

KARAKTERISTIK PIDERMA DI INDONESIA: A LITERATURE REVIEW

Satria Akbar Putra Asmara¹, Ulil Albab Habibah², Khansa Alike Filandra³, Arif Jamal Ar Rasyid⁴, Taufiq Imansyah⁵
¹⁻⁵Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia
Email: 23711076@students.uii.ac.id

ABSTRAK

Pioderma merupakan infeksi kulit akibat bakteri yang masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia, terutama dipengaruhi oleh iklim tropis, kebersihan, dan faktor sosial ekonomi. Namun, data mengenai karakteristik pasien dan pola klinis pioderma secara nasional masih terbatas. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi karakteristik demografis, klinis, dan terapi pioderma di Indonesia. Tinjauan literatur review dilakukan pada Februari 2026 melalui Google Scholar, Pubmed, Garuda, dan ScienceDirect menggunakan kerangka PCC dan panduan PRISMA. Artikel observasional tahun 2016-2026 yang membahas karakteristik pioderma di Indonesia diseleksi. Data yang diekstraksi meliputi usia, jenis kelamin, jenis pioderma, dan terapi. Analisis dilakukan secara naratif. Delapan studi dari berbagai wilayah di Indonesia dianalisis. Pioderma paling sering terjadi pada anak usia 0-5 tahun, meskipun beberapa studi menunjukkan prevalensi tinggi pada usia dewasa lanjut. Mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki, namun perbedaannya tidak signifikan. Jenis pioderma tersering adalah impetigo, diikuti folikulitis, furunkel, dan ektima dengan variasi antar wilayah. Terapi kombinasi (topikal dan sistemik) merupakan pendekatan yang paling sering digunakan. Antibiotik sistemik yang dominan adalah golongan penisilin dan eritromisin, sedangkan antibiotik topikal yang paling banyak digunakan adalah asam fusidat, meskipun mupirosin juga ditemukan pada beberapa fasilitas kesehatan. Pioderma di Indonesia terutama menyerang anak-anak, namun juga dapat ditemukan pada usia dewasa akibat penurunan fungsi kulit dan komorbiditas. Jenis kelamin bukan faktor penentu utama, sedangkan higienitas berperan lebih penting. Manifestasi klinis bervariasi antar wilayah dengan impetigo sebagai jenis tersering. Terapi kombinasi menjadi pilihan utama dengan penggunaan antibiotik sistemik golongan penisilin dan topikal asam fusidat. Temuan ini menunjukkan pentingnya data nasional yang lebih representatif untuk mendukung strategi penatalaksanaan pioderma di Indonesia.

Kata Kunci: Pioderma, Karakteristik klinis, Terapi, Indonesia

ABSTRACT

Pyoderma is a bacterial skin infection that remains a significant health problem in Indonesia, influenced by tropical climate, hygiene practices, and socioeconomic factors. However, national data describing patient characteristics and clinical patterns are still limited. This study aims to identify the demographic characteristics, clinical manifestations, and treatment patterns of pyoderma in Indonesia. A literature review was conducted in February 2026 using Google

Scholar, PubMed, Garuda, and ScienceDirect based on the PCC framework and PRISMA guidelines. Observational studies published between 2016 and 2026 discussing pyoderma characteristics in Indonesia were included. Extracted data included age, sex, type of pyoderma, and treatment modalities. A narrative analysis was performed. Eight studies from various regions in Indonesia were analyzed. Pyoderma was most commonly found in children aged 0–5 years, although several studies reported a relatively high prevalence among older adults. Most patients were male, but the difference was not significant. The most frequently reported type of pyoderma was impetigo, followed by folliculitis, furuncle, and ecthyma, with variations across regions. Combination therapy using both topical and systemic antibiotics was the most commonly applied treatment approach. Systemic antibiotics were mainly from the penicillin and erythromycin groups, while fusidic acid was the most frequently used topical agent, although mupirocin was also used in some healthcare settings. Pyoderma in Indonesia predominantly affects children but can also occur in adults due to age-related decline in skin function and comorbidities. Sex is not a major risk factor, whereas hygiene plays a more significant role in disease occurrence. Clinical manifestations vary across regions, with impetigo being the most commonly reported type. Combination therapy with topical and systemic antibiotics remains the primary treatment approach, with penicillin as the dominant systemic therapy and fusidic acid as the leading topical agent.

Keywords: Pyoderma, Clinical characteristics, Treatment, Indonesia

LATAR BELAKANG

Pioderma merupakan setiap penyakit infeksi yang menyerang kulit baik di lapisan epidermis maupun dermis [1,2]. Penyakit ini disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes*. Secara umum pioderma dibagi menjadi primer (impetigo, folikulitis, furunkel, karbunkel, erysipelas) dan sekunder (ulkus tropikum, dermatitis, scabies) [3].

Penyakit ini banyak ditemukan di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh kondisi iklim tropis yang secara biologis akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi bakteri pada kulit. Pioderma dominan menyerang anak usia sekolah 9-12 tahun dikarenakan faktor kebersihan yang kurang [4]. Faktor pendukung seperti sosial ekonomi yang kurang, kekurangan gizi, tinggal di daerah padat penduduk, dan sanitasi buruk juga dinilai akan meningkatkan risiko. Data di Kota Sumba Barat Daya, Indonesia mendapati bahwa 17.9% dari total pasien yang datang ke fasilitas kesehatan memiliki keluhan pioderma dengan proporsi pasien anak sebanyak 57.7% [5].

Meskipun sering ditemukan di Indonesia, data mengenai profil kasus pioderma yang mencerminkan karakteristik pasien dan distribusinya di fasilitas pelayanan kesehatan masih terbatas. Penelitian yang tersedia umumnya hanya dilakukan di provinsi atau wilayah tertentu, sehingga belum menggambarkan kondisi secara menyeluruh di berbagai daerah di Indonesia. Akibatnya, pola kejadian pioderma secara nasional masih belum dapat dipetakan dengan jelas.

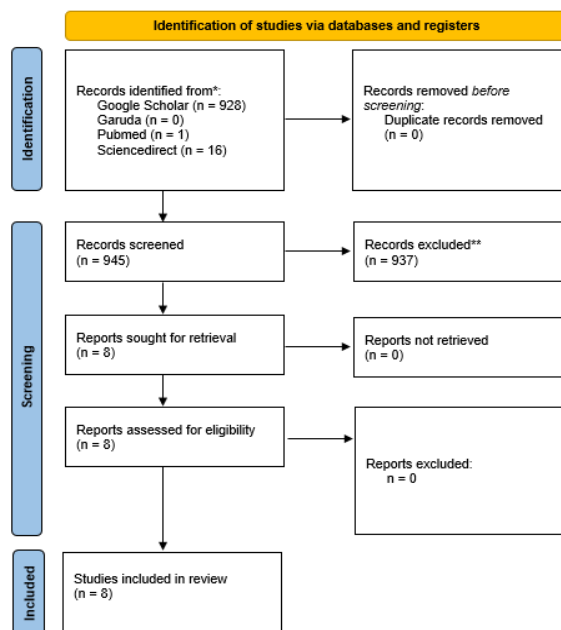
Tingginya risiko pioderma di Indonesia yang dipengaruhi oleh iklim tropis, kondisi kebersihan, dan faktor sosial ekonomi menjadikan penyakit ini masih relevan sebagai masalah kesehatan. Keterbatasan data terkini mengenai profil pioderma dapat menghambat upaya penatalaksanaan yang tepat. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi profil pioderma pada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai dasar untuk mendukung upaya penanganan yang lebih efektif di Indonesia.

METODE PENELITIAN

Tinjauan literatur ini dilakukan pada bulan Februari 2026. Pencarian literatur melalui 4 *database* yaitu Google Scholar, PubMed, Garuda, dan Scencedirect. Pencarian dilakukan menggunakan kata kunci yang dikombinasikan dengan boolean operator. Penyusunan kata kunci berdasarkan PCC *framework* dengan *population* berupa pasien yang menderita pioderma, *concept* berupa karakteristik klinis maupun demografis, dan *context* berupa wilayah Indonesia.

Kriteria inklusi yang diterapkan pada penelitian ini adalah artikel 10 tahun terakhir (2016-2026), artikel yang membahas terkait karakteristik pioderma, studi observasional, dan artikel berbahasa Inggris atau Indonesia. Kriteria eksklusi yang diterapkan pada artikel ini adalah *grey literature*, *conference abstract*, *letter to editor*, artikel yang tidak dapat diakses sepenuhnya. Artikel disaring berdasarkan pedoman PRISMA seperti pada gambar 1.

Ekstraksi data dilakukan meliputi nama penulis, tahun terbit, desain studi, lokasi, sampel, dan hasil. Variabel yang dimasukkan dalam kolom hasil meliputi usia, jenis kelamin, jenis pioderma, jenis terapi, terapi topikal, dan terapi sistemik. Analisis dilakukan secara naratif.



Gambar 1. Alur PRISMA

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Ekstraksi Data

Penulis, tahun	Desain studi	Lokasi	Sampel	Hasil
Gama et al., 2016 [5]	Deskriptif (retrospektif)	RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	164 orang	<p>Jenis kelamin Laki-laki: 51,8% Perempuan: 48,2%</p> <p>Usia 15-24: 17,1% 25-44: 24,4% 45-64: 44,5% >=65: 14%</p> <p>Jenis pioderma Folikulitis : 38,4% Furunkel : 23,8% Selulitis : 19,5% Impetigo bulosa: 0,6% Impetigo krustosa: 1,8% Karbunkel: 3,7% Ektima: 3%</p> <p>Terapi topikal Asam fusidat: 59,8% Mupirosin: 7,3% Gentamicin: 7,3% Silver sulfadiazine: 2,4% Eritromisin: 0,6% Neomisin: 0,6% Tidak menggunakan: 22%</p> <p>Terapi sistemik Sefadroksil: 24,4% Doksisiklin: 1,8% Klindamisin: 48,2% Amoksisilin: 1,8% Eritromisin: 2,4% Ciprofloksasin: 0,6% Co-Amoksiklav: 0,6% Tidak menggunakan: 20,1%</p>
Karna et al., 2018 [2]	Deskriptif (retrospektif)	Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah, Denpasar	202 orang	<p>Usia (M/F) 0-5: 40,34%/28,91% 5-11: 17.64%/13.25% 12-16: 5.88%/1.20% 17-25: 5.04%/12.04% 26-35: 16.80%/19.28% 36-45: 5.88%/10.84% 46-55: 2.52%/2.41% 56-65: 4.20%/8.43% > 65: 1.68%/3.61%</p> <p>Jenis kelamin Laki-laki: 58.91% Perempuan: 41.09%</p> <p>Jenis pioderma Ektima: 25.74 % Furunkel: 32.67 %</p>

				<p>Folikulitis: 12.87 % Karbunkel: 5.94 % Impetigo Bulosa: 11.39 %</p> <p>Jenis terapi Terapi kombinasi: 62.87 % Antibiotik sistemik: 11.88% Antibiotik topikal: 25.25%</p> <p>Terapi sistemik Co-Amoxiclav: 64.90% Cefadroxyl: 32.45% Erythromycin: 2.65%</p> <p>Terapi topikal Asam Fusidat: 86.52% Mupirocin: 1.69% Gentamicin: 11.80%</p>
Auliya et al 2024 [3]	Deskriptif (retrospektif)	RSUD Dr. Soetomo, Surabaya	272 orang	<p>Usia 0-5: 24,1% 5-11: 9,8% 12-16: 5.9% 17-25: 12.8% 26-35: 10.8% 35-45: 11% 46-55: 11.5% 56-65: 7.6% > 65: 6.4%</p> <p>Jenis kelamin Laki-laki: 50.1% Perempuan: 49.9%</p> <p>Terapi topikal Antibiotik topikal: 40,3% Steroid topikal: 5.4% Pelembab: 5.4% Anti fungal: 0.2% Lainnya: 24.8%</p> <p>Terapi sistemik Antibiotik sistemik: 65,1% Antihistamin: 26.5% Non-steroid oral : 35.4% Steroid oral: 0.5% Lainnya: 1.2%</p>
Arthaningsih et al., 2020 [1]	Deskriptif (retrospektif)	Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar	53 orang	<p>Usia ≤ 4: 58,5% > 4: 41,5%</p> <p>Jenis kelamin Laki-laki: 64,2% Perempuan: 35,8%</p> <p>Jenis pioderma Impetigo Bulosa: 50,9% Impetigo Krustosa: 15,1% Folikulitis: 11,3% Karbunkel/Furunkel: 1,9%</p> <p>Jenis terapi Topikal: 18,9% Antibiotik Sistemik: 1,9% Topikal +Antibiotik Sistemik:</p>

				79,2%
				Terapi sistemik
				Amoksisilin: 18,6%
				Sefadroksil: 41,9%
				Cefixime: 11,6%
				Eritromisin: 27,9%
				Terapi topikal
				Natrium fusidat krim: 40,4%
				Kompres NaCl 0,9%: 3,8%
				Kompres NaCl 0,9% + natrium fusidat krim: 50%
				Kompres NaCl 0,9% + gentamisin: 5,8%
Nurainiwati et al., 2020 [6]	Deskriptif (retrospektif)	Rumah Sakit Islam Aisyiyah, Malang	46 orang	Usia
				0-11: 39%
				12-25: 28%
				26-45: 20%
				46-65: 13%
				Jenis kelamin
				Laki-laki: 56,52%
				Perempuan: 43,48%
				Jenis pioderma
				Impetigo: 32,6%
				Ektima: 21,7%
				Furunkel: 19,5%
				Folikulitis: 15,3%
				Jenis terapi
				Antibiotik Topikal: 15,2%
				Antibiotik Sistemik dan Topikal: 46,5%
				Antibiotik Sistemik dan Kompres NaCl 32,6%
				Terapi sistemik
				Amoxicillin: 4,76%
				Amoxicillin + Clavulamic Acid: 9,52%
				Erythromycin: 11,90%
				Cefixime: 35,71%
				Cefadroxil: 16,67%
				Levofloxacin: 11,90%
				Clindamycin: 4,76%
				Doxycycline: 4,76%
				Terapi topikal
				Mupirocin: 50,00%
				Na Fucidat: 16,67%
				Gentamicin: 33,33%
Ayuningtyas et al., 2024 [7]	Deskriptif (retrospektif)	RSUD Dr. Soetomo, Surabaya	49 orang	Usia
				0-4: 51%
				5-9: 30,6 %
				10-18: 18,4%
				Jenis kelamin
				Laki-laki: 47%
				Perempuan: 53%
				Jenis terapi
				Topikal: 10,2%

					<p>Sistemik: 8,2% Topikal + Sistemik: 67,3% Tidak ada data: 14,3%</p> <p>Terapi topikal Antibiotik Topikal: 67,3% Steroid Topikal: 10,2% Moisturizer: 16,3% Kompres NaCl: 40,8% Bedak Salisil (<i>Salicyl Talc</i>): 4,1%</p> <p>Terapi sistemik Antibiotik Sistemik: 63,3% Antihistamin Oral: 51% Steroid Oral: 2% Oral Non-steroid: 2%</p>
Latifah et al., 2023 [8]	observasi onal deskriptif	RSUD Ulin Banjarmasin tahun 2019-2021	75 Pasien	<p>Umur 0-5: 24% 6-11: 22,7% 12-16: 12% 17-25: 6.7% 26-35: 4% 36-45: 12% 46-55: 8% 56-65: 9.3% 65>:1.3%</p> <p>Jenis kelamin Laki laki:53.3% Perempuan:46.7%</p> <p>Jenis pioderma Ektima :25,3% Impetigo Bulosa:20% Furunkel :16% Folikulitis :13.3% Impetigo Krustosa: 10.7% Selulitis: 6.7% Karbunkel:4% Erisipelas: 2.7% Hidradenitis: 1.3%</p> <p>Jenis terapi Antibiotik topikal:37.6% Antibiotik sistemik:33.2% Antihistamin:19.7%</p>	
Lumataw et al., 2016 [9]	Deskriptif (retrospektif)	RSUPProf .Dr. R. D. Kandou Manado.	114 Pasien	<p>Kelamin Laki laki:63,16% Perempuan:36,84%</p> <p>Usia ≤1 tahun : 12,28% 1-4 tahun : 49,12% 5-14 tahun : 38,60%</p> <p>Jenis pioderma Impetigo krustosa :39,47% Folikulitis :21,05% Furunkel :18,42% Impetigo bulosa: 12,28%</p> <p>Terapi sistemik Sefadroksil : 11,4%</p>	

Klindamisin : 0,88%
Amoksisilin :1,75%
Eritromisin : 67,5%
Cefixime :1,75%
Terapi topikal
Asam Fusidat : 52,63%
Mupirosin : 20,18%
Gentamisin :17,54%
Jenis terapi
Terapi Kombinasi
(antibiotik sistemik +antibiotik
topikal):73,68%
Antibiotik Sistemik : 9,65%
Antibiotik Topikal :16,67%

Keterangan: M=male/ F= female

Usia

Tinjauan literatur ini melibatkan penelitian dengan ragam populasi. Terdapat penelitian yang hanya melibatkan populasi 0-14 tahun, populasi diatas 15 tahun, dan populasi nol hingga lanjut usia. Namun, secara garis besar, populasi 0-5 tahun merupakan fase usia yang rentan untuk terjangkit pioderma kemudian diikuti populasi anak sekolah.

Hal ini disebabkan oleh 2 faktor utama yaitu perilaku dan kondisi tubuh. Pada fase umur tersebut, anak cenderung memiliki rasa penasaran yang tinggi sehingga minat untuk mengeksplorasi lingkungan juga meningkat. Eksplorasi yang melibatkan lingkungan dan tidak diimbangi dengan sanitasi yang baik membuat anak menjadi rentan terhadap infeksi oleh patogen [1,6,9,10] insiden ini juga diperkuat oleh seringnya anak mengalami cedera yang mengakibatkan luka sehingga mempermudah patogen masuk ke dalam tubuh [8]. Kemudian kondisi tubuh terutama kulit yang belum mumpuni turut berperan dalam hal ini. Kondisi kulit pada anak jika dibandingkan dengan populasi dewasa memiliki epidermis dan dermis yang tipis. Selain itu, protektor pada kulit berupa sistem imun alami dan adaptif juga belum matang [2,6,8]. Stamatas et al menyebutkan bahwa kulit anak memiliki stratum korneum yang lebih tipis [11]

Namun penelitian Gama et al yang melibatkan populasi diatas 15 tahun hingga lansia menunjukkan hasil yang berbeda. Penelitian ini justru menunjukkan umur 45-64 tahun menjadi populasi yang paling rentan. Mungkin peristiwa ini dapat terjadi karena pada umur tersebut, terjadi

penurunan fungsi kulit sehingga kurang mampu melindungi dari trauma. Kemudian munculnya banyak penyakit penyerta seperti diabetes melitus membuat integritas kulit terganggu [5]. Strbo et al menyebutkan penuaan kulit berkaitan dengan bertambahnya umur yang membuat kulit menjadi lebih kering dan tipis sehingga rentan terkena infeksi. Peristiwa ini disebabkan oleh penurunan kolagen dan elastin [12]

Jenis kelamin

Mayoritas penelitian menunjukkan populasi laki-laki rentan terjangkit pioderma. Hal ini disebabkan oleh perilaku sering beraktivitas diluar rumah sehingga kemungkinan untuk terjadinya trauma dan infeksi lebih besar. Selain itu, laki-laki kurang memperhatikan kebersihan [2,3,5,9]. Namun, perbedaan ini tidak menunjukkan hasil yang mencolok [2,5,8]. Sedangkan Nurainiwati et al menyebutkan populasi perempuan lebih rentan. Hal ini mungkin disebabkan oleh pemakaian make up, trauma akibat kebiasaan mencukur dan gemar berpakaian ketat [5]. Namun, perbedaan hasil juga tidak mencolok antara laki-laki dan perempuan.

Depari et al menyebutkan meskipun laki-laki menjadi populasi yang rentan untuk terkena pioderma, namun tidak signifikan ($p=0.623$). Sedangkan variabel higienitas menunjukkan hasil yang signifikan (13). Hal ini diperkuat oleh penelitian yang menunjukkan hasil yang tidak signifikan juga terhadap jenis kelamin. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin bukanlah penentu seseorang lebih beresiko untuk terjangkit pioderma, namun menjaga kebersihan menunjukkan hal yang lebih penting [14].

Jenis pioderma

Mayoritas jenis pioderma yang ditemukan adalah impetigo. Penyakit ini sering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan muncul paling banyak pada populasi anak terutama yang memiliki higienitas yang buruk. [1,6,9]

Sedangkan tiga penelitian lain menunjukkan hasil yang berbeda. Gama et al dan Karna et al menunjukkan folikulitis dan furunkel menjadi

jenis pioderma yang paling banyak muncul [2,5]. kemudian Latifah et al menunjukkan bahwa pioderma terbanyak yang ditemukan secara klinis adalah ektima [8]. Perbedaan ini disebabkan oleh beragamnya populasi umur subjek penelitian. Arthaningsih et al dan Lumataw et al hanya melakukan penelitian pada populasi anak [1,9]. Sedangkan Nurainiwati et al menggunakan populasi anak hingga pasien usia 65 tahun. Meskipun begitu mayoritas subjek adalah anak-anak [6].

Jenis terapi

Mayoritas penelitian terinklusi menggunakan terapi kombinasi sebagai pengobatan. Terapi ini umumnya diberikan untuk pioderma dengan lesi multipel, luas, atau melibatkan infeksi jaringan di bawah kulit [1,6]. Kombinasi antara terapi topikal dan sistemik ini memiliki beberapa keunggulan antara lain mempersingkat durasi terapi sehingga meminimalisir risiko penularan dan resistensi antibiotik [15].

Sedangkan penelitian oleh Latifah et al cenderung menggunakan terapi topikal saja. Hal ini mungkin disebabkan oleh derajat penyakit pada populasi Latifah et al terbilang ringan dan tidak terdapat gejala sistemik sehingga cukup menggunakan terapi topikal saja. Oganesyhan et al dan Bandyopadhyay menyatakan terapi topikal sejatinya lebih efektif dan cocok karena bekerja langsung pada lokasi infeksi [16,17]. Hasil yang cukup menarik juga ditunjukkan oleh Nurainiwati et al yang menyebutkan bahwa penggunaan antibiotik sistemik+NaCl menjadi pengobatan terbanyak kedua. Kompres NaCl sering diberikan pada pioderma dengan krusta dan pus agar pemberian antibiotik topikal menjadi lebih efektif [6]. Kim & Lee menyebutkan bahwa penggunaan NaCl diikuti antibakterial maka dapat meningkatkan inhibisi pertumbuhan bakteri melalui pelemahan toleransi stress osmotik sel [18].

Antibiotik sistemik

Mayoritas penelitian menemukan bahwa antibiotik golongan penisilin dan erithromisin menjadi obat sistemik yang paling banyak diresepkan untuk kasus pioderma. Pemilihan penisilin sebagai antibiotik yang paling sering diresepkan kemungkinan karena penisilin merupakan antibiotik

broad spectrum yang dapat menangani berbagai macam bakteri patogen [2]. Sedangkan pemilihan eritromisin dalam peresapan sebagai antibiotik sistemik lini kedua akibat banyaknya kemungkinan akan terjadinya alergi penisilin [5,9]. Dengan memilih meresepkan eritromisin dibandingkan dengan penisilin diharapkan dapat menghindari terjadinya reaksi hipersensitivitas dan juga diharapkan untuk mengurangi biaya lebih yang harus dikeluarkan jika dilakukan tes alergi [9]. Eritromisin bekerja dengan menghambat sintesis protein pada bakteri dan mempunyai spektrum antibakteri yang tidak kalah luas dibandingkan dengan penisilin sebagai antibiotik lini pertama [8].

Selain menghindarkan potensi alergi, eritromisin digunakan akibat tingginya resistensi penisilin. Pada penelitian yang dilakukan James et al ditemukan bahwa angka resistensi penisilin sebagai *drug of choice* cukup tinggi. Pada penelitian ini ditemukan bahwa angka resistensi penisilin terhadap *S. aureus* mencapai 97.8%. Angka ini sangat tinggi jika dibandingkan dengan resistensi eritromisin pada angka 39.2% [19].

Antibiotik topikal

Mayoritas penelitian menunjukkan asam fusidat merupakan antibiotik topikal yang paling sering digunakan. Dominasi penggunaan asam fusidat dikaitkan dengan efektivitasnya terhadap bakteri gram positif terutama *Staphylococcus aureus*, permeabilitas kulit yang baik, serta potensi alergi yang rendah. Selain faktor efektivitas dan keamanan, aspek akses pelayanan kesehatan juga berperan dalam pemilihan terapi. Pada beberapa fasilitas kesehatan, mayoritas pasien merupakan pengguna BPJS, sedangkan asam fusidat termasuk dalam daftar obat yang ditanggung BPJS. Hal ini menyebabkan penggunaan asam fusidat cenderung diprioritaskan [2,3,5–7].

Namun, penelitian oleh Nurainiwati et al menunjukkan mayoritas pasien diresepkan mupirocin. Hal ini disebabkan karena memang mupirocin merupakan lini pertama pada penyakit pioderma [6]. Bandyopadhyay serta Galindo & Hebert menunjukkan bahwa mupirocin

menjadi lini pertama karena jarang menyebabkan alergi, terbukti efikasinya, dan murah [16,20]

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Pioderma di Indonesia ditemukan pada berbagai kelompok usia dengan kecenderungan lebih tinggi pada anak usia dini, meskipun juga dapat muncul pada usia dewasa lanjut. Distribusi jenis kelamin menunjukkan dominasi laki-laki yang tidak bermakna, sehingga kebersihan dan faktor lingkungan lebih berperan dibandingkan jenis kelamin. Manifestasi klinis bervariasi antar wilayah, dengan impetigo sebagai jenis yang paling sering dilaporkan, diikuti oleh folikulitis, furunkel, dan ektima. Penatalaksanaan umumnya menggunakan terapi kombinasi antibiotik topikal dan sistemik, terutama pada kasus dengan lesi luas atau multipel. Antibiotik sistemik yang paling sering digunakan berasal dari golongan penisilin dan eritromisin, sedangkan asam fusidat menjadi terapi topikal yang paling dominan, meskipun mupirosin juga digunakan di beberapa fasilitas kesehatan. Secara keseluruhan, variasi karakteristik klinis dan pilihan terapi menunjukkan bahwa faktor usia, kondisi kulit, hygiene, serta praktik pelayanan kesehatan mempengaruhi pola kejadian dan penatalaksanaan pioderma di Indonesia.

Saran

Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai pioderma di berbagai provinsi di Indonesia untuk memperoleh gambaran epidemiologi yang lebih representatif secara nasional. Pengumpulan data yang lebih merata di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat membantu dalam pemetaan pola kejadian pioderma serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain itu, peningkatan upaya promotif dan preventif seperti edukasi kebersihan diri, perbaikan sanitasi lingkungan, serta deteksi dini pada kelompok risiko tinggi, terutama anak-anak, perlu dilakukan guna menurunkan angka kejadian pioderma di Indonesia.

Kemudian untuk hasil ekstraksi yang lebih lengkap diharapkan dapat mengakses artikel rujukan karena kendala keterbatasan maksimal halaman.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arthaningsih DAAD, Karna NLPRV. Profil pioderma pada anak usia 0-14 tahun di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah, Denpasar periode Juni 2015-2016. *Intisari Sains Medis*. 2020 Mar 3;11(1):22–7. doi:10.15562/ism.v11i1.520
2. Karna NLPRV, Gotama D, Sissy S. Profile of pyoderma in dermatology outpatient departement at Sanglah General Hospital Denpasar, Bali-Indonesia period January 2016 until December 2017. *Bali Dermatology and Venereology Journal*. 2018 May 11;1(1). doi:10.15562/bdv.v1i1.2
3. Auliya A, Astari L, Puspitasari D, Alinda MD. Clinical Manifestations and Distribution of Treatment for Pyoderma at a Tertiary Hospital in Surabaya, Indonesia. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2024 Mar 31;36(1):12–9. doi:10.20473/bikk.V36.1.2024.12-19
4. Ayuningtyas NAP, Widia Y, Hikmah Z, Sawitri S. Profile of Pediatric Patients with Acute Bacterial Skin Infections at a Tertiary Hospital in Surabaya, Indonesia. *International Journal Of Scientific Advances*. 2024;5(6). doi:10.51542/ijscia.v5i6.32
5. Gama CE, Mawu FO, Kandou RT. Profil pioderma pada orang dewasa di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode tahun 2013-2015. *Jurnal e-clinic*. 2016;4(2).
6. Nurainiwati SA, Lestari MW. Pyoderma Profile In The Dermato-Venereology Outpatient Unit Of Aisyiyah Islamic Hospital Malang On January-December 2017. *Jurnal Saintika Medika*. 2020;16(1).
7. Ayuningtyas D, Misnaniarti, Rayhani M. Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 2018;9(1).
8. Latifah AD, Hadi S, Sanyoto DD, Savitri D, Rahmiati. Profil Pasien Pioderma Primer di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Ulin Banjarmasin Tahun 2019-2021. *Homeostasis*. 2023;6(2).
9. Lumataw PF, Pandaleke H, Suling PL. Profil pioderma pada anak di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode tahun 2013-2015. *Jurnal e-clinic*. 2016;4(2).
10. Auliyah R, ... ARJI, 2025 undefined. Hubungan Tingkat Pengetahuan Terhadap Pencegahan Komplikasi Pada Pasien Diabetes Melitus. *jurnal.itkesmusidrap.ac.id* [Internet]. [cited 2025 Nov 11]. Available from: <https://jurnal.itkesmusidrap.ac.id/JIKP/article/view/1169>
11. Stamatas GN, Roux P, Boireau- Adamezyk E, Lboukili I, Oddos T. Skin maturation from birth to 10 years of age: Structure, function, composition and microbiome. *Exp Dermatol*. 2023 Sep 11;32(9):1420–9. doi:10.1111/exd.14843

12. Strbo N, Younis S, Frasca D, Paganelli A. Skin aging and immunosenescence. *Exploration of Immunology*. 2025 Sep 29;5. doi:10.37349/ei.2025.1003218
13. Depari LI, Sugiri U, Hamied LIFA. Relation between Risk Factors of Pyoderma and Pyoderma Incidence. *Althea Medical Journal*. 2016 Sep;3(3):434–9. doi:10.15850/amj.v3n3.867
14. Khalifa KA, Al-Hadithi TS, Al-Lami FH, Al-Diwan JK. Prevalence of Skin Disorders among Primary School Children in Baghdad Governorate, Iraq. *East Mediterr Health J*. 2010;16(2).
15. Purnawan SA, Budianti WK, Widaty S. Systemic antibiotic selection in skin and soft tissue infections. *Journal of General - Procedural Dermatology & Venereology Indonesia*. 2024 Dec 10;8(2). doi:10.7454/jdvi.v8i2.1193
16. Bandyopadhyay D. Topical Antibacterials in Dermatology. *Indian J Dermatol*. 2021 Mar;66(2):117–25. doi:10.4103/ijd.IJD_99_18
17. Oganesyanyan A, Sivesind T, Dellavalle R. From the Cochrane Library: Interventions for Impetigo. *JMIR Dermatol*. 2021 Dec 3;4(2):e33433. doi:10.2196/33433
18. Kim JH, Lee SY. Effect of NaCl addition on the antibacterial effectiveness of acetic acid and its salts against pathogenic bacteria. *Food Control*. 2021 May;123:107704. doi:10.1016/j.foodcont.2020.107704
19. James A, George S, Shanimole PE. Clinical and bacteriological profile of primary pyoderma: A cross sectional study. *Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases*. 2023 May 20;5:104. doi:10.25259/JSSTD_58_2022
20. Galindo E, Hebert AA. A comparative review of current topical antibiotics for impetigo. *Expert Opin Drug Saf*. 2021 Jun 3;20(6):677–83. doi:10.1080/14740338.2021.1902502