

Penatalaksanaan Holistik Pada Anak Laki-Laki Usia 5 Tahun dengan Skabies Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja

Puskesmas Gedong Air

Brigitta Olivia Sinulingga¹, Nadia Afifah¹, Sahab H. Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skabies adalah infestasi parasit *Sarcoptes scabiei* var *homini* pada kulit yang ditandai dengan keluhan gatal dan presentasi klinis yang beragam. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah kasus baru skabies dari tahun-ketahun. Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan perubahan perilaku penderitanya. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence-based medicine* dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Sebelum dilakukan intervensi, pengetahuan pasien mengenai penyakit yang dideritanya kurang dengan perilaku kebersihan yang masih kurang. Pengetahuan keluarga tentang skabies masih rendah. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perubahan perilaku dan penurunan keluhan pasien. Setelah dilakukan penatalaksanaan pada pasien didapatkan perbaikan pada pengetahuan pasien dan keluarganya terkait penyakit, serta perbaikan perilaku kesehatan.

Kata Kunci: Dokter Keluarga, diagnosis holistik, skabies

Holistic Management of A 5 Year Boy with Skabies Through Family Medicine In The Working Area Of Puskesmas Gedong Air

Abstract

Scabies is an infestation of the parasite *Sarcoptes scabiei* var *homini* on the skin which is characterized by itching complaints and various clinical presentations. Based on data from the Lampung Provincial Health Office, it shows that there is an increase in the number of new cases of scabies from year to year. This disease is a disease that can be prevented by changing the behavior of the patient. Family doctor practice are evidence-based medicine by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on patient problems with a patient centered and family approach. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination, labs exam and home visits to assess the physical environment. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning to the end. Prior to the intervention, the patient's knowledge about the disease he suffered was lacking with poor hygiene behavior. Family knowledge about scabies is still low. After the intervention, there was a change in behavior and a decrease in patient complaints. After the treatment was carried out on the patient, there was an improvement in the knowledge regarding the disease, as well as an improvement in life habits.

Keywords: Family doctor, holistic diagnosis, scabies

Korespondensi: Brigitta Olivia Sinulingga, Taman Golf Residence I, Batam, Kepulauan Riau, HP 081268920324, e-mail brigittasolivia@gmail.com

Pendahuluan

Skabies adalah infestasi parasit *Sarcoptes scabiei* var *homini* pada kulit yang ditandai dengan keluhan gatal dan presentasi klinis yang beragam. Pada tahun 2020 World Health Organization (WHO), menyatakan bahwa skabies hampir terjadi di seluruh dunia namun paling sering terjadi pada negara-negara tropis yang panas dan di daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi. Skabies

menjadi penyumbang sebagian besar penyakit kulit di negara berkembang.¹

Skabies adalah salah satu dari 15 kondisi kulit yang termasuk dalam Studi Global Burden of Disease (GBD), yang menganalisis data selama 20 tahun di 187 negara yang berbeda pada tahun 2010. Prevalensi skabies secara global diperkirakan 100.625.000 orang di seluruh dunia pada tahun 2010 dan meningkat menjadi lebih dari 204.151.000 pada tahun

2013. Perkiraan prevalensi untuk tahun 2017 adalah 175.406.000.²

Jumlah penderita skabies di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 3,6% dari jumlah penduduk. Departemen kesehatan RI mengatakan prevalensi penyakit kulit pada tahun 2013 di Indonesia sebesar 9% dan pada tahun 2014 jumlah penderita skabies terus meningkat sebesar 7,4%-12,9%. Prevalensi yang terus meningkat setiap tahunnya menandakan bahwa skabies masih menjadi salah satu penyakit menular di Indonesia.^{3,4}

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah kasus baru skabies dari tahun-ketahun. Hal ini dibuktikan dari data pada tahun 2012 didapatkan bahwa jumlah kasus baru penyakit skabies di Lampung berjumlah 2941 orang dan tahun 2014 berjumlah 7960 orang.⁵

Prevalensi skabies tertinggi ditemukan pada individu yang lebih muda, dengan puncak di usia 15 dan 20 tahun dengan perkiraan prevalensi rata-rata 5-10% pada anak-anak. Secara geografis, prevalensi skabies tertinggi terjadi di iklim tropis yang hangat. Tidak ada perbedaan prevalensi antara jenis kelamin berdasarkan usia atau perbandingan regional. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa kepadatan penduduk di iklim tropis yang panas memudahkan penyebaran tungau skabies dengan cepat.⁶

Status sosial ekonomi yang rendah memperburuk beban penyakit untuk pasien dengan skabies yang disebabkan oleh kurangnya akses pelayanan kesehatan yang berkontribusi pada kekurangan dalam manajemen yang tepat waktu dan definitif sehingga infestasi berulang sering terjadi. Beban utama dari infestasi skabies dan komplikasinya menimbulkan beban biaya yang besar pada sistem perawatan kesehatan. Di negara-negara berpenghasilan tinggi kasus skabies tersebar sporadis, namun wabah di institusi kesehatan dan komunitas rentan berkontribusi pada biaya ekonomi yang signifikan dalam layanan kesehatan nasional.⁷

Faktor-faktor yang berkontribusi dalam kejadian skabies yaitu; kontak dengan penderita skabies, faktor sosial ekonomi, rendahnya tingkat *personal hygiene* dan

kondisi lingkungan yang mendukung untuk berkembangnya skabies seperti kepadatan hunian, sanitasi yang tidak baik, dan akses air bersih yang sulit. *Personal hygiene* adalah upaya untuk memelihara hidup sehat meliputi kehidupan bermasyarakat dan kebersihan beraktivitas untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologi. Kebersihan merupakan salah satu perilaku untuk mencegah timbulnya penyakit. *Personal Hygiene* dipengaruhi beberapa faktor diantaranya nilai sosial individu dan budaya, terutama pengetahuan dan persepsi mengenai kebersihan diri.⁸

Penyakit skabies adalah penyakit yang dapat dicegah dengan perubahan perilaku penderitanya. Dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Tatalaksana holistik 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.

Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centred* dan *family approach*.

Kasus

Pasien An. N berumur 5 tahun datang ke Puskesmas Gedong Air dengan keluhan timbul bintil-bintil kemerahan di tangan dan kaki sejak 2 minggu yang lalu. Keluhan tersebut disertai rasa gatal yang terutama dirasakan pada malam hari. Awalnya keluhan dimulai dari munculnya bintil-bintil kecil kemerahan sebesar ujung jarum pentul pada sela jari tangan kiri yang kemudian bertambah banyak dan meluas ke sela jari tangan kanan, punggung ke kedua tangan, telapak tangan, serta punggung kaki.

Pasien belum pernah berobat terkait keluhannya namun ibu pasien mengaku memakai obat merah untuk mengurangi keluhan namun keluhan tidak membaik. Pasien khawatir keluhan akan memberat sehingga

berobat ke Puskesmas dengan harapan keluhan dapat berkurang dan penyakit dapat sembuh. Pasien mengatakan bahwa satu keluarga mengalami keluhan yang serupa. Riwayat alergi seperti asma, alergi makanan atau obat disangkal pasien. Saat ditanyakan mengenai definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pengendalian penyakit yang diderita pasien belum mengetahuinya. Saat ini pasien masih dapat beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

Awalnya keluhan muncul setelah sepupu pasien menginap di rumah pasien sekitar 2 minggu yang lalu. Sepupu pasien, An. J 12 tahun sebelumnya sudah pernah mengalami keluhan serupa. Keluarga An. J tidak mengalami keluhan serupa karena tidak tinggal bersama. An. J tinggal di Pesantren dan mengaku teman-temannya ada yang memiliki keluhan serupa. An. J mengaku telah diberikan obat dari puskesmas terkait keluhannya dan Ketika waktu kunjungan ke pesantren An. J sudah tidak memiliki keluhan lagi. Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit ringan; frekuensi nadi: 90 x/menit; frekuensi nafas: 24 x/menit; suhu: 36,7 °C; berat badan 25 kg dan tinggi badan 110 cm. Hasil IMT: 20,66 kg/m². Kategori status gizi IMT yaitu gizi baik (normal).

Pemeriksaan kepala, terlinga, hidung, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, tidak terdapat pembesaran KGB, kesan dalam batas normal. Pemeriksaan paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan *wheezing*, kesan dalam batas normal. Jantung, batas kanan pada linea sternalis kanan, batas kiri tepat pada linea midclavicula, ICS 5, kesan batas jantung normal. Abdomen, tampak datar, supel, tidak didapatkan organomegali ataupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, kesan dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis dalam batas normal.

Pada status dermatologis didapatkan pada regio plantar manus bilateral tampak erosi, multiple, ukuran numular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, dan dikelilingi oleh skuama berwarna putih. Pada regio plantar manus bilateral tampak pustule diatas dasar eritematosa, soliter, ukuran

lentikuler, bentuk bulat, batas sirkumskripta, tersebar diskret. Pada regio plantar pedis bilateral tampak ekskorsiasi, multiple, ukuran lentikuler-nummular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, ditutupi krusta kekuningan, dan dikelilingi oleh skuama berwarna putih; tampak pustule diatas dasar eritem, soliter, ukuran milier, bentuk bulat, batas sirkumskripta, dikelilingi krusta kekuningan, tersebar diskret. Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini.

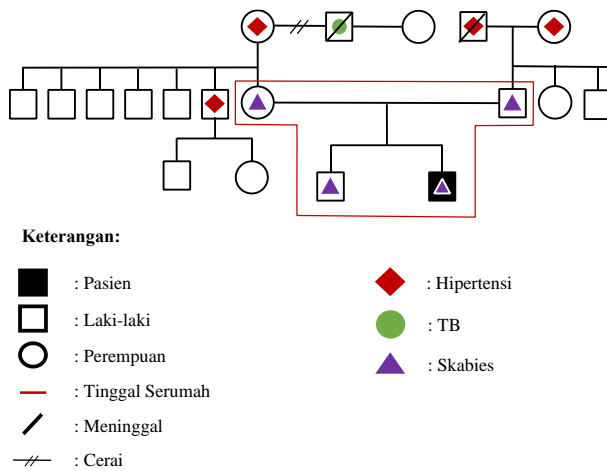
Pasien anak kedua dari dua bersaudara. Pasien tinggal bersama ayah, ibu, dan kakak laki-lakinya. Ayah dan Ibu pasien bekerja sebagai pedagang sayuran di pasar. Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh Tn. A sebagai kepala keluarga.

Tn. A 38 tahun adalah anak pertama dari empat bersaudara. Ayah dari Tn. A sudah meninggal karena penyakit darah tinggi. Ibu dari Tn. A tinggal Bersama Ny. B 36 tahun yang tinggal di Kota Bumi. Tn. P 32 tahun tinggal di Solo dan Ny. S 26 tahun tinggal di Pesawaran. Ny. J 32 tahun adalah anak ketujuh dari pernikahan pertama ayahnya. Ibu Ny. J sudah meninggal karena penyakit paru. Ny. J tidak dekat dengan saudara-saudaranya dan tidak mengenal keluarga dari pernikahan kedua ayahnya.

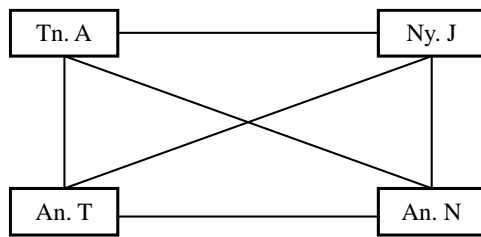
Pendapatan rumah tangga berada pada upah minimal rerata (UMR). Dalam mencukupi kebutuhan primer sudah baik sedangkan untuk pemenuhan kebutuhan sekunder dan tersier cukup. Kebutuhan pendidikan masih kurang dengan pendidikan tertinggi di keluarga yaitu D3 (Tn. A).

Dukungan keluarga untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit masih kurang, keluarga sering melakukan pengobatan mandiri sebelum berobat ke pelayanan kesehatan. Keluarga hanya memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan sangat mengganggu kegiatan sehari-hari dan bila usaha pengobatan sendiri gagal. Keluarga pasien berobat ke puskesmas menggunakan sepeda motor. Jarak rumah ke puskesmas 1,9 kilometer. Saat ditanyakan mengenai definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pengendalian penyakit yang diderita keluarga pasien belum mengetahuinya

Genogram keluarga pasien dibuat pada 24 Agustus 2022 dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 1. Genogram



Gambar 2. Hubungan antar keluarga

Keterangan Gambar:

———— : hubungan sangat erat

Family Apgar Score

- Adaptation : 2
- Partnership : 1
- Growth : 1
- Affection : 1
- Resolve : 2

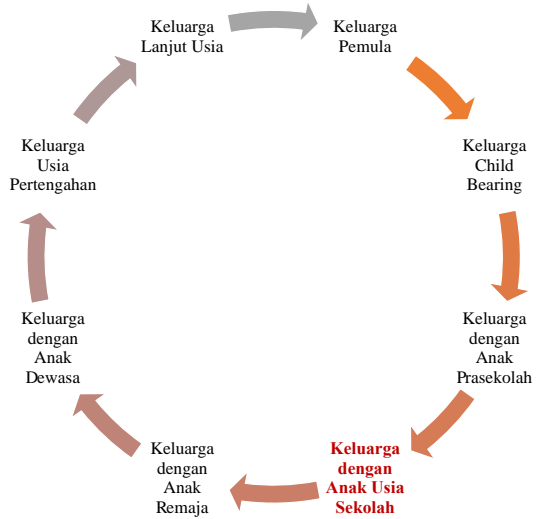
Total Family Apgar score 7 (tidak ada disfungsi keluarga)

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil antara lain:

Tabel 1. Family SCREEM Score

Ketika Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√			
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	√			
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	√			
R2 Tokoh agama yang kami anut sangat membantu keluarga kami		√		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	√			
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		√		
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga			√	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2 Dokter, perawat dan / petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		√		
TOTAL	28			

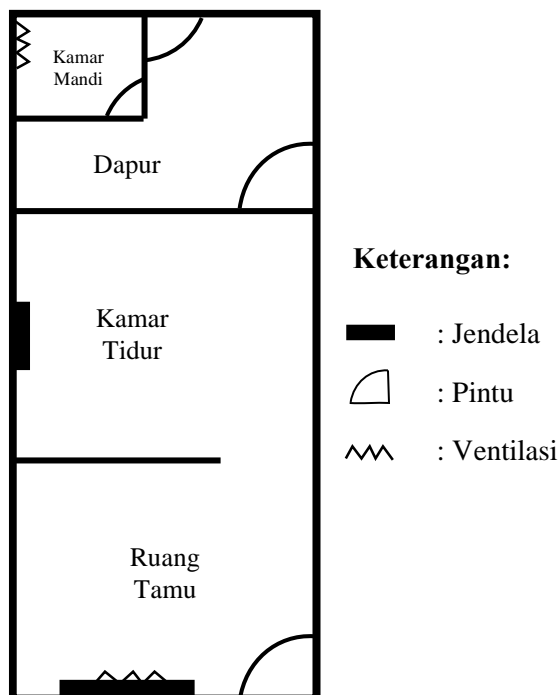
Berdasarkan siklus hidup keluarga An. N dapat dilihat bahwa keluarga An. N berada dalam tahap keluarga anak usia sekolah.



Gambar 2. Family Lifecycle

Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dengan rumah ukuran 4x9 m². Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah empat orang. Rumah terdiri dari satu ruang tamu yang merangkap sebagai ruang makan, satu kamar tidur, satu kamar mandi dengan WC jongkok, dan dapur. Atap rumah terbuat dari genteng, dengan dinding tembok langsung berbatasan dengan rumah tetangga kanan. Lantai rumah terbuat dari semen tanpa dikeramik pada bagian ruang tamu, kamar tidur, dapur, dan toilet. Terdapat dua jendela, jendela di bagian depan rumah,

jendela berupa kaca tembus pandang gelap yang dapat dibuka sedangkan jendela yang berada di dalam kamar berupa kaca tembus pandang yang tidak dapat dibuka. Sinar matahari hanya dapat masuk ke bagian depan rumah, penerangan dibantu lampu listrik biasa, Ventilasi rumah hanya ada di atas jendela dan pintu depan, pertukaran udara kurang baik. Sumber air berasal dari sumur bor yang digunakan untuk mandi dan mencuci, sedangkan air minum menggunakan air galon isi ulang. Keadaan rumah secara keseluruhan terlihat kurang rapi dan bersih. Terdapat tumpukan sampah di depan rumah dan gantungan baju yang menghalangi cahaya matahari masuk ke dalam rumah.



Gambar 3. Denah rumah pasien

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya, serta tatalaksana medikamentosa. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi dilakukan dengan *patient centered, family focused* dan *community oriented*. Tatalaksana medikamentosa yang diberikan adalah salep permetrin yang dioleskan 1 kali sehari pada

malam hari dan anti histamin berupa cetirizin tablet 10 mg 2 kali sehari.

Tatalaksana non-farmakologi yaitu memberikan edukasi mengenai penyakit yang diderita berupa definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pengendalian penyakit yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, dan pemutusan penularan. Konseling kepada pasien tentang *personal hygiene* dan lingkungan, seperti menghindari penggunaan barang pribadi bersamaan (pakaian dan alat mandi) bersamaan dengan anggota keluarga lain, mandi dua kali sehari, mengganti baju setiap setelah mandi atau ketika setelah berkeringat berlebih, memisahkan pencucian baju pasien dengan keluarga yang lain. Memberikan informasi dan penjelasan mengenai skabies, pentingnya menjaga kebersihan lingkungan yang dapat menjadi faktor pemicu ke Pesantren tempat sepupu pasien (An. J) tinggal. Rencana Intervensi yang akan dilakukan yaitu melakukan penyuluhan terkait skabies menggunakan media poster kepada beberapa santri yang ada di pondok pesantren, penulis juga menyarankan untuk membuat program pemantauan kebersihan di pesantren dengan menunjuk *room monitor* sebagai pemantau dan pengingat untuk menjaga kebersihan serta melakukan piket rutin pada hari sabtu.

Pembahasan

Diagnosis klinis pada An. N ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dari anamnesis didapatkan datang ke Puskesmas Gedong Air dengan keluhan timbul bintil-bintil kemerahan di tangan dan kaki sejak 2 minggu yang lalu. Keluhan tersebut disertai rasa gatal yang terutama dirasakan pada malam hari. Awalnya keluhan dimulai dari munculnya bintil-bintil kecil kemerahan sebesar ujung jarum pentul pada sela jari tangan kiri yang kemudian bertambah banyak dan meluas ke sela jari tangan kanan, punggung ke kedua tangan, telapak tangan, serta punggung kaki. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan status dermatologis berupa pada regio plantar manus bilateral tampak erosi, multiple, ukuran numular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, dan

dikelilingi oleh skuama berwarna putih. Pada regio plantar manus bilateral tampak pustule diatas dasar eritematosa, soliter, ukuran lentikuler, bentuk bulat, batas sirkumskripta, tersebar diskret. Pada regio plantar pedis bilateral tampak ekskoriasi, multiple, ukuran lentikuler-nummular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, ditutupi krusta kekuningan, dan dikelilingi oleh skuama berwarna putih; tampak pustule diatas dasar eritem, soliter, ukuran milier, bentuk bulat, batas sirkumskripta, dikelilingi krusta kekuningan, tersebar diskret.

Skabies adalah infestasi parasit *Sarcoptes scabiei* var *homini* pada kulit yang ditandai dengan keluhan gatal dan presentasi klinis yang beragam. Skabies sangat mudah menular. Transmisi penyakit terjadi melalui perpindahan tungau dewasa dari satu individu yang terinfeksi ke individu lain dengan kontak langsung kulit ke kulit dan secara tidak langsung melalui pakaian, handuk, atau seprei yang terkontaminasi. Daerah predileksi pada tempat dengan stratum korneum tipis, yaitu sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, areola mammae, umbilicus, bokong, genitalia eksterna, dan perut bagian bawah.¹

Penegakan diagnosis skabies dapat dilakukan bila ditemukan dua dari empat tanda kardinal yaitu gatal terutama pada malam hari (pruritus nokturna), ditemukan lesi kulit berupa terowongan (kunikulus) berbentuk garis lurus atau berkelok, warna putih atau abu-abu dengan ujung papul atau vesikel, penyakit ditemukan pada kelompok, dan ditemukannya tungau pada pemeriksaan mikroskopis. Apabila terjadi infeksi sekunder akan timbul pustul atau nodul.⁹

Pada kasus dapat diketahui terpenuhi dua tanda kardinal yaitu pruritus nokturna dan menyerang manusia secara berkelompok. Dua tanda kardinal lainnya hanya bisa dibuktikan dengan melakukan pemeriksaan penunjang secara mikroskopis dengan larutan KOH 10%, namun uji ini tidak dilakukan karena tidak tersedianya sarana dan prasarana yang dibutuhkan di puskesmas Gedong Air.^{1,9}

Pada kasus didapatkan status dermatologis pada regio plantar manus bilateral tampak erosi, multiple, ukuran

numular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, dan dikelilingi oleh skuama berwarna putih. Pada regio plantar manus bilateral tampak pustule diatas dasar eritematosa, soliter, ukuran lentikuler, bentuk bulat, batas sirkumskripta, tersebar diskret. Pada regio plantar pedis bilateral tampak ekskoriasi, multiple, ukuran lentikuler-nummular, bentuk bulat-oval, batas sirkumskripta, tersebar diskret, ditutupi krusta kekuningan, dan dikelilingi oleh skuama berwarna putih; tampak pustule diatas dasar eritem, soliter, ukuran milier, bentuk bulat, batas sirkumskripta, dikelilingi krusta kekuningan, tersebar diskret. Hal ini sesuai dengan teori, dimana dikatakan bahwa predileksi terjadinya penyakit pada daerah dengan stratum korneum yang tipis. Lesi yang ada juga sesuai dengan sumber bahwa lesi pada kulit dapat menyerupai bentuk dermatitis lainnya yaitu dapat ditemukan gambaran papul, vesikel, urtika, dan lain-lain. Erosi, ekskoriasi, krusta, pada pasien timbul akibat garukan. Pada pasien juga didapatkan efloresensi berupa papula atau vesikel dimana puncaknya terdapat gambaran *burrows* (lorong) atau kunikulus.^{1,10}

Diagnosis pasti pada skabies adalah ditemukannya tungau, larva, telur atau feses *Sarcoptes scabiei* secara mikroskopis dengan KOH 10%. Pemeriksaan penunjang penemuan tungau pada pasien dianjurkan jika kondisi pasien masih meragukan. Pemeriksaan dengan uji tetrasiklin dan burrow ink test (uji tinta) yang sederhana jarang dilakukan karena sering menunjukkan hasil negatif palsu. Hal ini terjadi karena biasanya pasien datang dalam keadaan penyakit yang lanjut sehingga terowongan telah ditutupi oleh krusta dan tidak dapat dimasuki tinta atau salep. Uji diagnostik skabies lainnya adalah dermoskopi yang memiliki tingkat sensitivitas 95%. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan tungau karena anamnesis dan pemeriksaan fisik sudah dapat menegakkan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding, serta karena terdapat keterbatasan sarana dan prasarana di puskesmas.^{11,12}

Penatalaksanaan pada pasien ini diberikan secara topikal dan sistemik. Pasien diberi terapi topikal berupa salep permetrin

dan terapi sistemik tablet anti histamin untuk mengurangi rasa gatal berupa cetirizine 10 mg. Pengobatan skabies harus memperhatikan beberapa hal khusus yaitu pemeriksaan dan pengobatan seluruh anggota keluarga secara bersamaan serta perbaikan *personal hygiene* untuk meningkatkan modalitas penyembuhan.

Penatalaksanaan pada pasien menggunakan obat topikal permetrin 5%. Permetrin bekerja dengan cara mengganggu polarisasi dinding sel saraf parasit yaitu melalui ikatan dengan natrium sehingga memperlambat repolarisasi dinding sel dan akhirnya terjadi paralisis parasit. Permetrin dipilih karena efektif pada semua stadium hidup tungau.¹³

Terdapat beberapa obat anti skabies topical lainnya yaitu: (1) Sulfur Presipitatum kadar 4–20% atau biasanya dikenal dengan nama Salep 2-4. Obat ini dapat digunakan oleh bayi berumur kurang dari dua tahun, ibu hamil dan ibu menyusui. Kekurangan dari salep ini adalah berbau, mengotori pakaian dan terkadang dapat menimbulkan iritasi pada pasien yang sensitive dengan sulfur.; (2) Benzil Benzoat dengan kadar 20- 25%, efektif terhadap semua stadium. Obat ini jarang ditemukan dipasaran dan memiliki efek samping sering menyebabkan iritasi, dan rasa gatal yang parah setelah pemakaian, dan diare pada menit pertama saat pengolesan. Cara penggunaannya adalah dengan dioleskan pada seluruh tubuh setiap malam selama tiga hari.; (3) Gama Benzena Heksa Hlorida atau Gameksan dengan kadar 1% dalam krim atau losio, efektif terhadap semua stadium skabies. Obat ini jarang menyebabkan iritasi sehingga mudah digunakan. Cara pemberian Gameksan hanya satu kali, kecuali jika masih didapatkan gejala maka dapat diulangi seminggu kemudian; (4) Krotamiton 10% dalam krim atau losio. Obat ini memiliki dua efek sebagai anti skabies dan anti gatal (5) Permetrin dengan kadar 5% dalam krim. Krim ini memiliki kadar yang kurang toksik dibandingkan gameksan walau memiliki efektifitas yang sama. Penggunaannya hanya satu kali dengan mengoleskan pada seluruh tubuh kecuali wajah dan dihapus setelah sepuluh jam dan dapat diulangi setelah satu minggu bila masih timbul gejala. Pilihan pengobatan skabies terbaik

adalah topikal permetrin atau ivermectin secara oral.^{1,13}

Pembinaan keluarga dengan prinsip kedokteran keluarga dilakukan terhadap keluarga An. N dengan Skabies. Pembinaan ini dilakukan atas dasar keluarga An. M yang memiliki keluhan gatal hebat dan mencegah keparahan penyakit yang semakin berat. Pasien belum pernah berobat ke puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya. Pasien khawatir rasa gatal semakin bertambah sehingga mengganggu aktivitas pasien. Pasien belum mengetahui bahwa penyakit yang dialaminya diakibatkan oleh infestasi tungau dan pasien juga tidak mengetahui cara penularannya maupun cara mencegahnya. Kunjungan rumah dilaksanakan untuk melihat lingkungan rumah pasien, gaya hidup pasien dan aktivitasnya yang dapat memengaruhi kondisi pasien.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan kunjungan rumah sebanyak tiga kali dimana kunjungan pertama pada hari Sabtu, 20 Agustus 2022. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, anamnesis keluarga, perihal penyakit yang telah diderita, pendataan keadaan rumah, serta kemungkinan faktor risiko diikuti dengan anamnesis holistik yang mencakup aspek biologi, psikososial, sosial, ekonomi dan perilaku pasien beserta keluarganya. Dari hasil kunjungan tersebut, pasien masih belum mengetahui sepenuhnya tentang penyakit, pengobatan, dan pencegahan mengenai penyakit yang dideritanya yaitu Skabies. Pasien khawatir penyakitnya akan bertambah berat dan mengganggu aktivitasnya.

Setelah dilakukan wawancara dan observasi, ditemukan beberapa faktor dari aspek internal dan lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya penyakit skabies pada pasien. Pada aspek internal, keluarga pasien belum mengetahui penyebab dari penyakit yang dialami, penyebaran dan penularan skabies, serta *personal hygiene* yang masih kurang serta penularan melalui kontak tidak langsung seperti penggunaan alat pribadi secara bersamaan. Pada aspek lingkungan ditemukan faktor berupa kerapihan dan

kebersihan rumah yang kurang serta kurangnya pencahayaan dan ventilasi di rumah.

Kunjungan kedua dilaksanakan pada hari Minggu, 21 Agustus 2022 untuk melakukan intervensi terhadap pasien berupa intervensi farmakologis krim Permetrin yang dioleskan satu kali sehari selama 10 jam untuk terapi kausatif dan cetirizine tablet 1x sehari untuk simtomatis berupa gatal. Intervensi non-farmakologis dengan menggunakan media presentasi poster yang menerangkan tentang definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pengendalian mengenai skabies. Edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak menggunakan pakaian milik orang lain, mencuci serta merendam pakaian, handuk, spre, sarung bantal dan guling di dalam air panas. Pasien juga di diberi tahu untuk menjemur kasur di panas matahari secara berkala. Hal ini dilakukan untuk memutuskan rantai penularan oleh semua tungau dewasa dan telur sehingga tidak terjadi kekambuhan dikemudian hari. Untuk edukasi pada aspek lingkungan keluarga diberikan edukasi untuk memperbaiki ventilasi dan penerangan dengan membuka pintu rumah pada siang hari. Pencahayaan yang baik dan cukup di dalam ruangan akan mengurangi kelembaban ruangan sehingga tungau tidak mampu bertahan lebih lama di luar kulit. Pasien juga diedukasi untuk membersihkan kipas angin yang digunakan. Ventilasi sangat penting untuk mencegah kekambuhan pada skabies. Ventilasi yang baik akan mengurangi kelembaban pada ruangan. Skabies berkembang pada ruangan yang kelembabannya tinggi dan tidak terkena sinar matahari. Beberapa faktor predisposisi lain dari penyakit ini adalah lingkungan rumah yang padat dan kebersihan lingkungan yang kurang baik sehingga mudah menjadi tempat hidup tungau. Kondisi lingkungan yang padat akan mempermudah transmisi penyakit dimana kepadatan tempat hunian sebagai faktor risiko terjadinya skabies telah dibuktikan oleh banyak penelitian-penelitian sebelumnya. Pasien masih mengutamakan perilaku Kesehatan kuratif dari pada preventif dan kurang memiliki pengetahuan tentang penyakit yang diderita.

Kunjungan ketiga pada Sabtu, 26 Agustus 2022 berupa evaluasi dari hasil intervensi yang diberikan. Dari hasil evaluasi didapatkan keluhan gatal yang dirasakan sudah berkurang. Pasien juga telah melakukan perubahan perilaku. Pasien juga tetap meneruskan pola hidup bersihnya dengan mandi dua kali sehari dan mengganti pakaian bersih setiap setelah mandi. Pasien dan keluarga sudah tidak menggunakan handuk secara bersamaan serta telah mencuci dan merendam barang-barang yang menempel pada tubuh di dalam air panas. Pasien dan keluarga juga sudah rutin membersihkan rumah dan menjemur kasur di terik matahari.

Pembinaan keluarga yang dilakukan pada kasus ini perlu memperhatikan pasien seutuhnya, tidak hanya tanda dan gejala penyakit namun juga psikologisnya, faktor ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga, perilaku kesehatan keluarga dan lingkungan.

Dilakukan juga kunjungan ke pesantren untuk memberikan informasi dan penjelasan mengenai skabies, pentingnya menjaga kebersihan lingkungan sekitar yang dapat menjadi faktor pemicu. Setelah dilakukan kunjungan ke pesantren pada hari Jumat, 16 September 2022 dan 21 September 2022, dari hasil wawancara yang telah dilakukan kepada beberapa penghuni pesantren didapatkan beberapa faktor yang mungkin dapat menjadi pemicu kejadian skabies. Salah satu faktor yaitu kurangnya pengetahuan mengenai skabies, *personal hygiene* yang kurang baik, kebiasaan-kebiasaan yang kurang baik seperti menggantung dan menumpuk pakaian habis pakai di kamar, pemakaian handuk dan barang pribadi bersama-sama, dan jarang mengganti dan mencuci handuk, seprai, sarung bantal, dll. Dilakukan penyuluhan terkait skabies menggunakan media poster kepada beberapa santri yang ada di pondok pesantren, penulis juga menyarankan untuk membuat program pemantauan kebersihan di pesantren dengan menunjuk *room monitor* sebagai pemantau dan pengingat untuk menjaga kebersihan serta melakukan priket rutin pada hari sabtu. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku terhadap anggota pesantren.

Simpulan

Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga berbasis *evidence-based medicine* dilakukan secara komprehensif, yang tidak hanya focus kepada pasien namun juga kepada keluarganya. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku terhadap keluarga dan anggota persantren.

Daftar Pustaka

1. Kusmarinah. Budimulja, U. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. 7th ed. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
2. Cox, V., Fuller, L., Engelman, D., Steer, A. and Hay, R. Estimating the global burden of scabies: what else do we need?*. Br J Dermatol. 2021; 184: 237-242. <https://doi.org/10.1111/bjd.19170>
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta; 2018.
4. Kemenkes. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2013.
5. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Data Jumlah Penyakit Provinsi Lampung Tahun 2014. Lampung; 2015.
6. Urban, K., Giesey, R. L., Delost, M., & Delost, G. R.. An Update on the Global Burden and Socioeconomics of Scabies: A Cross-Sectional Analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. SKIN The Journal of Cutaneous Medicine. 2020; 4(6):534–542. <https://doi.org/10.25251/skin.4.6.5>
7. World Health Organization. Scabies. (n.d.); 2020. Retrieved August 25, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
8. Widiasih D. Epidemiologi zoonosis di Indonesia. YogyakartaGajah Mada Univ Press; 2012.
9. Nuromah PI. Kondisi Fisik Lingkungan Dan Keberadaan Sarcoptes Scabiei Pada Kuku Warga Binaan Perumahan Penderita Skabies Di Blok A Lembaga Pemasyarakatan Klas I Surabaya. Jurnal Kesehatan Lingkungan; 2018.
10. Wolf, P., Faber, W., Handisurya, A., Ständer, S., & Ständer, S. Itch in Scabies-What Do We Know? Frontiers in Medicine | Wwww.Frontiersin.Org; 2021. 8:628392. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.628392>
11. Gilson, R. L., & Crane, J. S. Scabies. StatPearls; 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544306/>
12. Linden N van der, Gool K van, Gardner K, Dickinson H, Agostino J, Regan DG, et al. A systematic review of scabies transmission models and data to evaluate the costeffectiveness of scabies interventions. PLoS Negl Trop Dis. 2019; 13(3):e0007182.
13. Anderson KL, Strowd LC. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office. J Am Board Fam Med. 2017;30(1):78-84.