

Penatalaksanaan Holistik Penyakit Impetigo pada Anak Usia 12 Tahun di Puskesmas Kampung Sawah melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Deralitha MS¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Impetigo adalah salah satu klasifikasi dari pioderma, yang menyerang lapisan epidermis kulit. Impetigo dibagi menjadi dua jenis, yaitu impetigo bulosa dan nonbulosa. Salah satu bentuk klinis yang paling sering dijumpai pada kasus pediatrik adalah impetigo bulosa, bakteri ini menyebar dari satu individu ke individu yang lainnya melalui suatu kontak langsung seperti melalui kontak tangan. Impetigo bulosa memiliki lesi berupa bula dan memiliki dinding yang tipis dengan pinggir kemerahan, tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*. Impetigo non bulosa dimulai dengan sebuah papulovesikel eritematosa yang terus berkembang dengan krustosa berwarna kuning, tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan Group A *Streptococcus*. Tujuan: Menerapkan prinsip pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko internal dan eksternal serta menyelesaikan masalah berbasis EBM (Evidence Based Medicine) yang bersifat family approach dan patient centered. Metode: Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Hasil: Pasien An. P berusia 12 tahun mengeluhkan terdapat koreng berwarna kuning kecoklatan di wajah dan lepuh berisi cairan berwarna kuning di leher. Pasien khawatir keluhan memburuk. Secara klinis pasien didiagnosis Impetigo. Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan holistik yaitu intervensi dengan menggunakan media poster. Pada evaluasi, didapatkan hasil berupa pemahaman mengenai penyakit yang lebih baik dan perubahan perilaku yang berdampak pada keberhasilan terapi. Kesimpulan: Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik, dan komprehensif berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, pasien sudah mencapai tahap trial.

Kata Kunci : *Pelayanan Kedokteran keluarga , Impetigo, Penatalaksanaan Holistik*

Holistic Management of Impetigo in 12 Years Old Girl at Kampung Sawah Community Health Center through a Family Medicine Approach

Abstract

Background: Impetigo is a classification of pyoderma, which attacks the epidermal layer of the skin. Impetigo is divided into two types, namely bullous and non-bullous impetigo. One of the clinical forms most often found in pediatric cases is bullous impetigo, this bacteria spreads from one individual to another through direct contact such as through hand contact. Bullous impetigo has lesions in the form of bullae and has thin walls with reddish edges, most often caused by *Staphylococcus aureus*. Non-bullous impetigo begins with an erythematous papulovesicle that continues to grow with a yellow crust, most often caused by *Staphylococcus aureus* and Group A *Streptococcus*. Objective: Implementing the principle of doctor service according to the problems found and carrying out holistic and comprehensive management including patient-centered and family approaches based on Evidence Based Medicine. Method: This study is a case report. The data obtained include primary data were obtained through alloanamnesis and autoanamnesis, physical examination and home visits and secondary data were obtained from the patient's medical record. Results: Patient girl 12 year old complained of brownish yellow scabs on his face and blisters filled with yellow fluid on his neck. The patient is worried that the complaint is getting worse. Clinically the patient was diagnosed with Impetigo. Next, holistic management is carried out, namely intervention using poster media. In the evaluation, results were obtained in the form of a better understanding of the disease and changes in behavior that had an impact on the success of therapy. Conclusion: The diagnosis and management of this patient has been carried out holistically and comprehensively based on several theories and recent research. In the process of changing behavior, the patient has reached the trial stage.

Keywords: *family medicine services, impetigo, holistic management*

Pendahuluan

Impetigo adalah penyakit kulit superfisial yang disebabkan oleh infeksi piogenik oleh bakteri gram positif. Impetigo dibagi menjadi nonbulosa dan bulosa. Impetigo

non bulosa merupakan 70% kasus impetigo. Impetigo lebih sering terjadi pada usia anak-anak, tetapi dapat terjadi pada orang dewasa dari segala usia. Impetigo bulosa memiliki lesi berupa bula dan memiliki dinding yang tipis

dengan pinggir kemerahan, tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*. Impetigo non bulosa dimulai dengan sebuah papulovesikel eritematosa yang terus berkembang dengan krustosa berwarna kuning, tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan *Group A Streptococcus*.¹

Impetigo terjadi di seluruh negara di dunia dan angka kejadiannya selalu meningkat dari tahun ke tahun. Distribusi jenis diagnosis pioderma terbanyak adalah impetigo yaitu sebanyak 58,5%.¹. Berdasarkan tinjauan WHO *Department of Child and Adolescent Health and Development* menyatakan bahwa impetigo bersama dengan skabies merupakan penyakit endemik yang banyak terdapat di negara tropis maupun subtropis. Perkiraan mengenai prevalensi impetigo di seluruh dunia adalah 111-140 juta anak dari negara berkembang. Di Amerika Serikat impetigo merupakan 10% dari masalah kulit yang banyak dijumpai pada daerah hangat.²

Tempat predileksi tersering pada impetigo bulosa adalah di ketiak, dada, punggung dan sering bersama-sama dengan miliaria. 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. Atap 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. Diagnosis impetigo umumnya ditegakkan hanya dengan gambaran klinis tanpa diperlukan pemeriksaan kultur. Tempat predileksi tersering pada impetigo bulosa adalah di ketiak, dada, punggung. Tempat predileksi pada impetigo non bulosa adalah area mulut serta ekstremitas.²

Impetigo bulosa dan nonbulosa dapat sembuh tanpa pengobatan dalam 2-3minggu. Walaupun demikian, pemberian terapi dapat mempercepat penyembuhan pasien dan menurunkan risiko penyebaran infeksi.¹

Dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Tatalaksana dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi *patient centered, family focused* dan *community oriented*, maka dari itu pada pasien ini perlu dilakukan pendekatan kedokteran keluarga untuk mendorong perubahan perilaku pasien. Melalui pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kasus

An P, usia 12 tahun datang ke Poliklinik Puskesmas Kampung Sawah diantar oleh ibunya pada tanggal 10 Agustus 2023 dengan keluhan terdapat koreng berwarna kuning kecoklatan di wajah dan lepuh berisi cairan berwarna kuning di leher sejak satu minggu sebelum datang ke puskesmas. Ibu pasien mengatakan awalnya terdapat bercak kemerahan yang disertai bintil kecil berisi air yang disertai gatal di dekat lubang hidung dan mulut, bintil berisi air tersebut dikatakan cepat pecah dan berubah menjadi koreng kuning kecoklatan. Keluhan dirasakan bertambah dan menyebar ke leher. Keluhan di leher berupa lepuh-lepuh yang berisi cairan berwarna kuning yang semakin lama bertambah besar. Keluhan gatal sempat dirasakan ketika awal terjadinya keluhan, namun saat pemeriksaan gatal sudah tidak dirasakan, pasien menyangkal adanya nyeri dan demam. Pasien mengaku awalnya mengobati lukanya dengan minyak kayu putih dan bedak lalu dikatakan keluhan gatal dirasakan membaik. Keluhan pada kulit ini pertama kali dikeluhkan oleh pasien, sebelumnya pasien tidak pernah memiliki riwayat sakit kulit. Awalnya keluhan terlihat kecil namun lama-lama semakin meluas. Keluhan gatal tidak dipengaruhi oleh cuaca dan waktu. Tidak ada riwayat alergi makanan, obat maupun sering bersin pada pagi hari, tidak ada riwayat alergi pada keluarga. Adik pasien yang berusia lima tahun juga memiliki keluhan serupa sejak tiga hari yang lalu.

Pasien sehari-harinya menggunakan kerudung dan masker, pasien mengatakan jarang membuka maskernya saat di sekolah dan mengaku menggunakan kerudung dan maskernya lebih dari satu kali, kadang dalam

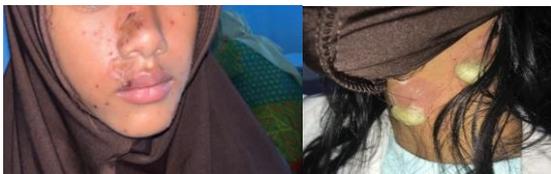
satu minggu kerudung dan masker hanya diganti dua kali. Pasien mandi satu kali sehari pada pagi hari, setelah pulang sekolah atau bermain di luar rumah pasien tidak pernah bersih-bersih seperti mencuci tangan atau kaki.

Pemeriksaan Fisik

Kedadaan umum: Tampak sakit ringan;
 Kesadaran: Compos mentis; Tekanan darah 99/69 mmHg; Frekuensi nadi: 103x/menit; Frekuensi napas: 20x/menit; Suhu: 36,6°C; Berat badan: 33 kg; Tinggi badan: 148 cm, BB/TB: 94% (Gizi cukup)

Status Generalis

Kepala: Rambut hitam tersebar merata tidak ada kebotakan.
 Mata: Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)
 THT: Telinga, hidung, kesan dalam batas normal, faring tidak hiperemis, tonsil T1/T1.
 Thorax: dalam batas normal
 Abdomen: dalam batas normal



Gambar 1. Klinis pasien

Status Lokalis

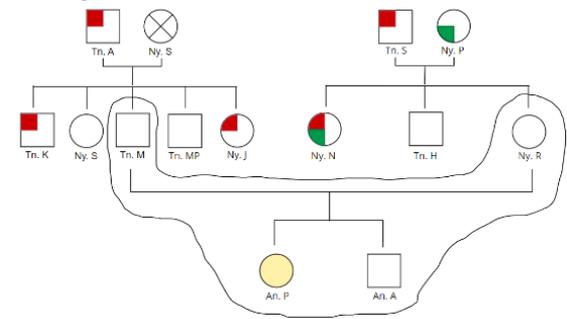
Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan pada regio fasialis terdapat krusta kuning kecoklatan berdasar eritem dengan batas sirkumskripta hingga difus, jumlah multiple, tersebar diskret dan pada regio colli anterior terdapat bula dengan batas sirkumskripta, bentuk nummular, jumlah dua, tersebar diskret.

Data Keluarga

Pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Pasien adalah pelajar yang aktivitasnya kebanyakan di luar rumah. Pendapatan keluarga pasien berasal dari ayah pasien yang bekerja wiraswasta. Ibu pasien adalah seorang ibu rumah tangga yang sehari-hari mengurus rumah dan anak. Pendapatan pasien sekitar ±2.000.000 perbulan. Kebutuhan primer dan sekunder keluarga cukup terpenuhi dari penghasilan tersebut. Perilaku berobat

keluarga yaitu memeriksakan keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Kampung Sawah yang berjarak kurang lebih satu kilometer dari rumah pasien. Pasien tidak memiliki asuransi kesehatan BPJS sehingga berobat menggunakan Kartu keluarga dan KTP.

Genogram

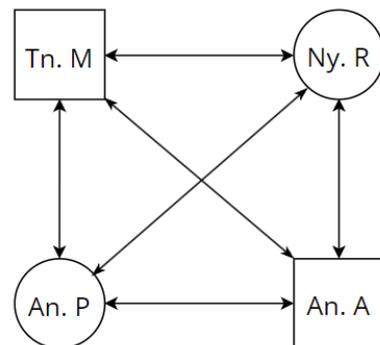


Keterangan:

- Laki-laki
- Perempuan
- Laki-laki Hipertensi
- Perempuan Hipertensi
- Laki-laki Diabetes
- Perempuan Diabetes
- Pasien
- Tinggal serumah

Gambar 2. Genogram pasien

Family Mapping



Keterangan:

- Kurang erat
- Erat
- Sangat Erat

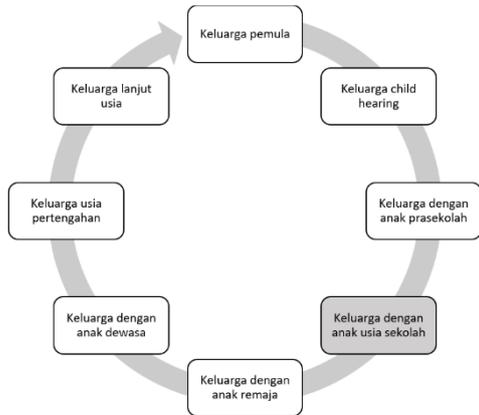
Gambar 3. Family map pasien

APGAR Score

- Adaptation : 2
- Partnership : 2
- Growth : 2
- Affection : 2
- Resolve : 2

Total family APGAR score: 10 (Fungsi keluarga baik)

Family Life Cycle



Gambar 4. Family life cycle pasien

Siklus keluarga An. P dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah.

Family SCREAM

- Social : 3
 - Cultural : 4
 - Religion : 5
 - Economic : 4
 - Education : 2
 - Medical : 4
- Total Family SCREAM score 22 (nilai 18-36, fungsi keluarga adekuat).

Data Lingkungan Rumah

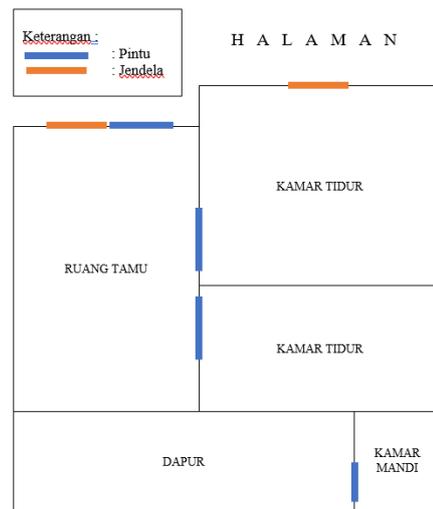
Rumah An. P terletak di lokasi yang padat penduduk. Jarak rumah An. P dari jalan raya cenderung cukup dekat. Ruang tamu, ruang keluarga, dan semua kamar merupakan bangunan permanen dengan dinding terdiri dari tembok yang sudah dicat. Dapur dan kamar mandi merupakan bangunan permanen dengan dinding terdiri dari tembok yang sudah dicat. Atap rumah keluarga An. P menggunakan genteng dengan plavon.

Lantai ruang tamu, ruang keluarga, teras depan rumah, lantai kamar tidur, dapur, kamar mandi tersusun atas ubin yang mudah dibersihkan. Setiap ruangan dilengkapi dengan jendela dan ventilasi udara sehingga pertukaran udaranya cukup baik. Pencahayaan di rumah An. P cukup baik yang dibuktikan dengan indikator dapat membaca tulisan/huruf di dalam rumah tanpa bantuan lampu listrik pada siang hari.

Rumah An. P terdiri atas dua buah kamar tidur yang setiap ruangnya dilengkapi dengan tempat tidur, sebuah lemari di setiap sudut kamar dan masing-masing terdapat jendela. Selain itu, di rumah An. P juga terdapat satu kamar mandi yang dilengkapi bak mandi dan kloset jongkok yang digunakan untuk mandi dan buang air. Pada keluarga ini, pembuangan sampah dilakukan dengan meletakkan sampah di pinggir jalan yang nantinya akan diambil dan dibersihkan oleh petugas kebersihan setiap harinya.

Pola pengobatan keluarga pasien yaitu pola kuratif, jika ada yang memiliki keluhan akan berobat ke puskesmas atau klinik terdekat. Rumah pasien berjarak sekitar satu kilometer dari Puskesmas Kampung Sawah dan dapat diakses dengan sepeda motor.

Denah Rumah



Gambar 5. Denah rumah pasien

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan : Keluhan koreng di wajah dan lepuh berisi nanah di leher
 - Kekhawatiran: Pasien khawatir mengenai keadaan kulitnya
 - Harapan: Luka dan lepuh berisi nanah dapat hilang, penyakit dapat segera sembuh sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa
 - Persepsi: Keluhan muncul akibat kurangnya kebersihan diri

2. Aspek Klinis
Impetigo (ICD 10-L01)
3. Aspek Risiko Internal
 - Pengetahuan yang kurang mengenai definisi, penyebab, dan komplikasi penyakit Impetigo
 - Pengetahuan yang kurang untuk menjaga dan merawat kebersihan kulit.
4. Aspek Risiko Eksternal
Dukungan dan pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit (ICD X-L01). Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien meliputi penyebab, pencegahan, penatalaksanaan dan komplikasinya. Selain itu, kurangnya dukungan keluarga dalam mendukung pasien untuk melakukan tatalaksana sesuai yang dianjurkan untuk penderita impetigo.
5. Derajat Fungsional
Derajat 1 (satu) yaitu masih mampu melakukan pekerjaan mandiri sehari-hari di dalam maupun di luar rumah.

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai gejala, penyebab dan faktor risiko penyakit impetigo agar tidak terjadi komplikasi lainnya. Tatalaksana medikamentosa juga diberikan untuk mengatasi gejala dan mencegah komplikasi dari penyakit pasien. Intervensi dilakukan pada *patient center, family focus dan community oriented*.

Patient Centered

1. Farmakologi
Mengobati penyakit impetigo dengan memberikan antibiotik oral berupa Cefadroxil 2x500mg/hari dan antibiotik topikal berupa Gentamicin cream sebanyak 3x sehari.
2. Non farmakologi
 - Edukasi mengenai penyakit Impetigo yang sedang diderita oleh pasien, faktor risiko yang mempengaruhi, dan komplikasi penyakitnya.
 - Edukasi kepada pasien untuk menjaga kebersihan lingkungan dan badan, kulit

- yang luka jangan terlalu sering digaruk-garuk dan jaga agar tidak lembab
- Memberikan edukasi kepada pasien bahwa impetigo merupakan penyakit yang dapat sembuh
 - Memberikan edukasi kepada pasien mengenai gejala, penyebab, faktor resiko, komplikasi hipertensi menggunakan media poster.
 - Memberikan edukasi kepada pasien tentang cara meminum obat setiap hari dan menjaga hygiene yang dianjurkan untuk penderita impetigo menggunakan media poster dan mengisi checklist harian.

Family Focused

- Memberikan edukasi mengenai impetigo termasuk penyebab, tanda dan gejala, penularan, dan penatalaksanaannya.
- Memberikan edukasi mengenai pentingnya kebersihan diri dan lingkungan sekitar rumah.
- Memberikan edukasi mengenai terdapat kemungkinan penularan impetigo terhadap anggota keluarga dan menjelaskan pentingnya melakukan deteksi dan pemutusan rantai penularan.
- Memberikan edukasi mengenai cara penggunaan obat yang benar.
- Memberikan edukasi mengenai kebersihan untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah penularan.
- Memberi edukasi untuk menghindari dahulu kontak dengan pasien atau penderita dengan gejala serupa.

Community Oriented

Memberikan edukasi kepada teman bermain atau tetangga mengenai cara penularan dan pencegahan penyakit impetigo yang dapat menular melalui kontak langsung dan penggunaan barang secara bersamaan.

Pembahasan

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 14 Agustus 2023. Pada kunjungan pertama ini dilakukan kegiatan berupa pengenalan dengan pasien dan ibu pasien. Kemudian dijelaskan

terkait maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang pasien tentang keadaan keluarga dan penyakit yang telah diderita. Selain itu, dilakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan diagnosis. Dari hasil kunjungan tersebut dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit-penyakit yang ia derita. Berdasarkan hasil anamnesis, pasien mengeluhkan terdapat koreng di wajah dan lepuh yang berisi nanah di leher, awalnya keluhan dirasakan gatal dan hanya bintil-bintil kecil. Pasien sempat mengobati kulitnya menggunakan minyak kayu putih dan bedak. Kemudian pasien berobat ke Poliklinik Puskesmas Kampung Sawah tanggal 10 Agustus 2023, pasien diberikan tatalaksana berupa pemberian antibiotik oral dan antibiotik topikal.

Impetigo nonbulosa atau impetigo contagiosa atau impetigo krustosa merupakan infeksi bakteri lokal di lapisan epidermis kulit dengan gambaran klinis vesikel atau pustula yang cepat pecah menjadi krusta berwarna kuning seperti madu. Impetigo nonbulosa tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan Group A *Streptococcus*.¹ Lesi awal dari impetigo nonbulosa berupa makula eritematosa kecil berukuran sekitar dua mm yang kemudian berubah menjadi vesikel atau pustula dan cepat berevolusi menjadi honey-colored crusted plaque, yang diameternya bisa meluas hingga dua cm. Lesi dapat dikelilingi oleh makula eritematosa. Gejala konstitusi dapat terjadi; limfadenopati regional terjadi pada 90% pasien dengan infeksi yang kronis dan tidak diterapi. Lesi yang tidak diterapi akan menjadi semakin luas dan dapat timbul lesi satelit di sekitarnya. Rasa gatal dan tidak nyaman dapat terjadi.³ Pada beberapa pasien, lesi dapat sembuh spontan; sedangkan pada individu yang lain lesi dapat meluas hingga ke dermis dan membentuk suatu ulkus.³ Impetigo yang disebabkan oleh *Streptococcus* seringkali terjadi pada bagian tubuh yang terpajan lingkungan luar, terbanyak di ekstremitas inferior atau di wajah. Lesinya dapat terlokalisir, tetapi seringkali multipel. Walaupun limfadenitis regional seringkali terjadi, gejala sistemik jarang tampak.⁷

Diagnosis impetigo bulosa dan impetigo nonbulosa ditegakkan melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan Gram, kultur kuman, uji resistansi kuman terhadap antibiotik. Pemeriksaan Gram dari cairan eksudat impetigo bulosa menunjukkan kuman kokus Gram positif yang berkelompok. Kultur dan uji resistansi kuman terhadap antibiotik yang diambil dari sediaan lesi/aspirat dilakukan apabila lesi tidak responsif terhadap pengobatan empiris. *Staphylococcus aureus* didapatkan pada bula yang intak. Apabila lesi impetigo bulosa tidak spesifik, dapat dilakukan pemeriksaan histopatologis, didapatkan gambaran histopatologis berupa vesikel/celah di lapisan subkorneal Impetigo Bulosa dan Impetigo Nonbulosa atau stratum granulosum, sel akantolitik di dalam celah (blister), dengan spongiosis, edema di papila dermis, dan infiltrasi limfosit dan neutrofil di sekitar pembuluh darah di pleksus superfisial. Pemeriksaan Gram dari lesi impetigo bulosa menunjukkan kuman kokus Gram positif yang berkelompok dapat berupa *Staphylococcus aureus* atau Group A *Streptococcus*. Kultur dan uji resistansi kuman terhadap antibiotik yang diambil dari sediaan lesi/aspirat dilakukan apabila tidak responsif terhadap pengobatan empiris. Pemeriksaan histopatologis dapat dilakukan apabila lesi tidak spesifik.⁴

Pasien impetigo bulosa dan impetigo nonbulosa dapat berobat rawat jalan. Terapi nonmedikamentosa berupa menjaga higiene (mandi 2 kali sehari dengan sabun) serta mengidentifikasi faktor komorbiditas dan faktor predisposisi yang ada. Sedangkan pada kasus yang berat, diperlukan juga antibiotik sistemik. Antibiotik yang sesuai disertai dengan terapi suportif berupa perawatan kulit, serta evaluasi terhadap gangguan cairan dan elektrolit (pada kasus yang berat/luas) akibat kerusakan fungsi barier yang rusak dapat mempercepat penyembuhan.⁴ Impetigo yang disebabkan oleh *Staphylococcus* memberikan respons terapi yang baik dengan pemberian antibiotik yang sesuai. Antibiotik sistemik diberikan minimal selama tujuh hari. Antibiotika sistemik yang diberikan pada penatalaksanaan impetigo bulosa dan impetigo nonbulosa berupa: 1. Terapi lini pertama a. cloxacillin/dicloxacillin

untuk dewasa dengan dosis 4 x 250-500 mg/hari peroral, sedangkan untuk anak-anak dengan dosis 25-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam empat dosis; b. bila alergi terhadap penicillin dapat diberikan erythromycin 4x 250-500 mg, oxytetracycline dan clavulanic acid untuk dewasa dengan dosis 3 x 250-500 mg/hari, sedangkan untuk anak-anak dengan dosis 25 mg/kgBB/hari terbagi dalam tiga dosis; dan c. cephalexin 25-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam empat dosis. 2. Terapi lini kedua a. azythromycin 1 x 500 mg (pada hari pertama), dilanjutkan 1 x 250 mg (pada hari ke-2 sampai ke-5); b. clindamycin 15 g/kgBB/hari terbagi dalam tiga dosis; dan c. erythromycin untuk dewasa dengan dosis 4 x 250-500 mg/hari, sedangkan untuk anak-anak dengan dosis 25-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam empat dosis. 3. Pada kasus dengan Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) a. trimethoprim-sulfamethoxazole 160/800 mg, dua kali sehari; b. doxycyclin, minocyclin 1 x 100 mg/hari (tidak direkomendasikan untuk anak-anak dibawah 8 tahun); dan c. clindamycin 15 mg/kgBB/hari terbagi dalam tiga dosis.⁷

Diagnosis banding impetigo bulosa adalah herpes simpleks, varisela, *bullous fixed drug reaction*, *bullous drug eruption*, *Staphylococcal scalded skin syndrome*. Diagnosis banding impetigo nonbulosa adalah ektima, dermatitis atopik, dermatitis seboroik, dermatitis kontak alergi, dan skabies.⁵ Impetigo bulosa dan nonbulosa dapat sembuh tanpa pengobatan dalam 2–3 minggu tanpa sekuela. Walaupun demikian, pemberian terapi pada kasus impetigo bulosa akan mempercepat penyembuhan pasien dan menurunkan risiko penyebaran infeksi. Komplikasi yang dapat terjadi akibat impetigo bulosa dan impetigo nonbulosa adalah selulitis, sepsis, limfangitis, limfadenitis, bakteremia, dan post streptococcal glomerulonephritis (PSGN). PSGN adalah komplikasi yang serius dan lebih sering timbul pada infeksi yang disebabkan oleh streptococcus. PSGN dapat terjadi pada 2–5% pasien dengan impetigo nonbulosa (10–15% disebabkan oleh nephritogenic strains of streptococcus) dan menetap hingga dua minggu. Gejalanya dapat berupa bengkak wajah, terutama sekitar mata, oliguria, hematuria, peningkatan tekanan darah. Pencegahan timbulnya impetigo bulosa dan

impetigo nonbulosa dapat dilakukan dengan menjaga higiene perorangan dan lingkungan, serta menghindari faktor predisposisi dan memperbaiki faktor komorbiditas yang ada. Mencuci tangan dengan air hangat dan sabun antibakteri, serta mandi teratur akan menurunkan risiko infeksi. Pasien dengan impetigo harus membersihkan handuk dan peralatan pribadi dengan rutin. Pada anak-anak, peralatan pribadi termasuk mainan anak-anak juga harus dilakukan pencucian secara rutin.²

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 23 Agustus 2023. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Intervensi secara non farmakologis dilakukan dengan bantuan media poster sebagai media edukasi yang berisikan tentang penyakit impetigo meliputi gejala, penyebab, faktor risiko, cara pengendalian, dan komplikasi impetigo. Intervensi ini dilakukan dengan tujuan untuk menambah pengetahuan pasien akan penyakitnya, mengurangi gejala, mencegah perburukan penyakit, meningkatkan kualitas hidup dan mengubah pola hidup pasien. Ketika intervensi dilakukan, keluarga pasien juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan. Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien sebelumnya di puskesmas. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan Amoxicilin 3x500mg/hari dan antibiotik topikal berupa Mupirosin 2%.

Pada pasien diberikan antibiotik oral dan juga topikal. Sebelumnya direkomendasikan untuk krusta kering menggunakan rivanol sebagai wet dressing dan pada bula yang besar dilakukan insisi drainase. Setelah tujuh hari dilakukan intervensi kepada pasien, dilakukan kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada 2 September 2023. Evaluasi terdiri atas pemeriksaan fisik dan evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait pengetahuan, perilaku dan klinis dari pasien. Hasil evaluasi didapatkan hasil keluhan lepuh di leher mengering, masih terdapat bekas lesi pada wajah dan pasien masih menjaga hygiene kulit sampai kunjungan terakhir.

Simpulan

Diagnosis dapat ditegakkan pada pasien yang didasari oleh pemeriksaan fisik dermatologis didapatkan pada regio fasialis terdapat krusta kuning kecoklatan berdasar eritem dengan batas sirkumskripta hingga difus, jumlah multiple, tersebar diskret dan pada regio colli anterior terdapat bula dengan batas sirkumskripta, bentuk nummular, jumlah dua, tersebar diskret. Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya impetigo termasuk kebersihan diri dan lingkungan, kurangnya pengetahuan, interaksi sosial, dan pola berobat kuratif, serta perilaku pengobatan yang tidak tepat.

Tatalaksana yang diberikan pada pasien mencakup medikamentosa berupa pemberian antibiotik sistemik dan topical dan non-medikamentosa yang mencakup patient-centered, family focused, dan community oriented. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit impetigo, cara pengobatan yang benar, dan perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan. Penatalaksanaan pasien impetigo secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini berhasil membantu proses penyembuhan penyakit pasien dan pencegahan penularan di komunitas.

Daftar Pustaka

1. Craft N. *Superficial Infection and Pyoderma*. In: *Fitzpatrick Dermatology in General Medicine 8th ed*. Goldsmith, LA., Katz, SI., Gilchrest, BA., Paller, AS., Leffell, DJ., and Wolff, K, eds. New York: Mc Graw Hill. 2012.
2. Ghazvini P, Treadwell P, Woodberry K, Nerett E, and Powery H. *Impetigo in the Pediatric Population*. *J Dermatolog Clin Res*, 2017. 5(1):1092.
3. James WD, Berger TG, Elston DM, et al. *Bacterial Infection*. In: *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology. 12th ed*. Philadelphia: Elsevier. 2016.
4. Perdoski. *Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia*. Jakarta. 2017.
5. Pereira, LB.. *Impetigo: Review*. *An Bras Dermatol*, 2014. 89(2):293–9.
6. Rizky Fauzi Madani. *Karakteristik Penderita Impetigo Pada Anak di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya*. Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. 2020.
7. Stevens DL and Bryant AE. *Impetigo, Erysipelas and Cellulitis*. In: *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations*. Ferreti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, eds. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center. 2016.