

Penatalaksanaan Penyakit Skabies Pada Laki-Laki Usia 42 Tahun Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Bahesty Cut Nyak Din¹, Sahab Sibuea²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skabies adalah penyakit menular disebabkan infestasi dari *Sarcoptes scabiei* varian hominis dan produknya. Skabies ditularkan melalui kontak langsung dengan kulit maupun kontak tidak langsung melalui benda yang dipakai bersama, misalnya handuk, pakaian, spre. Kurangnya pengetahuan dan hygiene perorangan dapat memicu terjadinya penyakit skabies. Studi ini merupakan laporan kasus berbasis *Evidence Base Medicine* pada pasien pria usia 42 tahun dengan mengidentifikasi faktor resiko dan masalah klinis serta penatalaksanaan pasien berdasarkan masalah pasien serta pendekatan *patient centred* dan *family approach*. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis), pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien Tn.Y usia 42 tahun di diagnosa dengan skabies, memiliki aspek resiko internal berupa kebiasaan jarang cuci tangan setelah beraktivitas dan kebiasaan menggunakan peralatan mandi secara bersama-sama. Aspek resiko eksternal berupa lingkungan tempat tinggal rumah padat hunian, kumuh, dan penataan barang tidak teratur serta terdapat keluhan serupa pada keluarga pasien yang tinggal serumah. Penatalaksanaan secara holistik dengan pendekatan dokter keluarga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien. Selain itu, peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.

Kata Kunci: Pelayanan dokter keluarga, penatalaksanaan holistik, skabies

Management Of Scabies Disease In Male 42 Years Old With Family Doctor Approach

Abstract

Scabies is an infectious disease caused by infestation of *Sarcoptes scabiei* hominis variants and their products. Scabies is transmitted through direct skin-to-skin contact or indirect contact through shared objects, such as towels, clothing, bed linen. Lack of knowledge and personal hygiene can lead to scabies. This study is a case report based on Evidence Base Medicine in male patients aged 42 years by identifying risk factors and clinical problems and management of patients based on patient problems as well as the patient centered approach and family approach. Primary data were obtained through history taking (autoanamnesis), physical examination and home visits. Secondary data was obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of study in a qualitative and quantitative manner. Tn.Y patient aged 42 years was diagnosed with scabies, has an internal risk aspect in the form of the habit of rarely washing his hands after the activity and habit of using toiletries together. Aspects of external risks in the form of a dense residential environment, slums, and irregular arrangement of goods and there are similar complaints in the families of patients who live at home. Holistic management with a family doctor approach can improve knowledge, attitudes, and behavior in patients. In addition, the role of the family is very important in the care and treatment of sick family members.

Keywords: Family doctor approach, holistic diagnosis, scabies

Korespondensi: Bahesty Cut Nyak Din, Jl. Samratulangi, Tanjung Karang | HP 081385426585 e-mail: cutbahesty@gmail.com

Pendahuluan

Skabies adalah penyakit menular disebabkan infestasi dan sensitasi *Sarcoptes scabiei* varian hominis dan produknya. Skabies disebut juga *the itch*, *seven year itch*, *Norwegian itch*, gudikan, gatal agogo, budukan atau penyakit amper. Penyebab penyakit skabies sudah dikenal lebih dari 100 tahun lalu sebagai akibat infestasi tungau yang

dinamakan *Acarus scabiei* atau pada manusia disebut *Sarcoptes scabiei* varian *hominis*. *Sarcoptes scabiei* termasuk filum *Arthropoda*, kelas *Arachnida*, ordo *Acarina*, super famili *Sarcoptes*.¹

Terdapat lebih dari 300 juta orang di seluruh dunia yang menderita skabies. Skabies ditemukan di semua negara dengan prevalensi yang bervariasi. Di beberapa negara yang

sedang berkembang prevalensi skabies sekitar 6%-27% dari populasi umum dan cenderung tinggi pada anak-anak serta remaja. Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi penyakit skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering. Di Indonesia sendiri skabies merupakan penyakit kulit yang masih dan tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat.^{2,3}

Berdasarkan data dari dinas kesehatan Provinsi Lampung tahun 2011, jumlah kasus baru penyakit skabies berjumlah 1135 orang, tahun 2012 mengalami peningkatan lebih dari 2x lipat dari tahun 2011 yaitu dari 1135 orang menjadi 2941 orang. Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, antara lain: kebersihan yang buruk, kesalahan diagnosis, dan perkembangan dermatografik serta ekologi. Hubungan seksual yang berganti-ganti pasangan juga dapat meningkatkan angka kejadian scabies.^{4,5}

Skabies paling sering ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda, tetapi dapat menyerang semua umur. Populasi yang padat, yang umum terjadi di negara-negara terbelakang dan hampir selalu terkait dengan kemiskinan dan faktor kebersihan yang buruk, juga ikut mendorong penyebaran skabies. Sebuah penelitian terbaru menyatakan bahwa prevalensi skabies lebih sering terjadi di daerah perkotaan, pada anak-anak dan wanita, dan pada musim dingin dibandingkan saat musim panas. Lingkungan padat penduduk, yang sering terdapat pada negara-negara berkembang dan hampir selalu berkaitan dengan kemiskinan dan higiene yang buruk, dapat meningkatkan penyebaran skabies.^{6,7}

Skabies ditularkan melalui kontak langsung kulit dengan kulit maupun dengan kontak tidak langsung melalui benda-benda yang dipakai bersama, misalnya handuk, pakaian, spreng, dan sarung bantal. Semakin banyak jumlah parasit dalam satu individu, maka semakin besar kemungkinan terjadinya penularan dalam lingkungan yang sama. Terdapat berbagai gambaran klinis skabies yang berbeda pada berbagai individu. Gambaran ini dapat menyulitkan diagnosis sehingga menyebabkan terapi yang tidak tepat. Apabila beberapa anggota keluarga

mengeluhkan erupsi kulit yang gatal, skabies harus dipikirkan sebagai salah satu diagnosis. Kurangnya pengetahuan dan hygiene perorangan dapat memicu terjadinya penyakit scabies serta tradisi kebiasaan buruk misalnya sering berganti-ganti pakaian dengan oranglain.⁸

Terdapat 4 tanda utama atau *cardinal sign* pada infestasi skabies, yaitu, pertama *Pruritus nocturna* dimana seseorang yang terinfeksi dengan tungau skabies mengalami kelainan kulit seperti pruritus yang timbul selama 6 hingga 8 minggu. Infeksi yang berulang menyebabkan ruam dan gatal yang timbul hanya dalam beberapa hari. Gatal terasa lebih hebat pada malam hari. Hal ini disebabkan karena meningkatnya aktivitas tungau akibat suhu yang lebih lembab dan panas. Sensasi gatal yang hebat seringkali mengganggu tidur dan penderita menjadi gelisah.^{5,6}

Kedua penyakit ini menyerang manusia secara kelompok, sehingga dalam sebuah keluarga biasanya mengenai seluruh anggota keluarga. Begitu pula dalam sebuah pemukiman yang padat penduduknya, skabies dapat menular hampir ke seluruh penduduk. Didalam kelompok mungkin akan ditemukan individu yang hiposensitisasi, walaupun terinfestasi oleh parasit sehingga tidak menimbulkan keluhan klinis akan tetapi menjadi pembawa/*carier* bagi individu lain.⁶

Selanjutnya terdapat gambaran terowongan yang menandai kelangsungan hidup *Sarcoptes scabiei* yang bergantung kepada kemampuannya meletakkan telur, larva dan nimfa didalam stratum korneum, oleh karena itu parasit sangat menyukai bagian kulit yang memiliki stratum korneum yang relatif lebih longgar dan tipis. Lesi yang timbul berupa eritema, krusta, ekskoriiasi papul dan nodul yang sering ditemukan di daerah sela-sela jari, pergelangan tangan bagian depan dan lateral telapak tangan, siku, aksilar, skrotum, penis, labia dan pada areola wanita. Bila ada infeksi sekunder ruam kulitnya menjadi polimorfik (pustul, ekskoriiasi, dan lain-lain).⁹

Tanda kardinal yang terakhir yaitu dengan ditemukannya *Sarcoptes scabiei* pada penderita. Apabila ditemukan terowongan

yang masih utuh kemungkinan besar tungau dewasa, larva, nimfa maupun skibala dapat ditemukan. Hal ini merupakan *gold standar* dalam penegakan diagnosis skabies. Akan tetapi, kriteria yang keempat ini sulit ditemukan karena hampir sebagian besar penderita pada umumnya datang dengan lesi yang sangat variatif dan tidak spesifik.¹⁰

Kasus

Pasien Tn.Y 42 tahun dengan keluhan utama bintil kemerahan disertai gatal sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan awalnya muncul di sela jari kiri berukuran sebesar ujung jarum pentul, kemudian menyebar ke sela jari dan punggung tangan yang lain. Keluhan gatal dirasakan sepanjang hari dan semakin berat terutama pada malam hari atau ketika melakukan aktivitas yang menyebabkan berkeringat. Riwayat penyakit dahulu, pasien belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya. Riwayat keluarga dengan penyakit yang sama dibenarkan oleh pasien. Pasien mengatakan bahwa sebagian anggota keluarganya yaitu anak kedua dan ketiga pasien memiliki keluhan serupa.

Keluhan yang dialami oleh anak ke dua pasien sudah dialami lebih dulu yaitu sejak 2 minggu yang lalu, kemudian diikuti keluhan pada pasien dan anak ketiganya. Pasien mengatakan bahwa tetangga di sekitar rumahnya banyak yang memiliki keluhan serupa. Menurut pasien anak kedua pasien juga sering bermain dirumah tetangganya. Pasien memiliki kebiasaan tidur bersama isteri dan anak-anaknya. Pasien belum pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya. Keluhan demam disangkal oleh pasien. Riwayat asma, alergi makanan, dan alergi obat tidak ada.

Pasien belum mengetahui penyebab dari penyakit yang dialami, penyebaran, dan penularannya sehingga tidak mengenali keluhan dan pencegahan dari penyakit yang dideritanya dan keluarganya. Pasien mengatakan mandi secara teratur 2 kali dalam sehari dan selalu mengganti pakaian setelah mandi, namun terkadang pasien gemar menggunakan handuk secara berganti-gantian dengan anak laki-lakinya Pasien dan keluarga

juga memiliki kebiasaan jarang mencuci tangan dengan sabun setiap selepas beraktivitas. Pasien makan secara teratur 3 kali dalam sehari dengan menu makanan nasi, sayur dan terkadang lauk. Pasien merupakan perokok aktif dan mereka sangat jarang berolahraga.

Pasien tinggal dalam sebuah rumah kontrakan dengan luas 6m x 3m yang terdiri dari 1 ruang kamar tidur, berfungsi ganda sebagai ruang keluarga dan kamar bagi pasien dan 1 kamar mandi yang berfungsi ganda sebagai kamar mandi dan tempat mencuci peralatan makan. Kesan tatanan barang dalam kamar tersebut tidak teratur. Ruangan utama beralaskan semen dengan tembok bata yang tidak dicat, bagian atap tidak terpasang plavon, tidak memiliki jendela dan ventilasi dengan kesan pencahayaan dan sirkulasi udara kurang baik. Kasur tidur terletak dilantai tanpa beralaskan apapun. Pasien mengatakan jarang menjemur kasur dan hanya mengganti sprei satu kali dalam sebulan. Kamar mandi berada di dalam kamar menggunakan bak untuk menampung air disertai jamban. Kesan kamar mandi tergolong kurang bersih.

Pasien bekerja sebagai buruh, anak pasien yang pertama sudah lulus SMA namun belum bekerja, anak kedua masih sekolah SMK, sedangkan anak yang ketiga masih sekolah SMP dan anak keempat pasien belum sekolah. Apabila terdapat keluhan terkait kesehatan keluarganya tidak segera berobat ke puskesmas, melainkan lebih memilih membeli obat sendiri di warung, dan baru ke pelayanan kesehatan seperti puskesmas apabila keluhan tidak kunjung membaik. Keluarga tidak menggunakan pengobatan alternatif dan pengobatan herbal lainnya. Pemenuhan kebutuhan untuk sehari-hari masih cukup terpenuhi dengan penghasilan dari pasien.

Keluhan utama terdapat bintil kemerahan dan gatal terutama pada malam hari di kedua sela jari dan punggung tangan sejak 1 minggu yang lalu. Keluhan mengenai sebagian keluarga yaitu anak kedua dan anak ketiganya. Kekhawatiran tentang apa yang diderita ini akan semakin menyebar ke seluruh tubuh dan bertambah parah. Persepsi pasien terhadap penyakit ini sulit disembuhkan.

Pasien memiliki harapan dapat sembuh dari penyakit ini dan tidak terkena kembali.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: baik, tingkat kesadaran: compos mentis, tekanan darah: 120/80 mmHg, suhu: 36,6°C, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi nafas: 20x/menit, berat badan: 58 kg, tinggi badan: 168 cm, BB/TB: 20,55 (status gizi: baik). Pada status generalis, penampilan normal sesuai dengan usianya. Kepala: *normocephal*, rambut tidak rontok. Mata: tidak didapatkan anemis pada konjungtiva, ikterik pada sklera maupun edema palpebra. Hidung: bentuk normal, tidak didapatkan kelainan. Telinga: bentuk normal, simetris, dan tidak didapatkan kelainan. Tenggorokan: faring tidak hiperemis, tonsil T1/T1, KGB leher tidak teraba pembesaran, nyeri tekan negatif.

Regio thoraks; *normothoraks*; cor: batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan II reguler, murmur negatif, gallop negatif; dan pulmo: simetris, fremitus taktil simetris, vesikuler kanan dan kiri, tidak didapatkan *rhonki* maupun *wheezing*. Regio abdomen didapatkan kesan bentuk datar, bising usus (+) 8x/menit, timpani, nyeri tekan negatif. Pada ekstremitas atas terdapat kelainan kulit, sedangkan pada ekstremitas bawah dalam tidak ditemukan adanya kelainan.

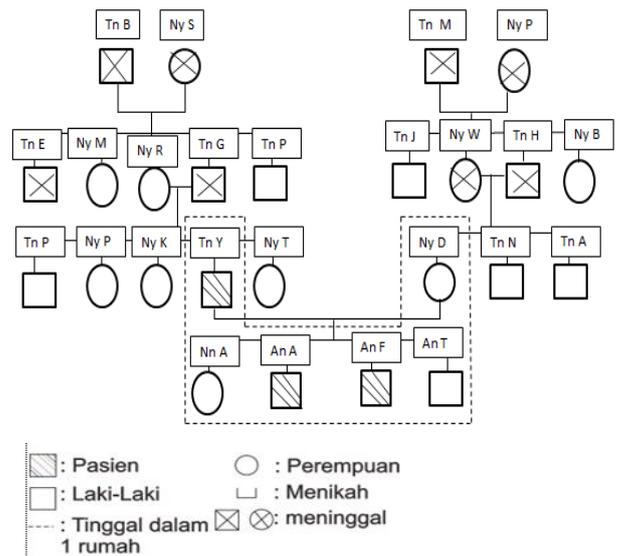
Pada regio dorsum manus dan interdigiti dextra et sinistra terdapat papul eritema multipel ukuran miliar hingga lentikular, diskret. Pada status neurologis didapatkan GCS 15, refleks fisiologis normal, refleks patologis negatif, pemeriksaan motorik dan sensorik dalam batas normal.

Motorik :	5	5
	5	5
Sensorik :+	+	+
	+	+

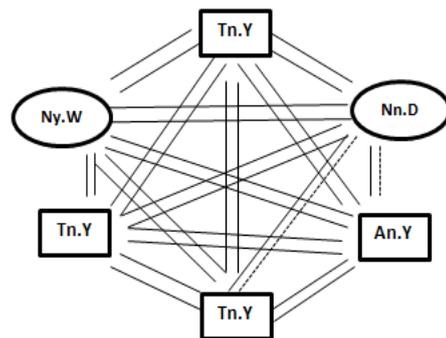
Gambar 1. Hasil pemeriksaan motorik dan sensorik

Pasien adalah anak kedua dari dua bersaudara. Memiliki 1 saudara perempuan. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga Bentuk

keluarga pada pasien ini adalah keluarga inti (*nuclar family*). Seluruh keputusan mengenai masalah keluarga di musyawarahkan oleh keluarga pasien dan diputuskan oleh pasien sebagai kepala keluarga. Keluarga mendukung untuk segera berobat bilaterdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ± 1 km.



Gambar 2. Genogram Keluarga



Keterangan

↔ : Hubungan Baik

Gambar 3. Hubungan antar anggota keluarga

Pasien tinggal bersama isteri dan keempat anaknya dalam sebuah rumah kontrakan. Jarak dari rumah ke puskesmas lebih dari 1 km. Rumah berukuran 6m x 3m. Memiliki 1 ruang kamar tidur yang berfungsi

ganda sebagai ruang keluarga dan kamar bagi pasien dan 1 kamar mandi dengan kesan tatanan rumah kurang teratur. Ruang utama beralaskan semen dengan tembok bata yang tidak dicat, bagian atap tidak terpasang plavon, tidak memiliki jendela dan ventilasi dengan kesan pencahayaan dan sirkulasi udara kurang baik.

Kasur tidur terletak dilantai tanpa beralaskan apapun. Kamar mandi memiliki fungsi ganda yaitu sebagai kamar mandi itu sendiri, tempat mencuci baju, dan tempat mencuci peralatan makan. Kesan kamar mandi tergolong kurang bersih. Kamar mandi berada di dalam kamar menggunakan bak untuk menampung air, disertai dengan jamban. Rumah sudah menggunakan listrik. Sumber air berasal dari sumur bor dan berjarak sekitar 11 meter dari rumah pasien, air tersebut digunakan untuk mandi dan mencuci. Limbah dialirkan ke got. Untuk sumber air minum keluarga menggunakan air masak.



Gambar 4. Denah Rumah Tn.Y

Diagnostik Holistik Awal

1) Aspek Personal

- Alasan kedatangan: terdapat bintil-bintil yang disertai gatal di kedua punggung tangan dan sela-sela jari sejak 1 minggu yang mengenai sebagian keluarga.
- Kekhawatiran: gatal yang menetap dan menyebar ke seluruh tubuh.
- Harapan: penyakit dapat segera sembuh dan tidak kambuh.

d. Persepsi: gatal-gatal akibat keringat.

2) Aspek Klinik

Skabies (ICD 10 B.86)

3) Aspek Resiko Internal

- Kebiasaan jarang cuci tangan menggunakan sabun setelah beraktivitas.
- Kebiasaan berbagi peralatan mandi seperti handuk dan tidur secara bersama-sama.
- Kebiasaan jarang menjemur kasur dan hanya mengganti seprei 1 kali dalam sebulan.

4) Aspek Resiko Eksternal

- Keluhan serupa dikeluarga yakni pada suami dan kedua anaknya. Mereka belum melakukan pengobatan terkait penyakitnya.
- Sumber penularan pada tetangga pasien.
- Lingkungan tempat tinggal: rumah padat hunian, kumuh, dan penataan barang tidak teratur.

5) Derajat Fungsional:

1 yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan diluar rumah

Rencana Intervensi

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling mengenai penyakitnya. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.

Patien Center

1) Non medikamentosa

- Konseling mengenai penyakit skabies.
- Konseling kepada pasien mengenai higienitas diri dan lingkungan dengan menghindari pemakaian dan ala mandi secara bersamaan dengan penderita lain.
- Konseling kepada pasien mengenai cara penggunaan obat skabies.
- Edukasi mengenai gaya hidup bersih dan sehat dirumah dengan sering menjemur kasur serta merendam pakaian, handuk, dan sprei dengan air panas kemudian dicuci dan dijemur ditempat yang terik matahari.

2) Medikamentosa

Terapi untuk skabies adalah dengan krim Permethrin 5% yang diaplikasikan ke seluruh tubuh satu kali selama 8-10 jam kemudian dibilas dengan air saat mandi dan diulang 1 minggu setelahnya serta antihistamin H-1 untuk mengurangi gatal yaitu cetirizine 1x10mg tablet saat malam hari.

Family Focused

- 1) Konseling mengenai penyakit skabies pada pasien dan keluarganya.
- 2) Edukasi kepada keluarga mengenai cara pemakaian obat anti scabies.
- 3) Memberikan konseling dan edukasi kepada keluarga terkait perilaku yang seharusnya dilakukan untuk mendukung eradikasi tungau skabies, diantaranya dengan cara:
 - a. Menghindari kontak sementara dengan orang lain yang terkena skabies hingga dinyatakan sembuh.
 - b. Menghindari perilaku pemakaian handuk atau pakaian secara bersama-sama.
 - c. Mengupayakan menyetrika pakaian, mencuci pakaian serta spreï dengan merendamnya terlebih dahulu menggunakan air panas.
 - d. Mengupayakan adanya jendela dan membiasakan membuka pintu kamar untuk mendapatkan pencahayaan dan sirkulasi udara yang cukup
 - e. Membiasakan untuk menjemur kasur, bantal di bawah panas terik matahari dan sering mengganti spreï
 - f. Edukasi tentang pentingnya melakukan pengobatan kepada anggota keluarga yang terkena skabies serta memotivasi orang untuk lebih meningkatkan kebersihan diri.
 - g. Mengupayakan perilaku hidup bersih dan sehat pada keluarga.

Community Oriented

- 1) Memberikan edukasi pada warga sekitar tempat tinggal/tetangga pasien tentang penyakit skabies.
- 2) Memotivasi warga sekitar tempat tinggal/tetangga pasien untuk melakukan pengobatan ke puskesmas apabila timbul

keluhan gatal-gatal yang serupa pada pasien sebagai upaya pengobatan dan pencegahan penularan penyakit lebih lanjut sehingga rantai penularan dapat diputuskan.

- 3) Memberikan edukasi pada warga sekitar tempat tinggal atau tetangga untuk rutin menjemur kasur, bantal, spreï, setiap 3 hari sekali dibawah terik matahari serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Diagnostik Holistik Akhir

1) Aspek Personal

- a. Kekhawatiran pasien mengenai penyakitnya yang menetap atau tidak dapat disembuhkan sudah mulai berkurang.
- b. Persepsi mengenai gatal-gatal yang diderita pasien dapat disembuhkan dengan pengobatan yang telah dianjurkan dokter dan menjaga higienitas keluarga dan lingkungan sehingga tidak terjadi kekambuhan.
- c. Harapan gatal-gatal berkurang dengan cara menjaga higienitas diri sendiri, keluarga serta pemakaian obat yang tepat.

2) Aspek Klinik

Skabies (ICD 10 B.86)

3) Aspek Risiko Internal

- a. Kebiasaan cuci tangan menggunakan sabun setelah beraktivitas mulai diterapkan.
- b. Penggunaan alat mandi secara bersama-sama berkurang.
- c. Kebiasaan menjemur kasur dan mengganti spreï mulai diterapkan 1 kali dalam seminggu.

4) Aspek Risiko Eksternal

- a. Kedua anak pasien sudah melakukan pengobatan ke puskesmas.
- b. Tetangga pasien yang diduga sebagai sumber penularan pertama sudah melakukan pengobatan.
 - a. Keluhan pada pasien dan kedua anaknya sudah hampir hilang.
 - b. Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah masih padat hunian, namun penataan barang lebih teratur sehingga dapat mengurangi perkembangbiakan

tungau skabies dan kemungkinan penularannya.

Pembahasan

Skabies merupakan penyakit kulit menular yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi tungau *Sarcoptes scabiei varian hominis*. *Sarcoptes scabiei* termasuk filum Arthropoda, kelas Arachnida, ordo Acarina, family Sarcoptidae. Tungau ini mampu menggali terowongan di bawah kulit dan menyebabkan rasa gatal.¹

Sarcoptes scabiei secara morfologi merupakan parasit (tungau) kecil, berbentuk oval, punggung cembung, bagian perut rata, translusen, bewarna putih kotor, dan tidak bermata. Spesies betina berukuran 330-450 mikron x 250-350 mikron, sedangkan spesies jantan berukuran lebih kecil yakni 200-240 mikron x 150-200 mikron. Stadium dewasa mempunyai 4 pasang kaki, 2 pasang kaki depan dan 2 pasang kaki belakang. Kaki depan pada betina dan jantan memiliki fungsi yang sama sebagai alat untuk melekat, akan tetapi kaki belakangnya memiliki fungsi yang berbeda. Kaki belakang betina berakhir dengan rambut, sedangkan pada jantan kaki ketiga berakhir dengan rambut dan kaki keempat berakhir dengan alat perekat.⁷

Siklus hidup *Sarcoptes scabiei* sepenuhnya terjadi pada tubuh manusia sebagai host, namun tungau ini mampu hidup di tempat tidur, pakaian, atau permukaan lain pada suhu kamar selama 2-3 hari dan masih memiliki kemampuan untuk berinfestasi dan menggali terowongan. Siklus hidup *Sarcoptes scabiei* yang diawali oleh masuknya tungau dewasa ke dalam kulit manusia dan membuat terowongan di stratum korneum sampai akhirnya tungau betina bertelur. Pada siklus ini, setelah terjadi kopulasi diatas kulit tungau jantan akan mati, namun terkadang dapat hidup beberapa hari dalam terowongan yang digali oleh tungau betina.^{4,5}

Penularan skabies dapat terjadi melalui kontak langsung dan tidak langsung. Penularan langsung dapat terjadi jika terdapat kontak anatara kulit dengan kulit, misalnya berjabat tangan, tidur bersama, dan hubungan seksual walaupun menggunakan kondom. Penularan

tidak langsung terjadi melalui benda, misalnya pakaian, handuk, spre, bantal, dan lain-lain. Penularannya biasanya oleh tungau betina yang sudah dibuahi atau kadang-kadang dalam bentuk larva. Masa inkubasi berlangsung lama sekitar 4-6 minggu. Tungau skabies dapat hidup diluar tubuh manusia selama 24-36 jam.¹

Pembinaan dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap Tn.Y berusia 42 tahun dengan diagnosis klinis *Skabies*. Pentingnya pembinaan pada pasien ini ditinjau dari berbagai sisi. Pertama, terdapat keluhan yang sama pada anggota keluarga yang tinggal satu rumah. Kedua, progresivitas keberhasilan pengobatan yang sudah dilakukan tidak hanya terletak pada upaya individu pasien tetapi juga upaya anggota keluarga yang lain agar penyakit yang diderita pasien dapat sembuh dan tidak muncul kembali. Ketiga, lingkungan tempat tinggal serta perilaku hidup bersih dan sehat yang dapat menjadi faktor resiko atau sumber penularan penyakit. Oleh sebab itu, perlunya pembinaan pada keluarga pada kasus ini bertujuan untuk mengevaluasi, mengintervensi dan melakukan manajemen holistik.

Penegakan diagnosis pada pasien Tn. Y dilakukan atas dasar terpenuhinya 3 dari 4 tanda kardinal yang didapatkan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, yaitu:

- Pruritus nokturna, gatal pada malam hari yang disebabkan oleh aktivitas tungau yang lebih tinggi pada suhu yang lembab dan panas.
- Menyerang sekelompok manusia, misalnya dalam sebuah keluarga, asrama, pondokan, atau perkampungan padat penduduk.
- Adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi (sela-sela jari, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, umbilikus, genetalia eksterna) yang bewarna putih atau keabuan, berbentuk garis lurus, atau berbelok.
- Menemukan tungau, dapat ditemukan satu atau lebih stadium hidup tungau.¹

Pada pasien terpenuhi 3 kriteria tanda kardinal yaitu pruritus nokturna, menyerang sekelompok manusia yaitu anak kedua pasien dan tetangga pasien, dan adanya terowongan

(kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yaitu sela-sela jari.

Tanda paling menunjang diagnosis skabies adalah dengan ditemukannya tungau, telur atau feses *Sarcoptes scabiei* (skibala) secara mikroskopis, uji tinta, tetrasiklin, fluoresein test atau biopsi kulit. Cara pemeriksaan langsung adalah dengan meneteskan minyak mineral di atas terowongan dan menggores secara longitudinal dengan pisau *scalpel* nomor 15 di sepanjang terowongan atau lesi yang dicurigai. Goresan kulit kemudian diletakkan pada kaca objek dan diperiksa dengan pembesaran lemah. Pada kasus ini pemeriksaan tersebut tidak dilakukan karena pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan adanya kunikulus.^{2,3}

Penatalaksanaan pada pasien dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga. Pendekatan dilakukan sebanyak 3 kali, dimana kunjungan pertama pada tanggal 22 Juli 2019. Pada kunjungan pertama dilakukan pendekatan dan pengenalan terhadap pasien dan keluarga serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang diderita. Berdasarkan hasil kunjungan tersebut sesuai dengan Mandala of Health, dari segi perilaku pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif serta memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang diderita.

Human biology, pasien merasakan penyakit yang diderita menimbulkan keluhan-keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-harinya. Pasien tidak mengetahui rute penularan penyakit skabies dan tidak mengetahui usaha-usaha apa saja yang dapat menurunkan penularan skabies. Higenitas pasien kurang sesuai dengan yang seharusnya. Lingkungan psikososial, pasien merasa bahagia dengan keadaan keluarga saat ini. Hubungan antar anggota keluarga lumayan dekat. Segi ekonomi, biaya hidup untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga ditanggung oleh ayahnya yang bekerja sebagai buruh hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, sedangkan lingkungan tempat tinggal berupa rumah kontrakan berukuran 6m x 3m. Memiliki 1 ruang kamar tidur yang berfungsi ganda sebagai ruang keluarga dan kamar bagi pasien

dan 1 kamar mandi dengan kesan tatanan rumah kurang teratur. Ruang utama beralaskan keramik dengan tembok yang dicat, bagian atap terpasang plavon, namun tidak memiliki jendela dan ventilasi dengan kesan pencahayaan dan sirkulasi udara kurang baik. Kasur tidur terletak dilantai tanpa beralaskan apapun.

Kamar mandi memiliki fungsi ganda yaitu sebagai kamar mandi itu sendiri, tempat mencuci baju dan tempat mencuci peralatan makan. Kesan kamar mandi tergolong kurang bersih. Kamar mandi berada di dalam kamar menggunakan bak untuk menampung air disertai dengan jamban. Kamar mandi yang disertai dengan jamban berada di luar kamar. Sumber air berasal dari sumur bor dan berjarak sekitar 11 meter dari rumah pasien dan air tersebut digunakan untuk mandi dan mencuci.

Hubungan pasien dengan tetangga sekitar rumah terjalin baik, dalam hal ini pasien dan keluarga memiliki hubungan antar tetangga yang baik sehingga dapat terhindar dari stres psikososial. Lingkungan fisik, pemukiman cukup padat penduduk, disamping kanan kiri rumah pasien terdapat rumah dan kontrakan dengan kurangnya kebersihan dan kerapian. Kepadatan hunian ruang tidur merupakan perbandingan antara luas ruang tidur dengan jumlah individu semua umur yang menempati ruang tidur tersebut.

Menurut Kemenkes Republik Indonesia No.829/Menkes/SK/VII/ 1999 luas ruang tidur minimal 8m² tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang dalam satu ruang tidur kecuali anak dibawah umur 5 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa kepadatan penghuni satu kamar tidur tidak memenuhi syarat. Rumah kontrakan Tn.Y hanya mempunyai satu ruang utama dengan luas 18m² yang berfungsi ganda sebagai ruang keluarga dan ruang tidur. Kamar tersebut dihuni oleh 4 orang. Semakin banyak penghuni maka kadar oksigen bebas dalam ruangan menurun (<20,7%) dan diikuti oleh peningkatan CO bebas (>0,04%) sehingga daya tahan tubuh penghuninya menurun, ruangan yang sempit akan membuat nafas sesak dan mudah tertular penyakit dari anggota keluarga lain.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 30 Juli 2019 dengan tujuan intervensi terhadap pasien. Sebelum diberikan intervensi, dilakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien didapatkan tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, respirasi 20x/menit, nadi 84x/menit, suhu 36,7°C, status dermatologis didapatkan papul-papul sudah banyak menghilang dan rasa gatal berkurang, selain itu juga dilakukan pretest mengenai pengetahuan keluarga pasien terhadap penyakit skabies dan didapatkan hasil, pasien, isteri dan anak pasien mampu menjawab 3 dari 10 pertanyaan yang diberikan. Hal ini menggambarkan bahwa pengetahuan keluarga mengenai penyakit skabies masih tergolong kurang (30%).

Upaya intervensi yang dilakukan berupa tatalaksana secara medikamentosa dan non medikamentosa. Penatalaksanaan medikamentosa dengan pemberian krim Permethrin 5% yang diaplikasikan ke seluruh tubuh satu kali selama 8-10 jam dan cetirizine 10mg 1x1 tablet saat malam hari. Permethrin 5% masih merupakan terapi pilihan untuk eliminasi tungau dan telur *Sarcoptes scabiei*. Obat ini memiliki toksisitas yang rendah pada manusia meskipun digunakan dalam jumlah yang cukup besar. Permethrin ini diabsorpsi minimal melalui percutan sehingga toksisitasnya rendah. Selain itu, obat ini juga dapat dipakai untuk segala usia sehingga pemberian pada pasien ini sudah tepat. Antihistamin dapat diberikan sebagai terapi penunjang pada keadaan yang disertai gejala pruritus yang berat.^{8,9}

Penatalaksanaan non medikamentosa dilakukan kepada pasien, suami pasien serta warga sekitar lingkungan rumah dengan menggunakan media mading dan leaflet. Media ini membahas tentang penyakit skabies mulai dari pengertian, penyebab, gejala klinis, cara pengobatan, cara mencegah penularan skabies, serta komplikasi yang dapat ditimbulkan. Ada beberapa langkah atau proses sebelum orang mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah kesadaran (awareness), dimana orang tersebut menyadari stimulus tersebut. Kemudian dia mulai tertarik (interest). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya

stimulus tersebut (evaluation). Setelah itu, dia akan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (trial). Pada tahap akhir adalah adoption, berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.^{8,10}

Edukasi yang diberikan terutama di rumah tangga yang dapat dilakukan oleh keluarga ini adalah dengan kegiatan seperti menjaga kebersihan diri pasien. Mengajarkan keluarga untuk mencuci semua pakaian, sprei, dan handuk yang telah digunakan secara teratur dan bila perlu direndam dengan air panas. Selain itu, peralatan rumah tangga yang digunakan bersama seperti kasur juga sebaiknya dijemur dibawah terik matahari, menjaga rumah agar tetap dalam keadaan bersih dan sehat, makanan yang sehat, bersih dan bergizi karena asupan makanan menentukan kesehatan, serta, membiasakan pasien cuci tangan menggunakan sabun terutama setelah beraktivitas.

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 23 Mei 2019 dengan tujuan memotivasi dan mengontrol keadaan pasien dan keluarganya serta lingkungan rumah, apakah edukasi yang diberikan telah diterapkan oleh pasien. Evaluasi dilakukan bersama pasien, isteri pasien, dan tetangga pasien. Lesi kulit pada pasien sudah mengering dan bekasnya hampir hilang. Begitu juga dengan lesi kulit pada anak pasien. Keluhan gatal pun sudah tidak dirasakan kembali. Seluruh keluarga telah melakukan pengobatan di Puskesmas Kampung Sawah.

Keluarga ini sudah mulai menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dilihat dari ruangan yang sudah mulai bersih dan tertata, pakaian dan sprei sudah dicuci dan dijemur dibawah terik matahari, kasur pun sudah dijemur dibawah terik matahari 1 kali dalam seminggu. Kemudian pasien, suami pasien, dan tetangga sekitar diberikan pertanyaan posttest dengan tujuan untuk menilai pengetahuan keluarga tentang penyakit skabies setelah dilakukan intervensi, hasilnya mereka mampu menjawab 9 pertanyaan dari 10 pertanyaan secara tepat. Secara umum, keluarga dan tetangga sudah lebih memahami tentang penyakit skabies mulai dari cara

pemberantasan skabies secara tuntas, cara dan sumber penularan skabies, cara mencegah penularan skabies, serta komplikasi yang ditimbulkan

Simpulan

Adapun kesimpulan dari penulisan ini sebagai berikut.

1. Diagnosis skabies pada kasus ini sudah sesuai dengan teori yang ada.
2. Penatalaksanaan yang diberikan sudah sesuai dengan pedoman dan buku.
3. Edukasi yang diberikan sudah sesuai dengan masalah yang ada.
4. Intervensi yang diberikan mampu menambah pengetahuan keluarga, menimbulkan awarness atau kesadaran diri, serta mengubah perilaku hidup menjadi perilaku hidup bersih dan sehat.

Saran

1) Bagi pasien

- a. Membiasakan mencuci tangan setelah beraktivitas.
- b. Membiasakan mengganti sprei dan menjemur kasur minimal 1 kali dalam 2 minggu.
- c. Membiasakan untuk tidak menggunakan alat mandi secara bersama-sama.

2) Bagi keluarga

- a. Rajin ikut serta dalam gotong royong untuk membersihkan lingkungan sekitar baik didalam maupun diluar rumah.
- b. Menerapkan perilaku hidup bersih dna sehat dalam kehidupan sehari-hari.

3) Bagi fasilitas kesehatan

- a. Meningkatkan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit skabies.
- b. Melakukan pembinaan pada setiap kasus skabis yang ditemui di Puskesmas maupun laporan dari masyarakat yang

berada di wilayah kerja Puskesmas Kampung Sawah.

Daftar Pustaka

1. Boediardja AS dan Handoko PR. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2015.
2. WHO. Scabies. Geneva, Switzerland; 2019. Diakses pada 13 Mei. Tersedia dari : https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/.
3. Depkes RI. Pedoman pengobatan dasar di puskesmas 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
4. Golant AK dan Levitt J. Scabies: a Review of Diagnosis and Management Based on Mite Biology. *Pediatr Rev.* 2012;33:e1-12.
5. Ratnasari FA dan Sungkar S. Prevalensi Skabies dan Faktor-Faktor yang berubungan di pesantren X Jakarta Timur. Jakarta: eJournal Kedokteran Indonesia. 2014;2(1).
6. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26(2):123–6.
7. Sutanto I, Ismid IS, Sjarifuddin PK dan Sungkar S. Parasitologi Kedokteran Edisi keempat. Jakarta: Fakultas Kedokteran Indonesia; 2008
8. Corinna Dressler, Stefanie Rosumeck, Cord Sunderkötter, Ricardo Niklas Werner, Alexander Nast . The Treatment of Scabies. *Dutsch Arztebl Int.* 2016;113:757–62
9. Thadanipon K, Anthaisintawee T, Rattanasiri S, Thakkinstian A, et al. Efficacy and Safety of Antiscabietic Agents: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Australia: Journal American Academy of Dermatology. 2019.
10. Rogers M. Diffusion of Innovation 5th Edition. New York: Free Press; 2003.