



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
Jl. Ir. Sutami 36 A Surakarta Tel/Fax (0271) 664178**

**BUKU MANUAL KETERAMPILAN KLINIK  
TOPIK  
CLINICAL SKILLS INTEGRATION – 3.1**

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
2018**

## **TIM PENYUSUN**

Muh. Eko Irawanto, dr., Sp.KK  
Bulan Kakanita H, dr., M. MedEd  
Dian Ariningrum, dr., Sp.PK, M.Kes  
Dr. Eti Poncorini Pamungkasari, dr., MPd

## Abstrak

Keterampilan klinik integrasi atau *clinical skills* merupakan salah satu aktivitas pembelajaran yang mengakomodir pengembangan telaah kritis dan penalaran klinik mahasiswa kedokteran. Pada modul ini merupakan integrasi keterampilan klinik yang diperuntukan untuk mahasiswa semester 3 dengan mengintegrasikan 2 topik keterampilan klinik, yaitu *Edukasi dan Konseling*, serta *Pemeriksaan Dermatology*. Tujuan keterampilan integrasi semester tiga ini adalah mampu mengintegrasikan keterampilan klinik dengan melakukan pemeriksaan yang diperlukan dan menginterpretasikan hasilnya pada kasus penyakit secara komprehensif hingga edukasi. Metode pembelajaran merupakan simulasi dengan berbagai skenario yang mendekati kasus-kasus klinik (*early clinical exposure*). Keberhasilan kegiatan belajar mahasiswa akan diukur melalui evaluasi keterampilan dalam bentuk OSCE. Penilaian tersebut dilakukan dalam bentuk praktek berdasarkan skenario yang terintegrasi dengan keterampilan klinik lainnya. Penalaran klinis mahasiswa juga dievaluasi melalui kegiatan penilaian ini.

## KATA PENGANTAR

Penulis mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, karena dengan bimbingan-Nya pada akhirnya kami dapat menyelesaikan penyusunan Buku Manual Keterampilan Klinik topik *Clinical Skills Integration – 3.1* bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta Semester 3 ini. Buku Manual Keterampilan Klinik ini disusun sebagai salah satu penunjang pelaksanaan *Problem Based Learning* di FK UNS.

Perubahan paradigma pendidikan kedokteran serta berkembangnya teknologi kedokteran dan meningkatnya kebutuhan masyarakat menyebabkan perlunya dilakukan perubahan dalam kurikulum pendidikan dokter khususnya kedokteran dasar di Indonesia. Seorang dokter umum dituntut untuk tidak hanya menguasai teori kedokteran, tetapi juga dituntut terampil dalam mempraktekkan teori yang diterimanya, termasuk pengembangan penalaran klinis, pemikiran kritis, dan keterampilan komprehensif. Dengan disusunnya buku ini penulis berharap mahasiswa kedokteran lebih mudah dalam mengembangkan penalaran klinis terkait topik keterampilan pada semester 3.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Penulis menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya, sehingga Penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan dalam penyusunan buku ini.

Terima kasih dan selamat belajar.

Surakarta, Agustus 2018  
Tim penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	I
Tim Penyusun.....	1
Abstrak.....	2
Kata Pengantar.....	3
Daftar Isi.....	4
Pendahuluan.....	5
Rencana Pembelajaran Semester.....	6
Materi Pembelajaran.....	9
Simulasi 1.....	30
Simulasi 2.....	32
Ceklis Simulasi.....	35
Daftar Pustaka.....	38

## PENDAHULUAN

Keterampilan klinik integrasi adalah strategi pembelajaran bagi mahasiswa untuk melatih penalaran klinik dan telaah kritis dari topik-topik keterampilan yang telah dilatihkan, pada kegiatan simulasi klinik dengan menggunakan skenario. Pada manual Clinical Skills Integration 3.1 ini, terdapat dua keterampilan klinik yang diintegrasikan, yaitu:

1. *Pemeriksaan Dermatologi*
2. *Edukasi dan Konseling*

*Prior knowledge* (pengetahuan awal) yang diharapkan muncul pada integrasi semester satu ini adalah penguasaan lima keterampilan tersebut. Sehingga pada akhir sesi pelatihan keterampilan klinik integrasi satu ini adalah mahasiswa mampu mengintegrasikan keterampilan klinik dengan melakukan anamnesis, dan melakukan pemeriksaan fisik yang diperlukan serta menginterpretasikan hasilnya, menentukan diagnosis, dan memberikan edukasi atau konseling secara komprehensif.



**RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)  
PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

Identitas Mata Kuliah		Identitas dan Validasi		Nama	Tanda Tangan
Kode Mata Kuliah	: <b>SL206</b>	Dosen Pengembang RPS	:Bulan Kakanita H, dr.,MMedEd/ Siti Munawaroh, dr., MMedEd		
Nama Mata Kuliah	: <b>Skills Lab Clinical Skills Integration-3</b>				
Bobot Mata Kuliah (sks)	: <b>0.5 SKS</b>	Koord. Kelompok Mata Kuliah	Muh. Eko Irawanto, dr.,Sp.KK/ dr. Desy Kurniawati Tandiyo, SpRM/Dra. Ksirini, APTH		
Semester	: <b>III (tiga)</b>				
Mata Kuliah Prasyarat	: -	Kepala Program Studi	: Sinu Andhi Jusup, dr., M.kes		
<b>Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)</b>					
<b>Kode CPL</b>		<b>Unsur CPL</b>			
CP 3	:	Melakukan manajemen pasien mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penegakan diagnosis dan penatalaksanaan secara komprehensif			
CP 7	:	Mampu melakukan komunikasi efektif di bidang kedokteran dan kesehatan			
<b>CP Mata kuliah (CPMK)</b>	:	Mampu mengintegrasikan keterampilan klinik dengan melakukan pemeriksaan yang diperlukan dan menginterpretasikan hasilnya pada kasus patologis normal secara komprehensif. Konten yang diintegrasikan : 1. Pemeriksaan Dermatologi 2. Edukasi dan Konseling 3. Joint and spine, 4. Prescription 5. Medical Record 6. Wound care			

<b>Bahan Kajian Keilmuan</b>	: Anatomi, Fisiologi, Dermatologi, Psikiatri, Farmasi dan Rekam Medik.
<b>Deskripsi Mata Kuliah</b>	: Topik integrasi -3 adalah gabungan atau integrasi berbagai topik keterampilan klinik semester tiga (yaitu Pemeriksaan Dermatologi, Konseling dan Edukasi, Joint and spine, Wound care, Prescription dan Medical Record) dalam bentuk simulasi kasus dengan skenario untuk melatih clinical reasoning dan clinical skill integration mahasiswa kedokteran. Tujuan diberikan pelatihan integrasi ini adalah menghindari fragmentasi pelatihan klinik dan early exposure kasus-kasus klinik integrative
<b>Daftar Referensi</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bickley LS, (2013) Bates' Guide to Physical Examination and History-Taking - 11th Edition. Philadelphia : Lippincott Williams &amp; Wilkins</li> <li>2. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editor. Dermatology. Edisi ke-3. China: Elsevier Inc; 2012. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.</li> <li>3. Habif TP. Clinical Dermatology: A color guide to diagnosis and therapy. Edisi ke-5. China: Elsevier Inc; 2010.</li> <li>4. Wofff K, Johnson RA. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. Edisi ke-6. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.</li> <li>5. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: 2014.</li> </ol>

Tahap	Kemampuan akhir	Materi Pokok	Referensi	Metode Pembelajaran	Pengalaman Belajar	Waktu	Penilaian*	
							Indikator/kode CPL	Teknik penilaian /bobot
1	2	3	4	5	6	7	8	9



1	Mampu mengintegrasikan keterampilan klinik dengan melakukan pemeriksaan yang diperlukan, menentukan diagnosis dan memberikan edukasi secara komprehensif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integrasi prosedur klinik meliputi sambung rasa, anamnesis, cuci tangan, pemeriksaan vital sign, pemeriksaan dermatologi, edukasi dan konseling</li> <li>2. Integrasi prosedur klinik meliputi sambung rasa, anamnesis, cuci tangan, pemeriksaan vital sign, pemeriksaan sendi, wound care, pereseapan dan rekam medik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bickley LS, (2013) Bates' Guide to Physical Examination and History-Taking - 11th Edition. Philadelphia : Lippincott Wiliams &amp; Wilkins</li> <li>2. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editor. Dermatology. Edisi ke-3. China: Elsevier Inc; 2012. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.</li> <li>3. Habif TP. Clinical Dermatology: A color guide to diagnosis and therapy. Edisi ke-5. China: Elsevier Inc; 2010.</li> <li>4. Wofff K, Johnson RA. Ftizpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. Edisi ke-6. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.</li> <li>5. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: 2014.</li> </ol>	Kuliah Pengantar Skills Lab Terbimbing Skills Lab Mandiri	Demonstrasi dan simulasi Simulasi dan feedback	4x100 menit	CP 3 CP 7	OSCE
---	--	---	---	--	---	-------------	--------------	------

## MATERI PEMBELAJARAN INTEGRATED CLINICAL SKILLS 3.1

### Tujuan Pembelajaran:

Mampu mengintegrasikan keterampilan klinik dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan yang diperlukan, menginterpretasikan hasilnya, menentukan diagnosis dan memberikan edukasi terkait kasus secara komprehensif

### Konten Keterampilan Klinik Integrasi:

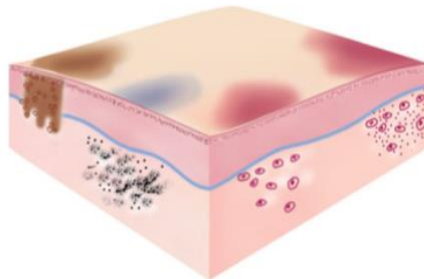
1. Pemeriksaan Dermatologi
2. Edukasi dan Konseling

### 1. PEMERIKSAAN DERMATOLOGI

#### INSPEKSI

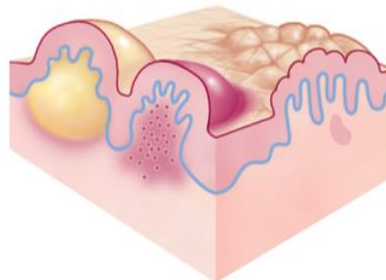
##### Kelainan kulit

1. Lokasi : tempat di mana ada lesi
2. Efloresensi/ ujud kelainan kulit (UKK) :
  - Primer (terjadi pada kulit yang semula normal/ kelainan yang pertama muncul) :
    - Makula : perubahan warna pada kulit tanpa perubahan bentuk



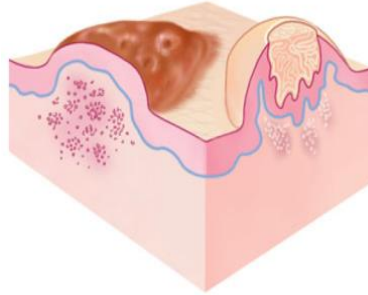
(Fixed drug eruption)

- Papula : penonjolan padat di atas permukaan kulit, **diameter < 0.5 cm**



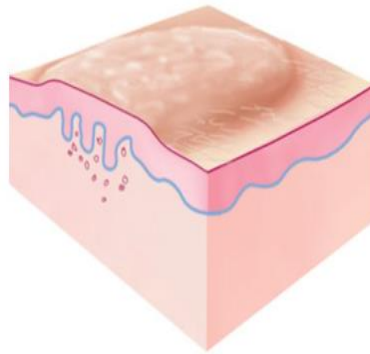
(Moluskum kontagiosum)

- Nodul : penonjolan padat di atas permukaan kulit, **diameter > 0.5 cm**



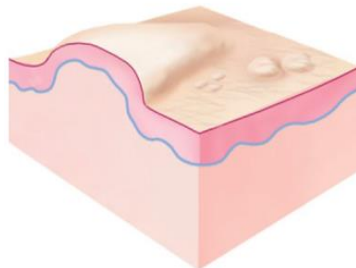
(Prurigo nodularis)

- Plakat : peninggian diatas permukaan kulit seperti dataran tinggi atau mendatar (*plateau-like*) yang biasanya terbentuk dari bersatunya (konfluen) beberapa papul, diameter lebih dari > 0.5 cm



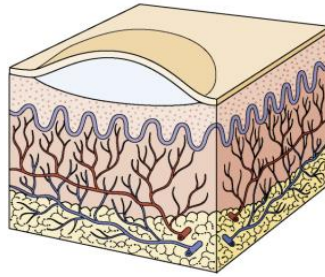
(Psoriasis vulgaris)

- Urtika : penonjolan yang ditimbulkan akibat edema setempat yang timbul mendadak dan hilang perlahan



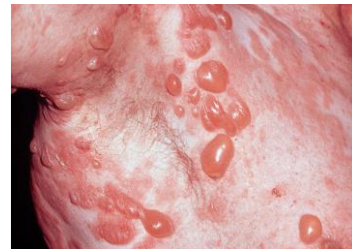
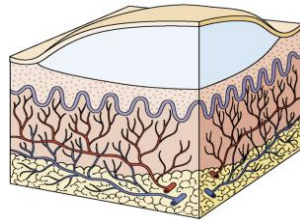
(Urtikaria)

- Vesikel : lepuh berisi cairan serum, diameter <math><0.5\text{ cm}</math>



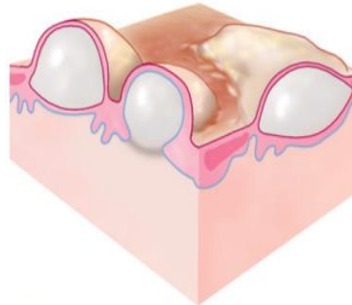
(Herpes zoster)

- Bula : vesikel yang berukuran > 0,5 cm



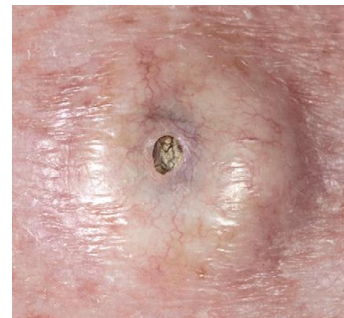
(Pemfigoid bulosa)

- Pustula : vesikel berisi nanah



(Folikulitis)

- Kista : ruangan/ kantong berdinding dan berisi cairan atau material semi solid (sel atau sisa sel), biasanya pada lapisan dermis



(Kista epidermal)

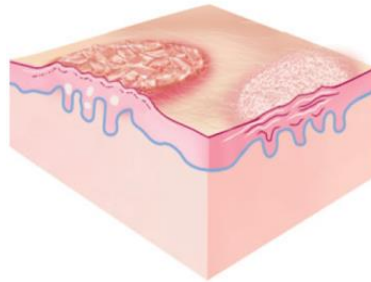
- Purpura : warna merah dengan batas tegas yang tidak hilang jika ditekan, terjadi karena adanya ekstrasvasasi dari pembuluh darah ke jaringan



(Vaskulitis leukositoklastik)

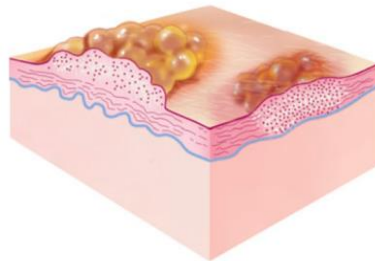
- Sekunder (akibat perubahan yang terjadi pada efloresensi primer) :

- Skuama : sisik berupa lapisan stratum korneum yang terlepas dari kulit



(Psoriasis gutata)

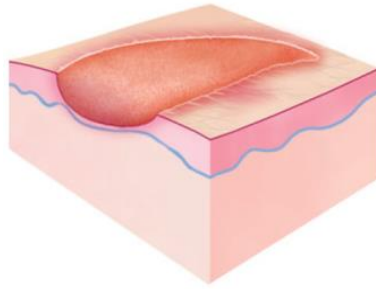
- Krusta : kerak atau keropeng yang menunjukkan adanya cairan serum atau darah yang mengering



(Impetigo krustosa)

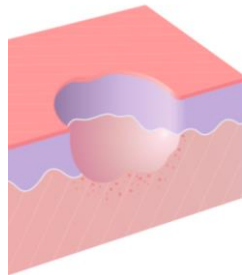


- Erosi : lecet kulit yang diakibatkan kehilangan lapisan kulit sebelum stratum basalis, bisa ditandai dengan keluarnya serum



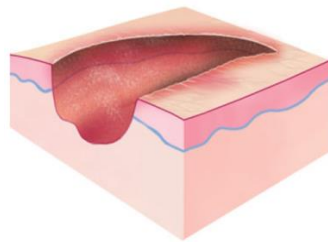
(Impetigo bulosa)

- Ekskoriasi : lecet kulit yang disebabkan kehilangan lapisan kulit melampaui stratum basalis (sampai stratum papillare) ditandai adanya bintik perdarahan dan bisa juga serum



(Ekskoriasi neurotik)

- Ulkus : tukak atau borok, disebabkan hilangnya jaringan lebih dalam dari ekskoriasi, memiliki tepi, dinding, dasar dan isi



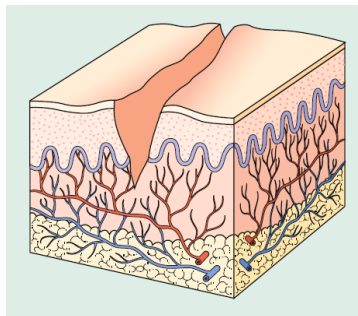
(Pioderma gangrenosum)

- Likenifikasi : Penebalan lapisan epidermis disertai guratan garis kulit yang makin jelas, akibat garukan atau usapan yang bersifat kronis.



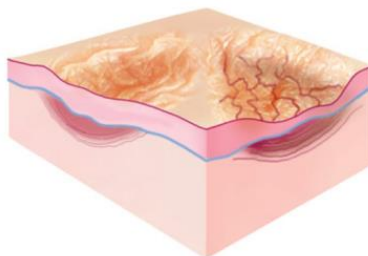
(Liken simpleks kronis)

- Fisura linier : hilangnya epidermis dan dermis yang berbatas tegas berbentuk linier



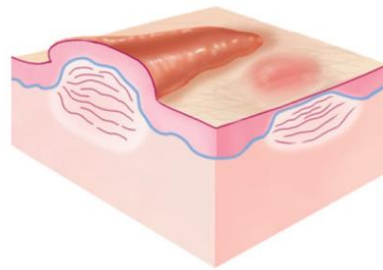
(Dermatitis kontak iritan kronis)

- Atropi : penipisan lapisan epidermis ataupun dermis



(Liken sklerosus)

- Skar : digantinya jaringan normal kulit dengan jaringan fibrotik pada tempat penyembuhan luka, contoh : skar hipertrofi, skar atrofi, keloid



(Skar hipertrofi)

- Komedo : infundibulum folikel rambut yang melebar dan tersumbat keratin dan lipid.
  - Komedo terbuka (*open komedo/ blackhead*): unit pilosebacea terbuka pada permukaan kulit dan terlihat sumbatan keratin berwarna hitam.
  - Komedo tertutup (*close komedo/ whitehead*): unit pilosebacea tertutup pada permukaan kulit dan terlihat berwarna putih



Komedo tertutup  
(Akne vulgaris)



Komedo terbuka  
(Akne vulgaris)

- Poikiloderma : kombinasi dari atrofi, hiperpigmentasi, hipopigmentasi dan teleangiektasi, yang memberikan gambaran belang (*mottled*)



(Mikosis fungoides)



- Teleangiectasi : dilatasi pembuluh darah superfisial



(Rosacea)

3. Ukuran lesi :

- Milier : sebesar kepala jarum pentul



(Milia)

- Lentikular : sebesar biji jagung



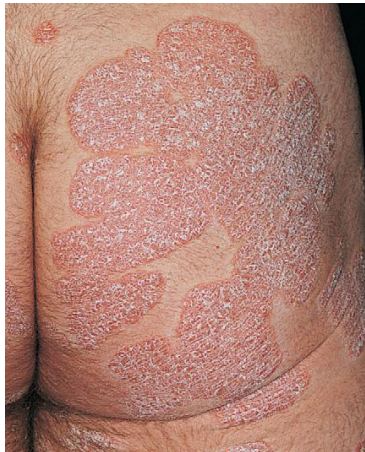
(Prurigo nodularis)

- Numular : sebesar uang logam, diameter 3-5 cm.



(Dermatitis numularis)

- Plakat : lebih besar dari nummular



(Psoriasis vulgaris)

4. Bentuk/ susunan lesi :

a. Bentuk :

- 1) Teratur : bulat, oval dan sebagainya



Bentuk oval (Pityriasis rosea)



Bentuk bulat (Dermatitis numularis)

- 2) Tidak teratur: tidak mempunyai bentuk teratur

b. Susunan/ konfigurasi :

1) Linier

: seperti garis lurus



Liken planus (Fenomena Koebner)

2) Sirsinar/ anular : seperti lingkaran/ melingkar seperti cincin



(Granuloma anulare)

3) Arsinar

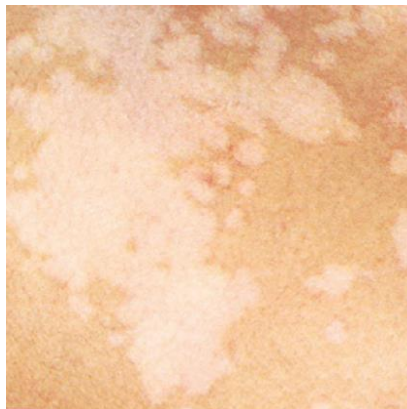
: berbentuk bulan sabit

4) Polisiklik

: tepi lesi sambung menyambung

membentuk gambaran

seperti bunga



(Pitiriasis versikolor)

5) Korimbiformis : susunan seperti induk ayam yang dikelilingi anak - anaknya



(Kandidiasis intertriginosa)

Irisformis/ lesi target : lesi berbentuk bulat atau lonjong yang terdiri dari 3 zona:

- bagian sentral berupa papul/ vesikel/ bula,
- bagian tengah berupa edema berwarna putih/ pucat,
- bagian paling luar berupa eritem, yang menyerupai iris mata/ membentuk gambaran seperti target anak panah



(Eritema multiforme)

6) Herpetiformis : vesikel yang berkelompok/ bergerombol



(Herpes zoster)

7) Serpiginosa

: lesi berbentuk seperti ular



(Kutaneus larva migran)

5. Distribusi lesi :

- Bilateral

: mengenai kedua sisi tubuh



(Vitiligo)

- Unilateral

: mengenai salah satu sisi tubuh



(Herpes zoster)



- Simetris : mengenai kedua sisi tubuh pada area yang sama



(Vitiligo)

- Soliter : hanya satu lesi



(Granuloma anulare)

- Multipel : lesi banyak



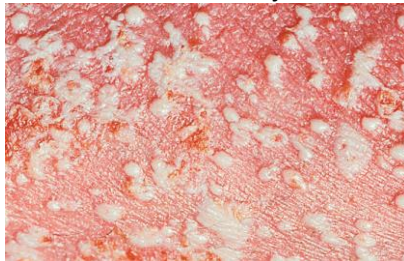
(Dermatitis numularis)

- Herpetiformis : vesikel berkelompok/ bergerombol



(Herpes zoster)

- Konfluen : dua lesi atau lebih menjadi satu



(Psoriasis pustulosa)

- Diskrit : beberapa lesi terpisah satu sama lain



(Prurigo nodularis)

- Lokalisata : lesi terlokalisir pada satu lokasi tubuh



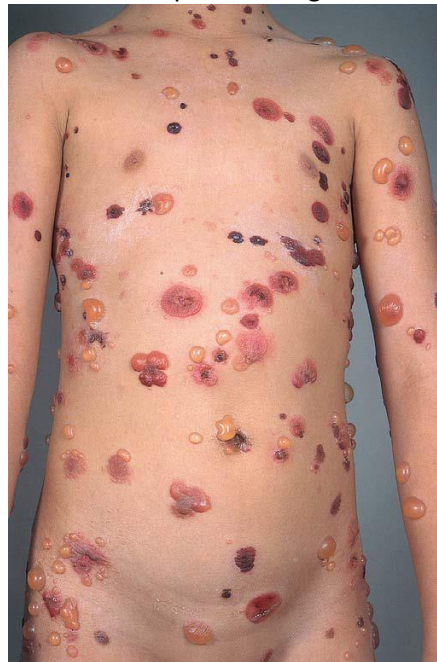
(Erisipelas)

- Regional : mengenai regio/ area tertentu dari tubuh



(Hand-foot-and-mouth disease)

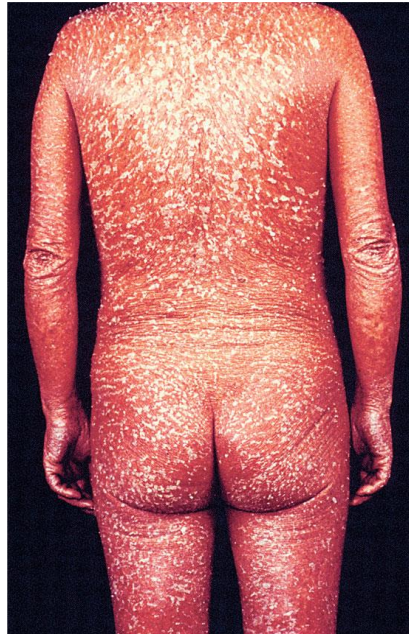
- Generalisata : tersebar luas pada sebagian besar tubuh



(Pemfigoid bulosa)



- Universal : lesi tersebar di seluruh/ hampir seluruh permukaan tubuh



(Eritroderma)

- Dermatomal (dermatom) : mengikuti distribusi serabut saraf aferen spinal tunggal



(Herpes zoster)

- *Sun exposed* : pada tempat yang terpajan sinar matahari



(sunburn)

- *Sun protected* : pada tempat yang tertutup oleh baju



(Pityriasis rosea)

- Akral : pada lokasi distal, seperti tangan, kaki, pergelangan tangan, pergelangan kaki



(Dyshidrosis/ pomfoliks)

- Trunkal : pada badan



(Psoriasis vulgaris)

- Ekstensor : pada daerah dorsal ekstremitas diatas otot ekstensor, lutut dan siku



(Dermatitis asteatotik)

- Fleksor lutut : pada daerah ventral ekstremitas diatas otot fleksor, lipat siku, lipat lutut



(Dermatitis atopik)

- Intertriginosa : terjadi pada lipatan kulit dimana dua permukaan kulit bersentuhan, seperti axilla, lipat paha (inguinal), paha bagian dalam, lipatan payudara, intergluteal



(Kandidiasis intertriginosa)

6. Batas lesi :

- Tegas (sirkumskripta) dengan kulit di sekitarnya



(Erisipelas)

- Tidak tegas (difus) dengan kulit di sekitarnya



(Selulitis)

Kelainan Rambut

Kelainan Kuku

Kelainan Mukosa

**PALPASI**

- Pasien bisa berada dalam posisi duduk atau berbaring
- Pemeriksa menggunakan jari telunjuk tangan kanan yang ditekan pada lesi, apakah ada perubahan warna dari eritematosa (kemerahan) menjadi keputihan atau ada peninggian kulit
- Dapat juga ditekan menggunakan kaca objek (diaskopi) untuk membedakan eritema dan purpura

**DIAGNOSIS BANDING**

Tentukan diagnosis banding berdasarkan anamnesis riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik.

**PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSIS**

Lakukan pemeriksaan penunjang berdasarkan diagnosis banding untuk menegakkan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding.

1. Mikrobiologi :

- a. Mikologi :
  - Pemeriksaan kerokan kulit dengan larutan KOH 10% atau 20%
  - Kultur jamur
  - Pemeriksaan dengan pengecatan khusus
- b. Bakteriologi :
  - Pengecatan Gram dari cairan tubuh
  - Kultur bakteri
- c. Virologi :
  - Pengecatan dengan Tzanck
  - Kultur virus
2. Histopatologi :
  - a. Pengecatan *Hematoxyllin-Eosin*
  - b. Pengecatan dengan cat khusus yang lain
  - c. Immunopatologi
  - d. Immunofluoresensi direk dan indirek
3. Molekuler
4. Penunjang yang lain :
  - Lampu Wood
  - Radiologis
  - Pemeriksaan kandungan cairan dan pigmen pada kulit
  - Foto digital secara serial

## 2. KONSELING DAN EDUKASI

Lakukanlah konseling dengan prosedur berikut ini :

1. Mengawali pertemuan:
 

Membina rapport dengan cara:

  - Tunjukkan sikap empati (sejak awal pertemuan sampai menutup pertemuan)
  - Ucapkan salam dan perkenalkan diri
  - Tanyakan identitas klien/pasien
  - Beri situasi yang nyaman bagi klien/pasien dan atau keluarga (misalnya: menawarkan pada klien/pasien ingin sendiri atau ditemani, mempersilakan duduk dengan nyaman dan santai/tenang,dll)
  - Tunjukkan kemampuan menjaga rahasia klien/pasien (misalnya dalam kasus-kasus yang bersifat pribadi dokter menyampaikan bahwa hal tersebut akan terjamin kerahasiaannya)
2. Tahap inti
  - a. Menyambut (sikap, kalimat pembuka: "Ada yang bisa saya bantu?" tidak dianjurkan "Ada masalah apa?")
  - b. Membahas (konseling tidak bisa *instant*, perhatikan: arahkan klien/pasien bila sulit memformulasikan apa yang ingin diungkapkan, bicara singkat kecuali pada saat menyimpulkan).

- c. Membantu menetapkan pilihan (tidak dianjurkan segera memberi nasihat, bila klien/pasien sangat tegang, bantu dengan mengajukan alternatif pilihan).
  - d. Meningkatkan hal-hal penting.  
(dengan melakukan teknik-teknik dasar konseling)
3. Menutup pertemuan
- o Melakukan penilaian terhadap efektifitas konseling (misalnya dengan menanyakan kepada klien/pasien tentang langkah-langkah yang ditetapkan untuk menyelesaikan masalahnya)
  - o Membuat kesimpulan
    - Dapat dilakukan oleh kedua belah pihak (misalnya, “jadi kesimpulannya...”)
    - Menetapkan langkah selanjutnya berdasarkan simpulan yang telah disepakati (melanjutkan konseling, atau sementara dapat berdiri sendiri, atau dirujuk ke yang lebih ahli)
  - o Mengakhiri konseling atas persetujuan klien

Edukasi pada pasien dapat dilakukan pada tahap inti ataupun saat menutup pertemuan.

## SIMULASI 1

### Skenario:

*Seorang laki-laki berusia 15 tahun datang ke praktek dokter dengan keluhan gatal-gatal*

*Tugas Mahasiswa:*

- 1. Lakukan anamnesis pada pasien!*
- 2. Lakukan pemeriksaan dermatologi!*
- 3. Lakukan konseling dan edukasi!*

### PELAKSANAAN TUGAS

#### Anamnesis :

- Melakukan anamnesis sistematis berdasar 7 butir atribut dan 4 pokok pikiran

Data Pasien :

Nama : Ihsan

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 14 Juni 2003

Alamat : Jl. Raharja II No.36A, Jaten, Karanganyar

Pekerjaan : santri pondok pesantren

Status : belum menikah

Keluhan utama : gatal-gatal

Riwayat Penyakit Sekarang :

Onset dan Kronologis : gatal-gatal di sela jari, pergelangan tangan dan selangkangan sejak 2 minggu yang lalu

Kualitas : gatal-gatal hebat mengganggu tidur

Kuantitas : gatal-gatal awalnya terbatas, lama kelamaan semakin meluas

Faktor memperberat : saat malam hari dan berkeringat

Faktor memperingan : jika ditabur bedak salicyl gatal sedikit berkurang

Keluhan lain : -

Riwayat Pengobatan : bedak salicyl

Riwayat Penyakit Dahulu : belum pernah menderita sakit serupa

Riwayat Penyakit Keluarga : tidak ada keluarga yang menderita penyakit serupa

Riwayat Sosial Ekonomi :

- Pasien adalah santri pondok pesantren
- Belum menikah
- Ibu bekerja sebagai guru SMP, ayah sebagai pegawai KUA

Riwayat Kebiasaan Pribadi :

- Mandi 2x sehari
- Tidur: satu kamar terdiri dari 20 santri
- Makan teratur
- Tidak merokok

### SKABIES

Skabies adalah penyakit yang disebabkan infestasi dan sensitisasi kulit oleh tungau *Sarcoptes scabiei* dan



produknya. Penyakit ini berhubungan erat dengan higiene yang buruk. Prevalensi skabies tinggi pada populasi yang padat. Dari hasil penelitian di Brazil, prevalensi skabies dua kali lebih tinggi di daerah kumuh perkotaan yang padat penduduk daripada di masyarakat nelayan dimana mereka tinggal di tempat yang lebih luas.

Penularan dapat terjadi karena:

1. Kontak tidak langsung (melalui benda), seperti penggunaan perlengkapan tidur bersama dan saling meminjam pakaian, handuk dan alat-alat pribadi lainnya, tidak memiliki alat-alat pribadi sendiri sehingga harus berbagi dengan temannya. Tungau hidup dalam epidermis, tahan terhadap air dan sabun dan tetap hidup bahkan setelah mandi dengan air panas setiap.
2. Kontak langsung kulit dengan kulit penderita skabies, seperti menjabat tangan, hubungan seksual, atau tidur bersama.

### **Hasil Anamnesis (*Subjective*)**

Gejala klinis :

1. Pruritus nokturna, yaitu gatal yang hebat terutama pada malam hari atau saat penderita berkeringat.
2. Lesi timbul di stratum korneum yang tipis, seperti di sela jari, pergelangan tangan dan kaki, aksila, umbilikus, areola mammae dan di bawah payudara (pada wanita) serta genital eksterna (pria).

Faktor Risiko :

1. Masyarakat yang hidup dalam kelompok yang padat seperti tinggal di asrama atau pesantren
2. Higiene yang buruk.
3. Sosial ekonomi rendah seperti di panti asuhan, dan sebagainya.
4. Hubungan seksual yang sifatnya promiskuitas.

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)**

Pemeriksaan Fisik :

Lesi kulit berupa terowongan (kanalikuli) berwarna putih atau abu-abu dengan panjang rata-rata 1 cm. Ujung terowongan terdapat papul, vesikel, dan bila terjadi infeksi sekunder, maka akan terbentuk pustul, ekskoriasi, dan sebagainya. Pada anak-anak, lesi lebih sering berupa vesikel disertai infeksi sekunder akibat garukan sehingga lesi menjadi bernanah.





**Gambar 1. Kanalikuli disertai papul dan pustul pada penyakit Skabies**

#### Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan mikroskopis dari kerokan kulit untuk menemukan tungau.

#### **Penegakan Diagnosis (Assessment)**

##### Diagnosis Klinis :

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Terdapat 4 tanda kardinal untuk diagnosis skabies, yaitu:

1. Pruritus nokturna
2. Penyakit menyerang manusia secara berkelompok.
3. Adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok-kelok, rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ditemukan papul atau vesikel.
4. Ditemukannya tungau dengan pemeriksaan mikroskopis.

Diagnosis ditegakkan dengan menemukan 2 dari 4 tanda tersebut.

##### Diagnosis Banding

Skabies adalah penyakit kulit yang disebut dengan *the great imitator* dari kelainan kulit dengan keluhan gatal. Diagnosis bandingnya adalah: Pioderma, Impetigo, Dermatitis, Pedikulosis korporis

##### Komplikasi

Infeksi kulit sekunder terutama oleh *S. aureus* sering terjadi, terutama pada anak. Komplikasi skabies dapat menurunkan kualitas hidup dan prestasi belajar.

##### **Konseling dan Edukasi**

Edukasi tentang upaya eradikasi skabies harus melibatkan banyak pihak. Jika di pesantren, maka seluruh teman sekamarnya juga harus diberi tata laksana, agar tidak saling menularkan di kemudian hari. Semua benda seperti sprei, bantal guling, selimut harus dicuci dengan air panas. Selain itu juga perlu adanya

edukasi bahwa pada pelajar skabies dapat menurunkan kualitas hidup dan prestasi belajar karena sifat gatalnya yang hebat dan mengganggu tidur.

## SIMULASI 2

### Skenario

*Seorang laki-laki berusia 35 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan bercak putih di kulit*

*Tugas mahasiswa:*

- 1. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut!*
- 2. Lakukan pemeriksaan dermatologis!*
- 3. Lakukan edukasi kepada pasien!*

### PELAKSANAAN TUGAS

#### Anamnesis :

- Melakukan anamnesis sistematis berdasar 7 butir atribut dan 4 pokok pikiran

Data Pasien :

Nama : Tn. Sutarjo

Tempat, tanggal lahir : Demak, 14 Juni 1982

Alamat : Ds Bulu, Jaten, Karanganyar

Pekerjaan : Tukang bangunan

Status : menikah

Keluhan utama : bercak putih

Riwayat Penyakit Sekarang :

Onset dan Kronologis : sejak 7 hari yang lalu pasien merasa ada bercak putih di kulit punggung dan bawah ketiak. Terasa agak gatal

Kualitas : -

Kuantitas : -

Faktor memperberat : berkeringat

Faktor memperingan : -

Keluhan lain : -

Riwayat Pengobatan : -

Riwayat Penyakit Dahulu :

- Pasien pernah mengalami keluhan seperti ini diobati sembuh tapi kambuh kembali

Riwayat Penyakit Keluarga :

- Bapak pasien kadang juga mengalami sakit seperti ini
- Tidak ada riwayat diabetes, hipertensi, alergi pada ayah, ibu maupun saudara kandung

Riwayat Sosial Ekonomi :

- Pasien adalah tukang bangunan
- Sudah menikah, dengan 2 orang anak

Riwayat Kebiasaan Pribadi :

- Mandi kurang teratur, kadang 2x sehari, kadang 1x sehari
- Merokok

## **PITIRIASIS VERSICOLOR**

Tinea versikolor adalah penyakit infeksi pada superfisial kulit dan berlangsung kronis yang disebabkan oleh jamur *Malassezia furfur*. Prevalensi penyakit ini tinggi pada daerah tropis yang bersuhu hangat dan lembab.

### **Hasil Anamnesis (Subjective)**

#### Keluhan

Pasien pada umumnya datang berobat karena tampak bercak putih pada kulitnya. Keluhan gatal ringan muncul terutama saat berkeringat, namun sebagian besar pasien asimtomatik.

#### Faktor Risiko

1. Sering dijumpai pada dewasa muda (kelenjar sebacea lebih aktif bekerja).
2. Cuaca yang panas dan lembab.
3. Tubuh yang berkeringat.
4. Imunodefisiensi

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (Objective)**

#### Pemeriksaan Fisik

Tanda patognomonis

Lesi berupa makula hipopigmentasi atau berwarna-warni, berskuama halus, berbentuk bulat atau tidak beraturan dengan batas tegas atau tidak tegas. Skuama biasanya tipis seperti sisik dan kadangkala hanya dapat tampak dengan menggores kulit (*finger nail sign*).

Predileksi di bagian atas dada, lengan, leher, perut, kaki, ketiak, lipat paha, muka dan kepala. Penyakit ini terutama ditemukan pada daerah yang tertutup pakaian dan bersifat lembab.

#### Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan lampu Wood menampakkan pendaran (fluoresensi) kuning keemasan pada lesi yang bersisik.
2. Pemeriksaan mikroskopis sediaan kerokan skuama lesi dengan KOH. Pemeriksaan ini akan tampak campuran hifa pendek dan spora-spora bulat yang dapat berkelompok (*spaghetti and meatball appearance*)

### **Penegakan Diagnosis (Assessment)**

Diagnosis Klinis

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding

Vitiligo, Dermatitis seboroik, Pitiriasis alba, Morbus hansen, Eritrasma



**Gambar 2. Skuama putih bersisik pada Pitiriasis versicolor**

**Konseling dan Edukasi**

Edukasi pasien dan keluarga bahwa pengobatan harus dilakukan secara menyeluruh, tekun dan konsisten, karena angka kekambuhan tinggi ( $\pm$  50% pasien). Infeksi jamur dapat dibunuh dengan cepat tetapi membutuhkan waktu berbulanbulan untuk mengembalikan pigmentasi ke normal. Untuk pencegahan, diusahakan agar pakaian tidak lembab dan tidak berbagi dengan orang lain untuk penggunaan barang pribadi.

## CHECKLIST SIMULASI

No.	Aspek Keterampilan yang Dinilai	CEK	
		0	1
1.	Sambung Rasa dan Mengawali Pertemuan		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>b. Menanyakan identitas klien</li> <li>c. Memberikan situasi yang nyaman bagi klien</li> <li>d. Menunjukkan sikap empati</li> <li>e. Menjaga rahasia klien</li> </ul>		
2.	ANAMNESIS		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan keluhan utama</li> <li>b. Menanyakan lokasi</li> <li>c. Menanyakan onset dan kronologi</li> <li>d. Menanyakan kualitas keluhan</li> <li>e. Menanyakan kuantitas keluhan</li> <li>f. Menanyakan faktor-faktor pemberat</li> <li>g. Menanyakan faktor-faktor peringan</li> <li>h. Menanyakan gejala penyerta</li> <li>i. Menanyakan riwayat penyakit dahulu</li> <li>j. Menanyakan riwayat kesehatan keluarga</li> <li>k. Menanyakan riwayat sosial ekonomi dan kebiasaan pribadi</li> </ul>		
3.	PEMERIKSAAN		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan inspeksi lesi dan menyebutkan terminologi lesi dengan benar</li> <li>b. Menilai hasil pemeriksaan inspeksi kulit, kuku, rambut dan mukosa (lokasi, distribusi lesi, bentuk/ susunan lesi, batas lesi, ukuran lesi, efloresensi primer &amp; sekunder)</li> <li>c. Melakukan dan menilai hasil pemeriksaan palpasi kulit</li> <li>d. Menentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan dan menjelaskan alasannya</li> </ul>		
4.	MENENTUKAN DIAGNOSIS KLINIS DAN ALASANNYA		
5.	MEMBERIKAN EDUKASI TERKAIT PENYAKIT		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan kembali keluhan klien</li> <li>b. Menjelaskan tentang penyebab penyakit</li> <li>c. Menjelaskan tentang alternatif pemecahan masalah (tata laksana penyakit <i>non farmakologik</i>)</li> </ul>		
6.	MENUTUP SESI PERTEMUAN		

## DAFTAR PUSTAKA

1. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. Edisi ke-11 China: Elsevier Inc; 2011.
2. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editor. Dermatology. Edisi ke-3. China: Elsevier Inc; 2012. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.
3. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editor. Rook's textbook of dermatology. Edisi ke-8. Singapore: Blackwell Publishing Ltd; 2010.
4. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editor. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-8. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.
5. Habif TP. Clinical Dermatology: A color guide to diagnosis and therapy. Edisi ke-5. China: Elsevier Inc; 2010.
6. Wofff K, Johnson RA. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. Edisi ke-6. New York: The McGraw-Hill Companies Inc; 2012.
7. Kementerian Kesehatan RI. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: 2014.