

# Laporan Kasus

## Impetigo Krustosa



Oleh:

dr. Faiz Adnan Makarim

Pembimbing:

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

**PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI) ANGKATAN III**

**PUSKESMAS AMBAL II**

**KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH**

**PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023**

# HALAMAN PENGESAHAN

## Laporan Kasus

### *Impetigo Krustosa*

Disusun oleh:  
dr. Faiz Adnan Makarim

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia  
Puskesmas Ambal II

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, Juni 2023

Kepala Puskesmas Ambal II

Dokter Pendamping Internship

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM  
NIP. 19710524 200212 2 007

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti  
NIP. 19750224 200604 2 018

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan kasus yang berjudul Impetigo Krustosa. Laporan kasus ini disusun dalam rangka memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia. Dalam menyusun laporan lasus ini, penulis, telah mendapatkan banyak bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat waktu. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih dan apresiasi kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kemampuan, serta kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan laporan kasus ini.
2. dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti selaku dokter pembimbing di Puskesmas Ambal II yang telah banyak memberikan bimbingan, semangat, motivasi, serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
3. Seluruh karyawan di Puskesmas Ambal II atas kerjasama dan bantuannya selama kegiatan internsip berjalan.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan laporan kasus ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi penyempurnaan laporan kasus ini. Penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Kebumen, Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>BAB I LAPORAN KASUS</b> .....	1
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>BAB III PEMBAHASAN</b> .....	10
<b>BAB IV KESIMPULAN</b> .....	12
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	13

# **BAB I**

## **LAPORAN KASUS**

### **A. Identitas Pasien**

Nama : Ny. S  
Usia : 51 tahun  
Alamat : Sidomukti 1/2 , Ambal, Kebumen  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status : Menikah  
Pekerjaan : Petani  
Tanggal datang : 6 Maret 2023  
No. RM : 06.0185.02.0

### **B. Anamnesis**

Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis pada tanggal 6 Maret 2023 di Poli Umum.

#### 1. Keluhan Utama

Bercak kekuningan

#### 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke poli umum Puskesmas Ambal II dengan keluhan bercak kekuningan di sekitar dagu sejak 1 minggu sebelum datang ke puskesmas. Menurut pasien, bercak disertai rasa gatal. Awalnya, bercak seperti ini timbul kecil, oleh pasien digaruk lalu lama-lama meluas di sekitar dagu pasien. Pasien lalu mengoleskan tumbukan herbal tetapi tidak ada perbaikan. Rasa panas di sekitar mulut disangkal, gatal pada waktu tertentu disangkal.

Pasien juga mengeluhkan lemas di seluruh badan, terasa sakit diseluruh badan, kepala terasa cengang. Keluhan seperti mual muntah disangkal, pusing disangkal, kesemutan disangkal, demam disangkal. Tidak ada keluhan batuk maupun pilek. BAB dan BAK pasien dalam batas normal.

#### 3. Riwayat Penyakit Dahulu dan Pengobatan

Pasien tidak pernah memiliki riwayat dengan keluhan serupa dan pasien belum berobat untuk keluhan ini. Riwayat alergi dan trauma disangkal. Riwayat hipertensi

diakui oleh pasien, berobat di Puskesmas Ambal II dengan obat Amlodipin 5 mg tetapi sudah tidak pernah berobat. Riwayat diabetes mellitus, penyakit paru, dan penyakit jantung disangkal.

#### 4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga dan orang serumah tidak ada yang sedang memiliki keluhan serupa saat ini, tidak ada Riwayat pneumonia dan TB paru dalam keluarga. Di dalam rumah pasien tidak ada yang merokok. Riw. alergi pada anggota keluarga tidak ada.

#### 5. Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien merupakan seorang petani yang terkadang masih ke sawah. Sering terkena paparan sinar matahari. Pasien tinggal di daerah sekitar sawah. Pasien mengaku mandi rutin 2 kali sehari dan memiliki rumah yang bersih. Riwayat memelihara binatang disangkal

### C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : sakit ringan
2. Kesadaran : E4M6V5
3. Tekanan Darah : 165/113 mmHg  
Nadi : 80 kali/menit regular  
Suhu : 36.6°C  
RR : 20 kali/menit

#### 4. Status Generalis

##### a. Pemeriksaan Kepala

- Bentuk : Mesosefal, simetris, rambut terdistribusi merata, tidak mudah dicabut  
Mata : Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), reflex cahaya (+/+), pupil bulat isokor 3 mm/3 mm  
Telinga : Deformitas (-/-), discharge (-/-), serumen (-/-), inflamasi (-/-)  
Hidung : Deformitas (-), discharge (-/-), napas cuping hidung (-/-)  
Mulut : Bibir sianosis (-), mukosa mulut basah, lidah tidak kotor  
Leher : Deviasi trakea (-), tidak teraba pembesaran KGB

##### b. Pemeriksaan Dada

Bentuk simetris, deformitas (-/-)

##### Paru

Inspeksi : Gerakan dada simetris, tidak ada yang tertinggal, retraksi sternocleidomastoid (-), retraksi suprasternal (-), retraksi interkostal (-)

Palpasi : Vocal fremitus kanan = kiri  
 Perkusi : Sonor pada kedua lapang paru  
 Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronkhi (-/-) wheezing (-/-)

Jantung

Inspeksi : Tidak tampak pulsasi ictus cordis  
 Palpasi : Iktus cordis tidak teraba  
 Perkusi : Batas jantung dbn  
 Auskultasi : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)

c. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : datar, distensi (-), jejas (-)  
 Auskultasi : Bising usus (+) normal  
 Palpasi : Supel, hepar dan lien tidak teraba, nyeri tekan (-)  
 Perkusi : Timpani di seluruh regio abdomen

d. Pemeriksaan Ekstremitas

	Ekstremitas superior		Ekstremitas inferior	
	Dextra	Sinistra	Dextra	Sinistra
Edema	-	-	-	-
Sianosis	-	-	-	-
Akral hangat	+	+	+	+
CRT	<2 detik	<2 detik	<2 detik	<2 detik

e. Pemeriksaan mukosa/subkutan menyeluruh : pucat (-), sianosis (-), edema (-), turgor cukup

5. Status Dermatologis

a. Lokasi : Daggu kiri  
 b. UKK : Makula hiperpigmentasi dengan krusta tebal, saat ini berwarna kuning



#### **D. Diagnosa Kerja**

Impetigo Krustosa

Hipertensi Esensial

#### **E. Tatalaksana**

Non Farmakologi :

1. Edukasi cara penggunaan salep dan kompres betadine untuk bercak pasien
2. Edukasi tidak digaruk untuk bercak pasien
3. Edukasi diet rendah garam untuk hipertensi pasien
4. Edukasi pola hidup CERDIK untuk hipertensi pasien
5. Edukasi kontrol 3 hari lagi

Farmakologi :

1. Kompres Betadine 2 x 1 hari
2. Salep Basitrasin 2 x 1 hari
3. Cefixime 2 x 200 mg
4. Paracetamol 3 x 500 mg k/p cengang, demam
5. Cetirizine 1 x 1 tablet
6. Amlodipin 1 x 10 mg

#### **F. Prognosis**

Ad vitam : bonam

Ad sanationam : bonam

Ad functionam : bonam



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Definisi**

Impetigo adalah salah satu contoh pioderma, yang menyerang lapisan epidermis kulit (Djuanda, 2011). Penyakit ini merupakan bentuk pioderma yang paling sederhana. Menyerang epidermis, gambaran yang dominan ialah krusta yang khas, berwarna kuning kecoklatan seperti madu yang berlapis-lapis (Siregar, 2016).

#### **B. Etiologi**

Impetigo krustosa disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus* koagulase positif dan *Streptococcus beta-hemolyticus* (Siregar, 2016). *Staphylococcus* merupakan patogen primer pada impetigo krustosa dan ektima (Beheshti, 2007).

#### **C. Faktor Predisposisi**

Impetigo krustosa lebih sering terjadi pada daerah tropis. Seringkali penyakit ini berkaitan dengan musim panas atau cuaca panas dan lembap. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya penyakit ini adalah kebersihan yang kurang dan higiene yang buruk (anemia dan malnutrisi) (Siregar, 2016). Impetigo biasanya juga mengikuti trauma superfisial dengan robekan kulit, serta seringkali merupakan penyakit penyerta (*secondary infection*) dari pedikulosis, skabies, infeksi jamur dan pada *insect bites* (Beheshti, 2007).

#### **D. Patofisiologi**

Kulit yang intak bersifat resistan terhadap kolonisasi atau impetiginisasi, kemungkinan karena tidak adanya reseptor fibronectin untuk asam teikoat pada *Staphylococcus aureus* dan Group A *Streptococcus*. Produksi *bacteriocins*, yang diproduksi oleh strain *Staphylococcus aureus* tertentu dan Group A *Streptococcus* yang bersifat sangat bakterisidal, hanya berperan jika ada isolasi *Staphylococcus aureus* pada beberapa lesi impetigo nonbulosa yang awalnya disebabkan oleh *Streptococcus*. *Staphylococcus aureus* menyebar dari hidung ke kulit normal kira-kira dalam 11 hari, kemudian timbul lesi kulit setelah 11 hari berikutnya. Lesi biasanya timbul pada wajah di sekitar hidung atau di ekstremitas setelah trauma. *Staphylococcus aureus* sebagai carrier di mukosa nasal dikonfirmasi terdapat di nasal anterior dan bibir; dengan pruritus sebagai keluhan tersering. Kondisi yang menyebabkan kerusakan integritas epidermis dapat menjadi *port d'entree* impetiginisasi (Craft, 2012; dan Pereira, 2014).

## E. Manifestasi Klinis

Keluhan utama yang dikeluhkan oleh pasien biasanya adalah rasa gatal. Selain itu terdapat keluhan lesi awal berupa makula eritematosa berukuran 1-2 mm, yang dapat segera berubah menjadi vesikel atau bula. Karena dinding vesikel yang tipis, menyebabkan mudah pecah dan mengeluarkan sekret seropurulen kuning kecoklatan. Selanjutnya vesikel lalu mengering dan dapat membentuk krusta yang berlapis-lapis. Krusta mudah dilepaskan, di bawah krusta terdapat daerah erusif yang mengeluarkan sekret sehingga krusta kembali menebal (Siregar, 2016). Atap dari bulla yang pecah akan meninggalkan gambaran *collarette* pada pinggirnya. Krusta *varnishlike* terbentuk pada bagian tengah yang jika disingkirkan memperlihatkan dasar yang merah dan basah. Bulla yang utuh jarang ditemukan karena sangat rapuh (Djuanda, 2011). 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 (Stevens et al., 2016).

## F. Diagnosis

### 1. Anamnesis

Anamnesis yang didapatkan pada pasien berupa rasa gatal atau rasa ketidaknyamanan pada daerah lesi, serta menanyakan yang dapat menggambarkan progresivitas impetigo krustosa (PERDOSKI, 2017; Siregar, 2016).

### 2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang didapatkan yaitu impetigo krustosa memiliki predileksi daerah wajah, terutama di sekitar nares dan mulut (PERDOSKI, 2017). Selain itu daerah lain yang terpajan selain wajah seperti leher dan ekstremitas juga dapat terkena impetigo krustosa (Siregar, 2016). Lesi awal berupa makula atau papul eritematosa yang secara cepat berkembang menjadi vesikel atau pustul yang kemudian pecah membentuk krusta kuning madu (*honey colour*) dikeliling eritema. Lesi dapat melebar sampai 1-2 cm, disertai lesi satelit di sekitarnya. (PERDOSKI, 2017). Efloresensi yang didapatkan berupa makula eritematosa miliar sampai lentikular, difus, anular, sirsinar; vesikel dan bula lentikular difus; pustula miliar sampai lentikular; krusta kuning kecoklatan, berlapis-lapis, mudah diangkat (Siregar, 2016).

### 3. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan sederhana dengan pewarnaan Gram.
- b. Kultur dan resistensi spesimen lesi/aspirat.

- c. Kultur dan resistensi darah, darah perifer lengkap, kreatinin, C-reactive protein.
- d. Biopsi apabila lesi tidak spesifik. Gambaran histopatologi didapatkan berupa peradangan superfisial folikel pilosebacea bagian atas. Terbentuk bula atau vesikopustula subkornea yang berisi kokus serta debris berupa leukosit dan sel epidermis. Pada lapisan dermis didapatkan reaksi peradangan ringan berupa dilatasi pembuluh darah, edema dan infiltrasi PMN (PERDOSKI, 2017; dan Siregar, 2016).

## G. Diagnosis Banding

### 1. Varisela

Varisela merupakan infeksi akut oleh virus *Varisela zoster* yang bersifat swasirna, mengenai kulit dan mukosa, yang ditandai dengan gejala konstitusi (demam, malaise) dan kelainan kulit polimorfik (vesikel yang tersebar generalisata terutama berlokasi di bagian sentral tubuh) (PERDOSKI, 2017). Varisela memiliki lesi yang lebih kecil, berbatas tegas, umbilikasi vesikel (Siregar, 2016)

### 2. Ektima

Ektima merupakan bentuk pioderma ulseratif yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* dan atau *Streptococcus* grup A, dengan predileksi ekstremitas bawah atau daerah terbuka, dengan kelainan kulit berupa ulkus dangkal tertutup krusta tebal dan lekat, berwarna kuning keabuan yang apabila krusta diangkat, tampak ulkus bentuk *punched out*, tepi ulkus meninggi, indurasi, berwarna keunguan (PERDOSKI, 2017). Ektima memiliki lesi yang lebih besar, lebih dalam dan peradangan lebih yang keras, jika diangkat akan berdarah secara difus (Siregar, 2016).

### 3. Dermatitis Atopik

Dermatitis atopik (DA) merupakan peradangan kulit yang bersifat kronis berulang, disertai rasa gatal, timbul pada tempat predileksi tertentu dan berhubungan dengan penyakit atopi lainnya (PERDOSKI, 2017). Predileksi paling sering antara lain tengkuk, lipat siku, lipat lutut dengan efloresensi pada anak : papula-papula miliar, likenifikasi, tak eksudatif, sedang pada dewasa biasanya hiperpigmentasi, kering dan likenifikasi (Siregar, 2016).

### 4. Dermatitis Seboroik

Dermatitis seboroik (DS) adalah kelainan kulit papuloskuamosa kronis yang umum dijumpai pada anak dan dewasa. Pada anak dan dewasa, biasanya yang menjadi keluhan utama adalah kemerahan dan sisik di kulit kepala, lipatan nasolabial, alis mata, area post aurikula, dahi dan dada dengan lesi eksematoid berupa plak eritematosa superfisial

dengan skuama terutama di kulit kepala, wajah dan tubuh (PERDOSKI, 2017; Siregar, 2016).

## 5. Skabies

Penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi *Sarcoptes scabiei var. hominis*, yang menyebabkan lesi kulit berupa terowongan (kunikulus) berbentuk garis lurus atau berkelok, warna putih atau abu-abu dengan ujung papul atau vesikel yang apabila terjadi infeksi sekunder timbul pustul atau nodul. Daerah predileksi pada tempat dengan stratum korneum tipis, dengan gejala gatal terutama pada malam hari (*pruritus nocturnal*), serta terdapat riwayat sakit serupa dalam satu rumah (PERDOSKI, 2017).

## H. Tata Laksana

### 1. Non Farmakologi

- a. Mandi 2 kali sehari dengan sabun
- b. Mengatasi/identifikasi faktor predisposisi dan keadaan komorbid, misalnya infestasi parasit, dermatitis atopik, edema, obesitas dan insufisiensi vena
- c. Edukasi pasien untuk tidak menggaruk lesi nya
- d. Membatasi penularan: edukasi terhadap pasien dan keluarganya agar menjaga hygiene perorangan yang baik (PERDOSKI, 2017).

### 2. Farmakologi

#### a. Topikal

##### 1) Bila terdapat krusta yang menutupi

Kompres terbuka dengan permanganas kalikus 1/5000, asam salisilat 0,1%, rivanol 1%, larutan povidon iodine 1%; dilakukan 3 kali sehari masing-masing ½-1 jam selama keadaan akut (PERDOSKI, 2017).

##### 2) Jika tidak ada krusta yang menutupi

Salep/krim asam fusidat 2%, mupirosin 2%. Dioleskan 2-3 kali sehari, selama 7-10 hari (PERDOSKI, 2017).

#### b. Sistemik

##### 1) Antibiotik

###### a) Lini Pertama

- (1) Kloksasilin/dikloksasilin\*\*: dewasa 4x250-500 mg/hari per oral; anak-anak 25-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 4 dosis
- (2) Amoksisilin dan asam klavulanat: dewasa 3x250-500 mg/hari; anak-anak 25 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis
- (3) Sefaleksin: 25-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 4 dosis.

- b) Lini Kedua
  - (1) Azitromisin 1x500 mg/hari (hari 1), dilanjutkan 1x250 mg (hari 2-5)
  - (2) Klindamisin 15 mg/kgBB/hari terbagi 3 dosis.
  - (3) Eritromisin: dewasa 4x250-500 mg/hari; anak-anak 20-50 mg/kgBB/hari terbagi dalam 4 dosis
- c) Pada kasus dengan Methicillin Resistant Staphylococcus aureus (MRSA)
  - (1) Trimethoprim-sulfametoksazol 160/800 mg, 2 kali sehari
  - (2) Doksisiklin, minosiklin 1 x 100 mg/hari (tidak direkomendasikan untuk anak-anak dibawah 8 tahun); dan
  - (3) Klindamisin 15 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis (PERDOSKI, 2017; dan Craft, 2012)
- 2) Simtomatik
  - a) Antihistamin seperti Cetirizine, Loratadine untuk mengurangi gatal
  - b) Analgetik antipiretik seperti Paracetamol untuk nyeri (Tanu, 2007).

## I. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat impetigo krustosa 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 2 minggu. Gejalanya dapat berupa bengkak wajah, terutama sekitar mata, oliguria, hematuria, peningkatan tekanan darah (James et al., 2016; PERDOSKI, 2017; Ghazvini et al., 2017)

## J. Prognosis

Impetigo dapat sembuh tanpa pengobatan dalam 2 minggu tanpa sekuele, dengan prognosis sebagai berikut: (PERDOSKI, 2017)

1. Quo ad vitam : bonam
2. Quo ad sanactionam : bonam
3. Quo ad functionam : bonam

### **BAB III**

### **PEMBAHASAN**

Pasien Ny S, usia 51 tahun, tinggal di Sidomukti, Ambal, datang ke poli umum Puskesmas Ambal II dengan keluhan bercak kekuningan di sekitar dagu sejak 1 minggu sebelum datang ke puskesmas. Menurut pasien, bercak disertai rasa gatal. Awalnya, bercak seperti ini timbul kecil, oleh pasien digaruk lalu lama-lama meluas di sekitar dagu pasien. Rasa panas di sekitar mulut disangkal, gatal pada waktu tertentu disangkal. Pasien tidak pernah memiliki riwayat dengan keluhan serupa dan pasien belum berobat untuk keluhan ini. Hal ini sesuai dengan perjalanan penyakit impetigo krustosa, yaitu gatal, dengan atau tanpa rasa ketidaknyamanan, serta lesi yang dapat menyebar dan berada di sekitar mulut pasien.

Riwayat alergi dan trauma disangkal. Keluarga dan orang serumah tidak ada yang sedang memiliki keluhan serupa saat ini. Pasien merupakan seorang petani yang terkadang masih ke sawah. Sering terkena paparan sinar matahari. Pasien tinggal di daerah sekitar sawah. Pasien mengaku mandi rutin 2 kali sehari dan memiliki rumah yang bersih. Hal ini sesuai dengan beberapa faktor predisposisi yang terjadi pada impetigo krustosa yaitu terkena paparan matahari.

Pasien juga mengeluhkan lemas di seluruh badan, terasa sakit diseluruh badan, kepala terasa cengang. Riwayat hipertensi diakui oleh pasien, berobat di Puskesmas Ambal II dengan obat Amlodipin 5 mg tetapi sudah tidak pernah berobat. Anamnesa yang didapatkan pada pasien didapatkan gejala yang muncul akibat hipertensi seperti sakit kepala, sakit seluruh badan, lemas, dan didapatkan juga pada pasien riwayat hipertensi dan saat ini sudah tidak pernah berobat.

Pada hasil pemeriksaan fisik, tandal vital didapatkan tekanan darah 165/113 mmHg, nadi 80 kali/menit regular, suhu 36.6°C, laju pernafasan 20 kali/menit. Hasil pemeriksaan ini mendukung keadaan hipertensi pada pasien. Status dermatologis pada pasien ditemukan lesi pada lokasi dagu kiri, dengan UKK makula hiperpigmentasi dengan krusta tebal yang saat ini berwarna kuning. UKK yang didapatkan pada pasien berupa makula hiperpigmentasi dengan gambaran krusta tebal dengan predileksi sekitar mulut semakin memperkuat impetigo krustosa dengan menyingkirkan diagnosa banding seperti varisela yang predileksi nya generalisata dengan vesikel, dermatitis atopik dengan UKK yang lebih skuamosa dan likenifikasi, serta ektima dengan UKK krusta tetapi predileksi lebih menuju ekstremitas dengan riwayat trauma. Sehingga pada pasien ditegakkan diagnosa kerja impetigo krustosa dengan hipertensi esensial.

Pasien lalu diberikan tatalaksana non farmakologi berupa :

1. Edukasi cara penggunaan salep dan kompres betadine untuk bercak pasien, untuk mempercepat penyembuhan dan menghilangkan krusta.
2. Edukasi tidak digaruk untuk bercak pasien, karena dapat menyebabkan siklus gatal-garuk yang dapat membuat lesi semakin luas.
3. Edukasi diet rendah garam untuk hipertensi pasien, dikarenakan garam dapat meningkatkan volume cairan sehingga dapat meningkatkan tekanan darah.
4. Edukasi pola hidup CERDIK untuk hipertensi pasien, yaitu pola hidup yang dianjurkan pemerintah untuk mencegah hipertensi berupa: Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin beraktivitas fisik, Diet yang sehat dan seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres.
5. Edukasi kontrol 3 hari lagi, untuk melihat efektivitas obat dan meresepkan ulang obat.

Tata laksana farmakologi pada pasien berupa :

1. Kompres Betadine 2 x 1 hari, sesuai dengan pedoman PERDOSKI yaitu bila terdapat pioderma dengan krusta dapat diberikan: Kompres terbuka dengan permanganas kalikus 1/5000 / asam salisilat 0,1% / rivanol 1‰ / larutan povidon iodine 1% yang dilakukan 3 kali sehari masing-masing ½-1 jam selama keadaan akut
2. Salep Basitrasin 2 x 1 hari, sesuai dengan pedoman PERDOSKI untuk mengatasi pioderma dengan antibiotika topikal.
3. Cefixime 2 x 200 mg, sesuai dengan pedoman PERDOSKI untuk memberikan antibiotika sistemik. Cefixime merupakan antibiotik golongan sefalosporin yang merupakan lini pertama pilihan untuk pioderma.
4. Paracetamol 3 x 500 mg k/p, merupakan analgetik antipiretik untuk mengatasi gejala cengang, dan jika pasien demam.
5. Cetirizine 1 x 1 tablet, merupakan antihistamin generasi II untuk mengatasi gejala gatal pada pasien agar tidak digaruk.
6. Amlodipin 1 x 10 mg, merupakan golongan *calcium-channel blocker*, merupakan salah satu golongan antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada pasien.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN**

Impetigo krustosa adalah salah satu contoh pioderma, yang menyerang lapisan epidermis kulit, dengan gambaran yang dominan ialah krusta yang khas, berwarna kuning kecoklatan seperti madu yang berlapis-lapis. Impetigo krustosa disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus* koagulase positif dan *Streptococcus beta-hemolyticus*. Impetigo krustosa lebih sering terjadi pada daerah tropis. Seringkali penyakit ini berkaitan dengan musim panas atau cuaca panas dan lembap. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya penyakit ini adalah kebersihan yang kurang dan higiene yang buruk (anemia dan malnutrisi). Keluhan utama yang dikeluhkan oleh pasien biasanya adalah rasa gatal. Selain itu terdapat keluhan lesi awal berupa makula eritematosa berukuran 1-2 mm, yang dapat segera berubah menjadi vesikel atau bula. Karena dinding vesikel yang tipis, menyebabkan mudah pecah dan mengeluarkan sekret seropurulen kuning kecoklatan. Selanjutnya vesikel lalu mengering dan dapat membentuk krusta yang berlapis-lapis. Krusta mudah dilepaskan, di bawah krusta terdapat daerah erusif yang mengeluarkan sekret sehingga krusta kembali menebal. Pada pasien didapatkan keluhan bercak kekuningan di sekitar dagu sejak 1 minggu sebelum datang ke puskesmas. Menurut pasien, bercak disertai rasa gatal. Awalnya, bercak seperti ini timbul kecil, oleh pasien digaruk lalu lama-lama meluas di sekitar dagu pasien. Status dermatologis pada pasien ditemukan lesi pada lokasi dagu kiri, dengan UKK makula hiperpigmentasi dengan krusta tebal yang saat ini berwarna kuning. Pasien lalu diberikan obat-obatan berupa kompres untuk krusta, antibiotika topikal dan sistemik, obat simtomatik, dan obat antihipertensi karena didapatkan hipertensi dengan riwayat yang mendukung pada pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Beheshti. 2007. Impetigo, a brief review. Fasa-Iran: Fasa Medical School.
- Craft N. 2012. Superficial Infection and Pyodermas. In: Fitzpatrick Dermatology in General Medicine 8th ed. New York: Mc Graw Hill.
- Djuanda. 2011. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- James WD, Berger TG, Elston DM, et al. 2016. Bacterial Infection. In: Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier.
- Ghazvini P, Treadwell P, Woodberry K, Nerette E, and Powery H. 2017. Impetigo in the Pediatric Population. *J Dermatolog Clin Res*, 5(1):1092.
- Pereira, LB. 2014. Impetigo: Review. *An Bras Dermatol*, 89(2):293–9.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). 2017. Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta: PERDOSKI
- Siregar RS. 2016. Atlas berwarna saripati penyakit kulit. Jakarta: EGC
- Stevens DL and Bryant AE. 2016. Impetigo, Erysipelas and Cellulitis. In: *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations*. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center.
- Tanu, Ian. 2007. Farmakologi dan terapi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.