

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A . Latar belakang

Indonesia merupakan negara yang beriklim panas dan lembab, lingkungan yang demikian tentunya sangat mudah untuk timbulnya penyakit jamur kulit. Banyak faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit jamur atau timbulnya kekambuhan penyakit jamur kulit, antara lain suhu, kelembaban, jenis pakaian dan kebersihan (Hamzah, 2000).

Tinea kruris merupakan infeksi yang disebabkan oleh jamur dan termasuk dalam dermatomikosis superfisialis. Dermatomikosis superfisialis merupakan infeksi yang biasa dijumpai di daerah yang beriklim tropis (panas dan lembab), sedang dan daerah rural. Penyebab penyakit ini terbagi menjadi 2 yaitu dermatofita dan non-dermatofita. Karakter jamur ini adalah kerusakan yang disebabkan oleh proliferasi jamur atau dari hasil metabolisme dalam bentuk metabolit pada jaringan keratin, misalnya; rambut, kuku dan kulit. Dermatofitosis, pitiriasis versikolor dan kandidiasis merupakan golongan yang paling sering dijumpai. Di Amerika insiden dermatomikosis superfisialis kurang lebih 10 %, Eropa 4-8 % dari kasus baru. Pada beberapa daerah tertentu di daerah tropis, insiden mikosis superfisialis diperkirakan mencapai 15-20 %.

Di Indonesia, Budimulja (1989-1991) melaporkan distribusi penyakit dermatomikosis superfisialis untuk tinea kruris dan kankeris, menempati urutan

ke-4 sesudah kandidiasis kutis dengan selisish 0,2 %. (Safrudin, Alwi dan Amiruddin, 2000). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh M. Syafei Hamzah tentang insiden dermatomikosis selama periode Januari 1996 – Desember 1998 di RSUD Dr. Abdul Moeloek, Bandar Lampung didapatkan data bahwa dari banyaknya pasien dermatomikosis yang datang ke RSUD Dr. Abdul Moeloek Bandar Lampung dalam kurun waktu tersebut ternyata tinea kruris merupakan dermatomikosis terbanyak 52 %, disusul tinea versikolor 17,5 %, tinea korporis 15,3 % dan kandidiasis 11,7 % (Hamzah, 2000).

Dalam penelitian retrospektif yang lain terkait dengan dermatomikosis superfisialis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makasar. Menunjukkan data, bahwa dari pasien yang datang ke rumah sakit dengan diagnosis dermatomikosis superfisialis, tinea kruris dengan 31,09 % merupakan angka yang tertinggi, lalu pitiaris versikolor 30,35%, Tinea corporis 29,56 % dan tinea pedis 9,09 % (Safrudin, Alwi, Amiruddin, 2000). Data diatas menunjukkan tingginya angka insidensi tinea kruris yang terjadi di beberapa daerah di Indonesia. Kondisi iklim di Indonesia dan di tambah dengan kondisi perekonomian yang mempengaruhi sosial budaya yang pada akhirnya akan membentuk perilaku masyarakat yang merugikan bagi kesehatan barangkali sangat kondusif untuk memicu timbulnya beberapa penyakit dari golongan dermatomikosis superfisialis yang salah satunya adalah tinea kruris.

Potret pondok pesantren pada dasarnya adalah sebuah asrama pendidikan

keagamaan dibawah bimbingan guru yang lebih dikenal dengan sebutan kyai. Salah satu pendekatan untuk mengenal lebih dekat mengenai pesantren adalah melalui sistem pengajarannya, dimana diantaranya menerapkan sistem bendongan, sistem sorogan, dan sistem madrasah (Anonim.<http://www.pesantrenonline.com>). Di Indonesia jumlah pesantren ada 6.631 dengan jumlah santri 958.670 orang. Jawa barat ternyata memiliki jumlah pesantren terbanyak dengan 2.479 pesantren dan jumlah santri 147.380 orang, disusul Jawa timur dengan 1.995 pesantren dengan jumlah santri 420.997 orang (Anonim *cit* Irawan 2000).

Kehidupan pondok pesantren dengan segala aktifitasnya secara umum di Indonesia tidak terlepas dari permasalahan kesehatan. Sebenarnya ini sebuah hal yang wajar, karena memang kondisi lingkungan dan perilaku para santri yang ada sangat memungkinkan menyebabkan terjadinya penyakit-penyakit yang menjadi permasalahan kesehatan di pondok pesantren tersebut. Pola pemondokan dengan penggunaan kamar yang dihuni oleh berapa santri secara bersama, penggunaan fasilitas pesantren yang terbatas untuk jumlah santri sehingga harus bergantian, merupakan beberapa faktor yang mungkin menyebabkan kemudahan untuk timbulnya penyakit-penyakit di atas, disamping faktor-faktor lainnya. Dalam sebuah penelitian tentang penyakit skabies, ternyata ada hubungan yang kuat antara faktor perilaku santri, dengan kejadian penyakit skabies di PPMI Assalaam, Solo (Irawan, 2001). Adapun contoh perilaku tersebut adalah pinjam-meminjam

Kajian ilmiah terkait dengan kesehatan yang berhubungan erat dengan kehidupan di pondok pesantren, masih sangat terbatas. Sebenarnya penelitian tersebut merupakan sebuah usaha yang harus kita lakukan, dengan harapan akan meningkatkan derajat kesehatan dilingkungan pesantren secara spesifik, hal ini melihat peran strategisnya pondok pesantren sebagai sebuah institusi yang akan mencetak generasi penerus para ulama yang akan memberikan pencerahan kepada masyarakat. Berlatarbelakang dari hal diatas, maka perlu ada sebuah penelitian yang terkait dengan kesehatan dilingkungan pondok pesantren, dan secara spesifik penelitian ini akan mengangkat tentang tinea kruris.

Pemilihan lokasi di pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan beberapa alasan yang mendasari diantaranya adalah pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta merupakan pesantren yang secara usia cukup tua, yaitu didirikan tahun 1920 oleh KH Ahmad Dahlan. Dengan usianya yang cukup tua, saat ini pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu pondok pesantren yang modern dengan fasilitas dan sistem pendidikan yang cukup baik. Selain itu lokasi pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta diparkotaan yang secara umum kondisi lingkungan sekitar cukup lembab dan panas.

## **B. Perumusan Masalah**

1. Pola hidup santri dan kondisi lingkungan pondok pesantren yang bisa menjadi faktor penyebab timbulnya penyakit Tinea kruris

2. Pengetahuan yang kurang dari para santri tentang Tinea kruris
3. Berapa tingginya angka kesakitan tinea kruris yang terjadi di Pondok Pesantren Mu'alimin Yogyakarta

### **C. Tujuan dan Manfaat Penelitian**

#### **a) Tujuan**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui angka kesakitan Tinea kruris di pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta, sehingga akan diketahui sejauh mana permasalahan Tinea kruris yang ada di pondok pesantren tersebut.

#### **b) Manfaat Penelitian**

Secara teoritis diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan kualitas keterampilan dalam meneliti sebuah permasalahan kesehatan secara ilmiah dan lebih jauh bisa memberikan wawasan yang lebih luas terkait dengan dermatomikosis dan secara spesifik tentang Tinea kruris. Secara praktis diharapkan ada sebuah penjelasan yang ilmiah tentang obyek yang diteliti sehingga bisa menjadi bahan dalam usaha mengurangi angka kesakitan Tinea kruris di pondok pesantren Mu'alimin Muhammadiyah Yogyakarta secara spesifik dan infeksi dermatomikosis secara umum.

### **D. Tinjauan Pustaka**

Dermatomikosis merupakan seluruh penyakit yang menyerang kulit. Dermatofitosis merupakan sebagian besar dari dermatomikosis yang disebabkan oleh dermatofita. Golongan jamur ini bersifat mengerna keratin

seperti kuku, rambut dan kulit. Dermatofita termasuk kelas fungi imperfekti, yang berbagi dalam 3 genus yaitu *Microsporum*, *Trichophyton* dan *Epidermophyton*. Dermofita termasuk jamur yang noninvasif.

Tinea kruris merupakan salah satu dermatomikosis yang disebabkan oleh dermatofita. Penamaan tinea cruris merupakan klasifikasi dermatofitosis yang berdasarkan lokasi yaitu pada genito-krural, sekitar anus, bokong dan kadang-kadang sampai perut bagian bawah.

#### **Faktor Predisposisi**

1. Lingkungan yang hangat lembab
2. Kegemukan (obesitas)
3. Pakaian yang terlalu ketat
4. Keringat yang berlebihan disekitar paha

#### **Gambaran Klasik**

Distribusi : lipat paha, tidak menyebar ke skrotum, bokong, daerah perinium dan perut bagian bawah

Primer : papula, plak

Skunder : Eritema, Skuama

#### **Gejala**

1. Dimulai dengan bercak eritematosa kecil, berskuama atau vesikuler lalu menyebar dengan berkusta, batas tegas.
2. Bagian tepi lebih aktif.
3. Karena itu bentuk polimerfi ini disebut eozema

4. Rasa gatal dan panas.
5. Garukan dan pengobatan lain bisa menimbulkan dermatitis.
6. Kemungkinan ada Diabetes Militus harus diperhatikan bila tidak mau sembuh dengan pengobatan yang baik.

### **.Diagnosis Banding**

1. Kandidiasis

Erupsi merah daging, tepi berbatas tidak jelas, pustul dan papul satelit; sering mengenai skrotum.

2. Intertrigo

Dermatitis iritan, terutama pada pasien-pasien gemuk tempat kelembaban berkumpul diantara lipatan kulit dan menyebabkan iritasi kulit. Tes KOH negatif.

3. Eritrasma

Bercak seperti beludru asimetris dengan skuama halus. Tes KOH negatif, tetapi terdapat fluoresens merah merjan atau merah muda pada pemeriksaan lampu wood.

4. Psoriasis

Skuamanya tebal, berwarna perak dan melekat, tanpa penyembuhan di bagian tengah. Tes KOH negatif.

5. Dermatitis

Eritema dengan skuama yang tidak berbatas tegas. Sering mengenai kulit

## Diagnosis

Dilakukan pemeriksaan mikroskopi langsung pada kerokan skuama dari tepi lesi, tutup dengan KOH 10-20 %, dan cari hifanya.

## Pengobatan

### 1. Pengobatan antijamur topikal

Memilih satu macam obat dan pakai sesuai petunjuk selama 2-3minggu.

**Tabel 1.Obat Antijamur Topikal**

<b>Nama Dagang</b>	<b>Nama Generik</b>	<b>Kemasan</b>	<b>Dosis</b>
Loprox	Siklopiroks olamin	Krim 15, 30, 90 g Losio 30 ml	bid
Lotrimin	Klotrimazol	Krim 15, 30, 45, 90 g	bid
Monistat-Derm	Mikonazol	Krim 15, 30, 85 g Losio 30, 60 ml	bid bid
Mycelex	Klotrimazol	Krim 15, 30, 45, 90 g Losio 10, 30 ml	bid bid
Exelderm**	Sulkonazol	Krim 15,30, 60 g Larutan 30 ml	qd, bid ( tinea pedis )
Naftin **	Naftifin	Krim 15, 30 g	qd
Nizoral	Ketokonazol	Krim 15, 30, 60 g	qd
Oxista **	Oksikonazol	Krim 15, 30 g	qd
Spectazole	Ekonazol	Krim 15, 30, 85 g	qd
<b>Sediaan yang dijual bebas *</b>			
Desenax	Asam undesilenat	Semprot 45 ml	qd-bid
Dr.Scholl's Athlet'sFoot Powder/spray	Tolnaftat	Semprot 45 ml	qd-bid
Lotrimin AF	Klotrimazol	Krim 12 g	bid
Micatin	Mikonazol	Krim 15 g Salap 15 g	bid
Tinactin	Tolnaftat	Krim 15, 30 g Larutan 10 ml Semprot 4 ons	bid

Resepkanlah dosis 15 g selama 2-3 minggu untuk daerah yang terbatas, misalnya tangan, kaki atau beberapa plak terisolasi. Bila infeksi kronik atau rekuren,

berikan jumlah yang lebih besar atau hemat. Tekankan bahwa pasien



hanya perlu menggunakan sedikit krim pada suatu saat dan obat harus digosok sampai menghilang.

\* Sediaan ini tidak menyembuhkan tinea versicolor atau infeksi kandida kecuali Lotrimin.

\*\* Tidak diindikasikan untuk infeksi kulit kandida

Beberapa obat anti jamur terbaru yang diresepkan mempunyai kelebihan yaitu dosis sekali sehari (dosis tunggal) dengan aktivitas spektrum yang lebih luas, tetapi kebanyakan obat, termasuk yang tanpa resep juga efektif.

## **2. Griseofulfin atau ketokonazol oral:**

Pertimbangkan pemakaiannya selama 2-4 minggu pada kasus yang luas atau resisten.

## **3. Komponen inflamasi yang hebat:**

Gunakan steroid topikal ringan, misalnya hidrokortison 1 %, atau steroid topikal sedang, misalnya krim triamsinolon 0,1 % selama 3-7 hari; lalu hentikan agar terjadi proses penyembuhan untuk mencegah atrofi.

4. **Hati-hati menggunakan resep obat kombinasi** (misal Lotrisone, yang berisi kortikosteroid topikal kuat berkombinasi dengan obat antijamur) untuk jangka panjang, terutama di daerah lipatan.

## **5. Menghilangkan gatal**

Cetaphil dengan mentol 0,25 %; preparat bebas ( misal Sarna ,Itch X, Prax ).

7. Pada orang dengan predisposisi biasanya terjadi kekambuhan, tetapi tindakan-tindakan sederhana dapat mengurangnya.

#### **E. Hipotesis**

Ada hubungan antara angka kesakitan tinea kruris dengan banyaknya keringat disekitar paha bagian atas (akibat panas), kegemukan serta pemakaian pakaian (celana dalam) yang ketat oleh santri di pondok pesantren Mu' alimin Muhammadiyah Yogyakarta

#### **F. Variabel**

Dalam penelitian ini banyaknya keringat disekitar paha bagian atas (akibat panas), kegemukan, dan pemakaian pakaian (celana dalam) yang ketat oleh para santri merupakan variabel bebas sedangkan angka kesakitan tinea kruris adalah variabel tergantung.