

Penatalaksanaan Holistik Pasien Anak Perempuan Usia 12 Tahun dengan Impetigo Bulosa melalui Pendekatan Keluarga

Hasan¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Bagian Ilmu Gizi Klinik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

World Health Organization (WHO) Department of Child and Adolescent Health and Development menyatakan bahwa impetigo adalah penyakit endemik yang banyak terdapat di negara tropis dan subtropis. Prevalensi impetigo secara global diperkirakan sebesar 11,2%, 2,5 kali lipat lebih tinggi pada anak-anak (12,3%) dibandingkan orang dewasa (4,9%). Impetigo dibagi menjadi dua jenis, yaitu impetigo bulosa dan non bulosa. Impetigo bulosa memiliki lesi berupa bula dan memiliki dinding yang tipis dengan pinggir kemerahan, tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*. Tujuan penulisan adalah 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*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pasien berusia dua belas tahun memiliki keluhan utama lepuh pada lengan kiri dan kaki kiri. Keluhan lepuh yang dirasakan tidak berkurang, makin meluas dan terasa gatal. Keluarga pasien khawatir keluhan semakin memburuk. Secara klinis pasien didiagnosis Impetigo Bulosa. Selanjutnya dilakukan penatalaksanaan holistik yaitu intervensi dengan menggunakan media poster. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini telah dilakukan secara holistik dan komprehensif. Pada proses perubahan perilaku, pasien sudah mencapai tahap *trial*.

Kata Kunci: impetigo bulosa, kedokteran keluarga, pelayanan holistik

Holistic Management of a 12-Year-Old Female Patient with Bullous Impetigo through a Family Approach

Abstract

The World Health Organization Department of Child and Adolescent Health and Development states that impetigo is an endemic disease that is found in many tropical and subtropical countries. The global prevalence of impetigo is estimated at 11.2%, 2.5 times higher in children (12.3%) than adults (4.9%). Impetigo is divided into two types, namely bullous and nonbullous impetigo. Bullous impetigo is a bullous, thin-walled lesion with a reddish border, most commonly caused by *Staphylococcus aureus*. The aim of study is 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. 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. A twelve year old teenager patient had the main complaint of blisters in the left hand and left leg area. Complaints about the blisters that are felt do not decrease and become more widespread and itchy. The patient's family is concerned that her complaints are getting worse. Clinically the patient was diagnosed with Impetigo Bullosa. Next, holistic management is carried out, namely intervention using poster media. The diagnosis and management of this patient has been carried out holistically and comprehensively. In the process of changing behavior, the patient has reached the trial stage.

Key Words: Bullous impetigo, family medicine, holistic management

Korespondensi: Hasan, alamat Jl. Dr. Sutomo no.82, kedaton, HP 085156857882, e-mail hasandjml@gmail.com

Pendahuluan

Impetigo merupakan salah satu bentuk pioderma yang menyerang lapisan epidermis berupa peradangan superfisial yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Impetigo terjadi dalam bentuk nonbulosa dan bulosa. Impetigo dapat terjadi pada kulit yang sehat atau kulit yang mengalami trauma sehingga merusak *barrier* kulit. 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

Impetigo adalah penyakit yang umumnya terjadi pada anak, tetapi juga dapat terjadi pada dewasa. 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. Penelitian Arthaningsih, Karna, & Indira, 2020, di RSUP Sanglah Denpasar Periode 2015-2016 menunjukkan prevalensi pioderma sebesar 15,3% (53 kasus dari 347 kasus) dengan kasus impetigo bulosa sebesar 50,9%. Penelitian Lumataw, Pandaleke, & Suling, 2016, di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 2013-2015 menunjukkan prevalensi pioderma sebesar 14,8% (114 kasus dari 767 kasus) dengan kasus impetigo krustosa sebesar 39,47%.^{2,3,4}

Impetigo dibagi menjadi dua jenis, yaitu impetigo bulosa dan non bulosa. Impetigo bulosa memiliki lesi berupa bula dan memiliki dinding yang tipis dengan pinggir kemerahan. Impetigo nonbulosa dimulai dengan sebuah papulovesikel eritematosa yang berkembang menjadi satu atau lebih lesi dengan krustosa berwarna kuning seperti madu, lesi tersebut mengeluarkan sekret berupa cairan jernih. 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 impetigo non bulosa adalah area mulut serta ekstremitas.²

Impetigo bulosa dan nonbulosa dapat sembuh tanpa pengobatan dalam dua sampai tiga minggu. Walaupun demikian, pemberian terapi dapat mempercepat penyembuhan pasien dan menurunkan risiko penyebaran infeksi.⁵

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.¹⁰

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk membahas penatalaksanaan holistik impetigo bulosa dengan prinsip pendekatan kedokteran keluarga.

Kasus

Anamnesis

Pasien An. SF, usia 12 tahun datang bersama ibunya ke Poliklinik Umum Puskesmas Sukaraja pada tanggal 3 Januari 2024 dengan keluhan utama lepuh pada lengan kiri dan kaki kiri sejak lima hari yang lalu. Keluhan diawali dengan timbulnya lenting bening seukuran jarum pentul di kedua kaki dan kedua tangan sejak satu minggu yang lalu, yang disertai rasa gatal. Dalam empat hari, lenting bening bertambah dan muncul lepuh berwarna bening kekuningan. Keluhan mual, muntah demam disangkal. Anggota keluarga pasien tidak ada keluhan serupa.

Keluhan lepuh pada kulit ini pertama kali dikeluhkan oleh pasien, pasien sudah pernah menderita penyakit kulit satu bulan sebelumnya, sudah berobat lalu sembuh. Keluhan gatal tidak dipengaruhi oleh cuaca dan waktu. Pasien tidak memiliki riwayat pengobatan tertentu, alergi, dan asma. Ibu pasien mengatakan sebelum timbul keluhan, pasien sering bermain dengan teman-temannya di daerah dekat laut yang banyak sampah, namun pasien tidak langsung membersihkan diri sehabis bermain. Pasien selalu makan cukup tiga kali sehari, dengan makanan kurang bervariasi seperti tempe dan sayur-sayuran.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum: Tampak sakit ringan; Kesadaran: Compos mentis; frekuensi nadi: 80x/menit; frekuensi napas: 20x/menit; suhu: 36,0C; berat badan: 38 kg; tinggi badan: 150 cm. Status antropometri menurut kurva *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) untuk anak perempuan usia 2-20 tahun yaitu TB/U: P25-P50 (P3-P97, Tinggi badan normal); BB/U: 90,5% (80-120%, Berat badan normal); BB/TB: 93 % (90-110%, gizi normal).

Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pada pemeriksaan status lokalis regio manus dekstra et sinistra, regio antebrachii dekstra et sinistra, regio cruris sinistra et dekstra terdapat makula, vesikel eritem sampai kehitaman, multiple, berbatas tegas, ireguler, berukuran lentikular, penyebarannya sebagian diskret hingga berkonfluens dan di atasnya disertai bula kendur bening kekuningan, multipel; skuama kolaret dengan dasar eritem.

Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Pasien tinggal bersama ayah, ibu, dan kedua saudaranya. Pasien adalah anak perempuan berusia 12 tahun. Ayah pasien (Tn. E, 52 tahun) bekerja sebagai nelayan. Ibu pasien (Ny. C, 44 tahun) merupakan ibu rumah tangga. Kedua saudara pasien adalah kakak pasien (Tn. RK, 24 tahun) bekerja sebagai teknisi motor dan adik pasien (An. R, 3 tahun).

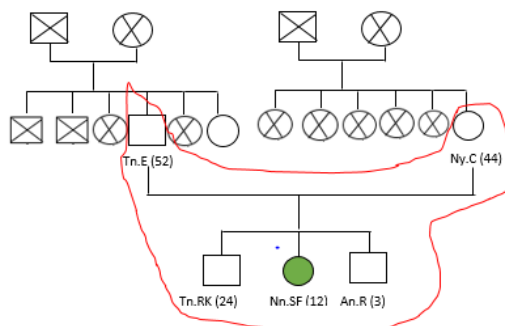
Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga. Psikologi pasien dalam keluarga tampak cukup baik. Hubungan antar anggota keluarga terjalin baik dan cukup erat. Keluarga selalu menyempatkan untuk berkumpul bersama saat malam hari.

Ayah pasien merupakan seorang nelayan dengan pendapatan pasien sekitar ± Rp 1.000.000 rupiah. Kakak pasien merupakan seorang teknisi motor sekitar ± Rp 1.500.000 rupiah dengan pendapatan sekitar Saat ini ibu pasien dan kakak pasien sedang tidak berpenghasilan. Pendapatan tersebut digunakan untuk menghidupi empat anggota keluarga.

Keluarga pasien selalu beribadah di rumah. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit, dan salah satu anggota keluarga selalu mendampingi saat pergi berobat. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila ada keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Jarak dari rumah pasien ke puskesmas sekitar 2,5 kilometer.

Genogram

Genogram keluarga An.SF dapat dilihat pada Gambar 1.



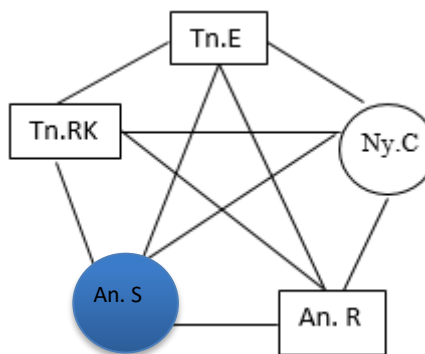
Keterangan Gambar:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien (An. SF)
- ⌋ : Tinggal dalam satu rumah

Gambar 1. Genogram Keluarga An. SF

Hubungan Antar Keluarga (*Family Mapping*)

Hubungan antar keluarga An. SF dapat dilihat pada Gambar 2.



Keterangan

- : Kurang Erat
- : Erat
- : Sangat Erat
- : Laki-laki
- : Perempuan

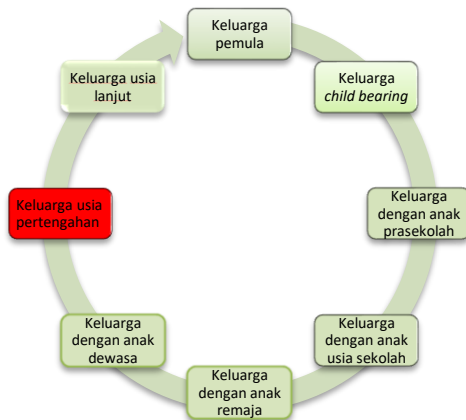
Gambar 2. Hubungan Antar Keluarga An.SF

APGAR Score

- 1. *Adaptation* : 2
- 2. *Partnership* : 1
- 3. *Growth* : 2
- 4. *Affection* : 1
- 5. *Resolve* : 2

Total family APGAR score: 8 (Fungsi keluarga baik)

Family Life Cycle



Gambar 3. Family Life Cycle An. SF

Siklus keluarga An. SF dalam tahap keluarga usia pertengahan.

Family SCREEM

- Social* : 3
- Cultural* : 3
- Religion* : 3
- Economic* : 1
- Education* : 2
- Medical* : 3

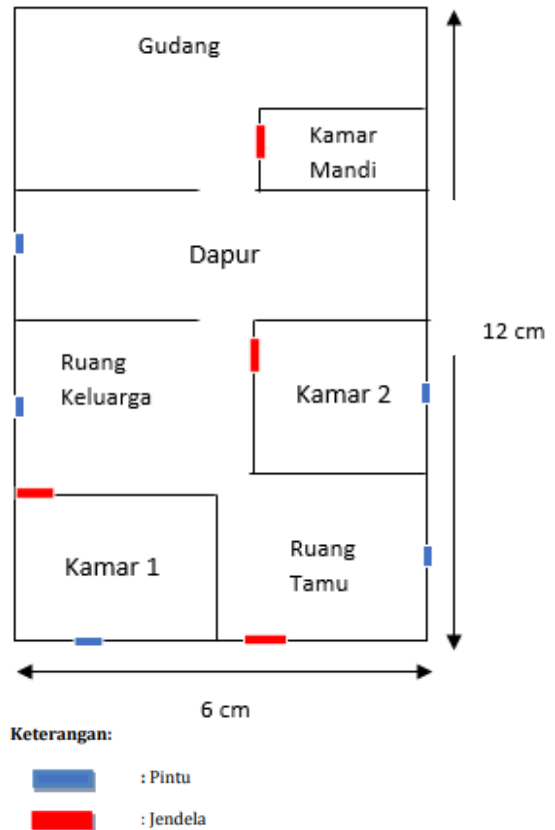
Total Family SCREEM score 15 (nilai 13-18, sumber daya keluarga adekuat).

Data Lingkungan Rumah

Pasien menempati rumah pribadi di daerah pemukiman yang padat penduduk dengan jarak antar tetangga berdekatan. Rumah pasien berukuran 6 meter x 12 meter, tidak bertingkat, tidak memiliki teras rumah, memiliki ruang tamu, dua kamar tidur, dapur, dan kamar mandi. Rumah pasien ber dinding papan kayu, lantai papan kayu, dan beratap asbes. Pencahayaan sinar matahari dan ventilasi kurang. Barang-barang di rumah kurang tertata rapi, dan terdapat beberapa barang di rumah yang berdebu dan kurang bersih. Rumah sudah dialiri listrik. Sampah

dikelola oleh keluarga sendiri. Air bor dari tetangga sebagai sumber air untuk kehidupan sehari-hari. Air minum menggunakan air masak sendiri.

Denah Rumah



Gambar 4. Denah Rumah An.SF

Diagnostik holistik awal

1. Aspek Personal
 - Alasan kedatangan : Keluhan lepuh pada lengan kiri dan kaki kiri disertai gatal yang tidak membaik
 - Kekhawatiran: Pasien khawatir mengenai keadaan kulit pasien dan lenting disertai lepuh yang bertambah
 - Harapan: Lenting dan lepuh bisa hilang, penyakit dapat segera sembuh sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa
 - Persepsi: Keluhan muncul akibat higiene pasien yang buruk
2. Aspek Klinis
Impetigo Bulosa (ICD 10-L01.03)
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-L01.03). Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien meliputi penyebab, pencegahan, penatalaksanaan dan komplikasinya. Selain itu, kurangnya dukungan keluarga dalam memperhatikan pasien untuk membantu memberi pengobatan sesuai yang dianjurkan untuk penderita impetigo bulosa
 5. Derajat Fungsional
Derajat 1 (satu) yaitu masih mampu melakukan aktivitas mandiri sehari-hari.

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 seperti selulitis, limfangitis, limfadenitis, bakteremia, *post streptococcal glomerulonephritis* (PSGN) dan sepsis. Intervensi meliputi *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.

Patient Centered

Farmakologi

Mengobati penyakit impetigo dengan memberikan antibiotik dan Salep antibakteri

1. Amoksisilin 4 x 500 mg
2. Salep Gentamicin 0,1% 2 x 1

Non farmakologi

1. Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit impetigo yang sedang diderita oleh anaknya, faktor risiko yang memengaruhi, dan komplikasi penyakitnya seperti selulitis, sepsis, limfangitis, limfadenitis, bakteremia, dan post streptococcal glomerulonephritis (PSGN).
2. Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan

dan diri sendiri, tidak menggaruk daerah gatal, dan mengurangi kontak dekat dengan orang lain

3. Memberikan edukasi kepada pasien dan ibu pasien bahwa impetigo bulosa merupakan penyakit yang dapat sembuh dengan penanganan yang tepat.
4. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai gejala, penyebab, faktor risiko, komplikasi penyakit impetigo menggunakan media poster.
5. Memberikan edukasi kepada pasien dan orang tua pasien tentang cara minum obat setiap hari dan menjaga higiene yang dianjurkan untuk penderita impetigo menggunakan media poster.

Family Focused

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

Community Oriented

Memberikan edukasi kepada lingkungan sekitar dan keluarga mengenai cara penularan dan pencegahan penyakit impetigo yang dapat menular melalui kontak langsung dan penggunaan barang secara bersamaan.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan : Keluhan lepuh pada lengan kiri dan kaki kiri disertai rasa gatal sudah membaik
- Kekhawatiran : Rasa khawatir akibat keadaan kulitnya dan rasa gatal sudah jauh berkurang, tampilan luka mulai membaik
- Harapan : Lenting dan lepuh disertai gatal tidak berulang
- Persepsi : Pasien sudah mau mengikuti anjuran yang diberikan saat intervensi baik mengenai higiene maupun cara pemakaian obat dan sudah jauh lebih memahami mengenai penyebab dan penularan penyakitnya

2. Aspek Klinis

Impetigo Bulosa (ICD 10-L01.03)

3. Aspek Risiko Internal

- Meningkatnya pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita, pencegahan, faktor risiko dan komplikasinya (ICD X L01.03)
- Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai cara menjaga dan merawat kebersihan badan

4. Aspek Risiko Eksternal

- Keluarga (khususnya orang tua pasien) sudah memahami mengenai pengobatan dan pencegahan penyakit yang diderita pasien, memberi dukungan dan motivasi
- Meningkatnya pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien dalam hal memberi dukungan dan perhatian terutama mengingatkan pasien dalam minum obat setiap hari dan menjaga kebersihan bersama

5. Derajat Fungsional

Derajat 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan)

Pembahasan

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa kunjungan. Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 5 Januari 2024. Pada kunjungan pertama ini dilakukan kegiatan berupa

perkenalan dengan keluarga pasien (pasien, kedua orang tua, kakak dan adik). Kemudian dijelaskan terkait maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang pasien, 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 dari pada preventif dan orang tua pasien memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang di derita oleh pasien.

Berdasarkan hasil anamnesis, pasien mengeluhkan timbulnya lenting bening seukuran jarum pentul di kedua kaki dan kedua tangan sejak satu minggu yang lalu, yang disertai rasa gatal. Dalam empat hari, lenting bening bertambah dan muncul lepuh berwarna bening kekuningan. Keluhan mual, muntah demam disangkal. Untuk anggota keluarga, pasien mengatakan tidak ada keluhan serupa. Keluhan lepuh pada kulit ini pertama kali dikeluhkan oleh pasien, pasien sudah pernah menderita penyakit kulit lain satu bulan sebelumnya, sudah berobat lalu sembuh. Keluhan gatal tidak dipengaruhi oleh cuaca dan waktu. Pasien tidak memiliki riwayat alergi, asma maupun DM. Ibu pasien mengatakan sebelum timbul keluhan, pasien sering bermain dengan teman-temannya di daerah dekat laut yang banyak sampah, namun pasien tidak langsung membersihkan diri sehabis bermain.

Impetigo bulosa merupakan infeksi bakteri lokal di lapisan epidermis kulit dengan gambaran klinis vesikel atau bula. Impetigo bulosa tersering disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*. Lesi awal dari Impetigo bulosa dimulai dengan vesikel kecil yang menjadi bula hipopion. Toksin eksfoliatif A yang dihasilkan oleh *S. aureus* menyebabkan hilangnya adhesi sel pada epidermis superfisial. Bula berisi cairan bening atau kuning yang akhirnya berkembang menjadi bernanah atau berwarna gelap. Eritema dan edema di sekitarnya biasanya tidak ada. Setelah bula pecah, timbul skuama kolaret dengan dasar eritematosa sehingga tidak membentuk *honey-colored crust*. Lesi sering terletak di daerah lipatan dan badan, dan tidak seperti impetigo nonbulosa, dapat terjadi di membran bukal. Lesi yang muncul biasanya lebih sedikit dibandingkan impetigo non-bulosa.

Limfadenopati regional biasanya tidak ditemukan. Gejala sistemik, seperti demam, lebih sering terjadi dibandingkan pada impetigo nonbulosa.^{1,6}

Diagnosis impetigo bulosa ditegakkan melalui anamnesis, 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 non bulosa atau stratum granulosum, sel akantolitik di dalam celah (*blister*), dengan spongiosis, edema di papila dermis, dan infiltrasi limfosit maupun 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.^{6,7}

Pasien impetigo bulosa dapat berobat rawat jalan. Terapi non medikamentosa berupa menjaga higiene (mandi dua kali sehari dengan sabun) serta mengidentifikasi faktor komorbiditas dan faktor predisposisi yang ada. Sedangkan pada kasus 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.⁵

Impetigo yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* memberikan respons terapi yang baik dengan pemberian antibiotik yang sesuai. Antibiotik sistemik diberikan minimal selama tujuh hari. Tatalaksana

antibiotik sistemik impetigo bulosa berupa ampicilin 4x500 mg/hari, amoksisilin 4x500 mg/hari; kloksasilin 3x250 mg/hari; klindamisin 3x150 mg/hari; eritromisin 4x500 mg/hari; dan sefadroksil 2x500 mg/hari.⁸

Diagnosis banding impetigo bulosa adalah herpes simpleks, varisela, *bullous fixed drug reaction*, dan *bullous drug eruption*. Impetigo bulosa dan non bulosa dapat sembuh tanpa pengobatan dalam dua sampai tiga minggu tanpa sekuela. Walaupun demikian, pemberian terapi pada kasus impetigo bulosa akan mempercepat penyembuhan pasien dan menurunkan risiko penyebaran infeksi.^{5,6}

Komplikasi yang dapat terjadi akibat impetigo bulosa dan impetigo non bulosa adalah *selulitis*, *sepsis*, *limfangitis*, *limfadenitis*, *bakteremia*, dan *Post Streptococcal Glomerulonephritis* (PSGN). *Post Streptococcal Glomerulonephritis* adalah komplikasi yang serius dan lebih sering timbul pada infeksi yang disebabkan oleh *streptococcus*. *Post Streptococcal Glomerulonephritis* dapat terjadi pada 2–5% pasien dengan impetigo non bulosa (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.^{5,6}

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 9 Januari 2024. Intervensi diberikan dalam dua bentuk, yaitu secara non farmakologis dan secara farmakologis. Intervensi secara non farmakologis dilakukan dengan bantuan media poster 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, kedua orang tua pasien juga turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan kepada pasien.

Intervensi farmakologis tetap mengikuti pengobatan yang didapatkan oleh pasien dari Puskesmas. Dalam hal ini pasien menggunakan terapi pengobatan amoksisilin 500 mg tablet 4x1/hari dan salep antibakteri (Gentamicin 0,1%) 2 x oles/hari. Pada pasien diberikan antibiotik oral dan topikal. Sebelumnya direkomendasikan untuk membersihkan bula yang pecah menggunakan sabun dan pembersihan, atau dengan menggunakan *wet dressing* pada bagian luka. Pemilihan antibiotik topikal harus dapat mencakup bakteri *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes*. Pada pasien diberikan antibiotik gentamicin yang merupakan antibiotik spektrum luas dan efektif terhadap infeksi bakteri gram positif dan gram negatif. Antibiotik sistemik yang diberikan pada pasien adalah amoksisilin (golongan penisilin) yang terjangkau dan memiliki efektivitas pada bakteri gram positif dan beberapa jenis bakteri gram negatif.⁸

Setelah tujuh hari dilakukan intervensi kepada pasien, dilakukan kunjungan rumah ketiga yaitu evaluasi hasil intervensi pada 16 Januari 2024. Evaluasi terdiri atas anamnesis, pemeriksaan fisik dan evaluasi hasil intervensi apakah terdapat perubahan terkait pengetahuan, perilaku dan klinis dari pasien. Hasil evaluasi didapatkan keluhan lepuh pada lengan kiri dan kaki kiri hilang, tidak terasa gatal, masih terdapat bekas lesi di kaki kiri dan lengan kiri. Pasien sudah menjaga higiene kulit sampai kunjungan terakhir.

Selanjutnya untuk evaluasi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit kepada pasien dan keluarga dilakukan dengan memberikan sepuluh pertanyaan. *Post test* diberikan kepada pasien dan ibu pasien yang sedang ada di rumah. Berdasarkan sepuluh pertanyaan yang diajukan, pasien dan ibunya dapat menjawab dengan benar

sembilan pertanyaan. Jumlah peningkatan point antara *pre test* dan *post test* dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1. Hasil *pretest* dan *posttest* impetigo

Subyek	Pre test	Post test	Δ Skor
Ibu Pasien & pasien	30	90	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 60 point

Sebelum dilakukan intervensi, pasien jarang membersihkan kaki dan tanganya khususnya sehabis bermain. Satu minggu setelah intervensi, pasien sudah memperhatikan kebersihan dirinya khususnya sehabis bermain.

Sebelum orang mengadopsi suatu perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang pertama yaitu kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan perilaku baru tersebut (*trial*). Pada tahap akhir adalah *adoption*, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya. Dari lima hal tersebut dapat memberikan dampak pada sebuah perubahan perilaku seseorang dalam melakukan suatu tindakan⁹.

Pada pasien dan ibu pasien didapatkan beberapa peningkatan pengetahuan yaitu sudah mengetahui terkait gejala, penyebab, faktor risiko, cara pengendalian dan komplikasi impetigo. Ibu pasien juga sudah membantu pengobatan kepada pasien secara teratur setiap hari, telah melakukan higiene sesuai yang dianjurkan bagi penderita pioderma.

Simpulan

1. Diagnosis dapat ditegakan pada pasien berdasarkan pemeriksaan status lokalis regio manus dekstra et sinistra, regio antebrachii dekstra et sinistra, regio cruris sinistra et dekstra terdapat makula, vesikel, eritem sampai kehitaman, multiple, berbatas tegas, ireguler, berukuran lentikular, penyebarannya sebagian diskret hingga berkonfluens dan diatasnya

- disertai bula kendur bening kekuningan, multipel; skuama kolaret dengan dasar eritem.
2. 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.
 3. Tatalaksana yang diberikan pada pasien mencakup medikamentosa berupa pemberian antibiotik sistemik dan topikal, juga dan non medikamentosa yang mencakup *patient-centered, family focused, dan community oriented*.
 4. Evaluasi pada pasien didapat keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan ibu pasien mengenai penyakit impetigo, cara pengobatan yang benar, dan perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan.
 5. Penatalaksanaan pasien impetigo secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini berhasil membantu proses penyembuhan penyakit pasien dan pencegahan penularan di keluarga dan komunitas.
5. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (Perdoski). *Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia*. Jakarta: Perdoski; 2017.
 6. Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK430974/>
 7. Asfiah U. *Infeksi Bakteri Kulit*. Surabaya: Airlangga University Press; 2021.
 8. Menaldi SL, Bramono K, Indriatmi W. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
 9. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
 10. Utarini A. Person-patient-family-community centered care semakin penting. *J Akreditasi Rumah Sakit*. 2020;2(2):1–4.

Daftar Pustaka

1. Craft N. Superficial infection and pyoderma. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
2. Ghazvini P, Treadwell P, Woodberry K, Norette E, Powery H. Impetigo in the pediatric population. *J Dermatolog Clin Res*. 2017;5(1):1092.
3. Arthaningsih DAG, Karna NLPR, Indira IGE. Profil pioderma pada anak usia 0–14 tahun di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar periode Juni 2015 sampai Juni 2016. *E-Jurnal Medika Udayana*. 2020;9(9):1–6.
4. 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. *e-Clinic*. 2016;4(2):1–5.