepada tenaga kesehatan dan penentu kebijakan mengenai gambaran penderita impetigo serta untuk menentukan langkah-langkah yang perlu diambil dalam menghadapi penderita impetigo di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

5. Penelitian Selanjutnya

Dapat dipakai sebagai sumber informasi untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti.

