

Skabies pada Remaja Putri dengan Higienitas Personal yang Buruk

Glenys Yulanda¹, Diana Mayasari², RE. Rizal Effendy²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skabies atau nama lainnya adalah kudis merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes Scabiei* varian hominis dan telurnya. Skabies ditularkan melalui kontak langsung (kontak kulit dengan kulit) dan tidak langsung (melalui benda). Faktor yang paling dominan dalam penyebaran skabies adalah sosio-ekonomi yang rendah serta higienitas yang buruk. Seorang pasien Nn. E (14th) datang dengan keluhan rasa gatal dimulai dari sela-sela jari tangan kanan dan kiri terasa gatal. Semakin parah pada malam hari dan saat berkeringat sejak 1 minggu yang lalu. Rasa gatal ini disertai bintik-bintik bulat berwarna kemerahan. Pada regio digiti manus sinistra *et dextra* dan regio femoralis, *cruris*, dan pedis sinistra *et dextra* terdapat makula eritematosa, berbatas tegas, jumlah multipel, bentuk tidak teratur, ukuran miliar-lentikular, distribusi regional. Terdapat papul, berbatas tidak tegas, jumlah multipel, bentuk bulat, ukuran miliar, distribusi regional. Terdapat ekskoriasi, kunikulus berwarna putih keabu-abuan pada regio digiti manus sinistra *et dextra*. Teman sekolah pasien memiliki keluhan serupa. Keluhan serupa terdapat pada keponakan perempuan. Pasien merupakan ketua OSIS yang memiliki aktivitas yang padat sehingga pasien terkadang mandi hanya 1x sehari dan tidak langsung berganti pakaian saat berkeringat. Penatalaksanaan dokter keluarga diberikan berupa permetrin 5% sebanyak 1x pemakaian jika keluhan masih ada dapat diberikan setelah 1 minggu kemudian. Pada minggu kedua diberikan edukasi. Pada minggu ketiga, pasien tidak mengalami keluhan lagi dan keluarga pasien telah melakukan pencegahan penyakit skabies. Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien. Selain itu, peran keluarga amat penting dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit.

Kata Kunci: Higienitas Buruk, permetrin, *sarcoptes scabiei*, skabies

Scabies in Female Teenager With Poor Personal Hygiene

Abstract

Scabies or other name is scabies is a skin disease caused by infestation and sensitization of *Sarcoptes Scabiei* hominis variants and their eggs. Scabies is transmitted through direct contact (skin contact with skin) and indirectly (through objects). The most dominant factor in the spread of scabies is low socio-economic and poor hygiene. A patient Ms. E (14th) comes with complaints of itching starting from between the fingers of the right hand and the left hand feels itchy. It gets worse at night and when sweating since 1 week ago. This itchiness is accompanied by round reddish spots. In the human area sinistra *et dextra* and the femoral region, *cruris*, and pedis sinistra *et dextra* there are erythematous macules, well-defined, multiple numbers, irregular shapes, billion-lenticular size, regional distribution. There are papules, indefinitely bounded, multiple numbers, rounded shapes, billionth size, regional distribution. Excoriated, grayish-white kunikulus in the region of the digital manus sinistra *et dextra*. Patient's classmates have similar complaints. Similar complaints are found in female nieces. The patient is the student council president who has a dense activity so the patient sometimes takes only one bath a day and does not immediately change clothes when sweating. Management of family doctors is given in the form of permethrin 5% as much as 1x usage if complaints still exist can be given after 1 week later. The second week is given education. In the third week, patients do not experience complaints anymore and the patient's family has prevented scabies. Holistic management 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: Poor Personal Hygiene, permetrin, *sarcoptes scabiei*, scabies

Korespondensi: Glenys Yulanda, Jalan Hayam Wuruk Gg. Binamarga No 27 Kedamaian Bandar Lampung, Hp: 082176706024, Email glenys.yulanda@yahoo.com

Pendahuluan

Skabies atau nama lainnya adalah kudis, *the itch*, gudig, budukan, dan er agogo merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes Scabiei* varian hominis dan telurnya. *Sarcoptes scabiei var hominis* yaitu kutu parasit yang mampu menggali terowongan di kulit dan menyebabkan rasa gatal.¹

Skabies ditularkan dengan kontak langsung (kontak kulit dengan kulit) dan tidak langsung (melalui benda), disebabkan *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau terkadang dalam bentuk larva. Dikenal juga *Sarcoptes scabiei var. Animalis* yang terkadang menulari manusia, terutama pada mereka yang banyak memelihara hewan.

Skabies terjadi baik pada laki-laki maupun perempuan di semua daerah, semua kelompok usia, ras, dan kelas sosial. Penderita tidak dapat menghindari untuk menggaruk setiap saat akibat adanya tungau (kutu skabies) di bawah kulit. Hal ini menjadi penderitaan pada banyak orang dikarenakan tidak dapat tidur dengan tenang di malam hari disebabkan karena rasa gatal. Keseluruhan permukaan badan menimbulkan reaksi tungau beraktifitas di permukaan kulit sehingga menimbulkan gatal.^{1,2}

Angka kejadian skabies tinggi di negara dengan iklim panas dan tropis. Skabies di Indonesia menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering.^{2,3} Penyakit ini banyak dijumpai pada anak dan dewasa, tetapi dapat mengenai semua umur. Penyakit ini telah ditemukan hampir pada semua negara di seluruh dunia dengan angka prevalensi yang bervariasi, skabies diperkirakan lebih umum terjadi pada anak-anak dan remaja, meskipun pada suatu penelitian menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi pada orang dewasa.⁶ Prevalensi skabies menurut penelitian di seluruh dunia dilaporkan sekitar 300 juta kasus per tahun.⁷

Penyebaran skabies yang semakin meluas disebabkan oleh banyak faktor. Faktor yang paling dominan adalah sosio-ekonomi yang rendah, kurangnya pengetahuan mengenai penyakit skabies serta *hygiene* yang buruk. Faktor lain yang berperan antara lain salah diagnosis dan perkembangan dermatografik serta ekologi. Oleh karena itu perlu adanya dukungan tenaga kesehatan berupa perorangan ataupun instansi yang membantu dalam rangka tidak hanya tindakan kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Pelayanan kesehatan primer memegang peranan penting pada penyakit skabies dalam hal penegakan diagnosis pertama kali, terapi yang tepat, dan edukasi komunitas dalam pencegahan penyakit dan menularnya penyakit kekomunitas, karena penyakit ini mudah sekali menular terutama pada pemukiman yang padat.^{2,4}

Masalah kesehatan mengenai penyakit skabies dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (five levels of prevention) yaitu: Promosi kesehatan (*Health promotion*), Perlindungan khusus (*Specific protection*),

Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*), Pembatasan cacat (*Disability limitation*) dan Rehabilitasi (*Rehabilitation*) yang diselesaikan dengan pendekatan individual, penatalaksanaan klinis dan pendekatan keluarga serta komunitas untuk menurunkan faktor resiko.⁵

Kasus

Nn. E (14th) datang ke Puskesmas Gedong Tataan dengan keluhan rasa gatal pada sela-sela jari sejak 1 minggu yang lalu. Rasa gatal awalnya dimulai dari sela-sela jari tangan kiri kemudian menyebar ke sela-sela jari tangan kanan hingga ke pergelangan tangan kemudian ke kedua kaki, rasa gatal semakin parah pada malam hari, atau pada saat berkeringat. Rasa gatal ini disertai bintik-bintik bulat berwarna kemerahan pada sela jari tangan kiri yang semakin lama semakin bertambah banyak ke sela jari kanan serta kedua kaki dan melebar hingga pergelangan tangan. Pasien mengatakan bahwa teman sekolah pasien memiliki keluhan serupa. Sebelumnya pasien tidak pernah mengalami keluhan seperti ini.

Riwayat penyakit keluarga yang memiliki keluhan serupa terdapat pada keponakan perempuan pasien dimana pasien dan keponakan pasien tinggal satu kamar tidur, yang awalnya mengalami keluhan pasien terlebih dahulu kemudian pasien menularkan kepada keponakan pasien. Pasien belum mengetahui penyebab dari penyakit yang dialami serta penyebaran dari penyakit yang dialami pasien, sehingga tidak mengenali keluhan dan pencegahan dari penyakit yang dderitannya dan adiknya. Riwayat pengobatan sebelumnya disangkal oleh pasien. Pasien merupakan ketua OSIS yang memiliki aktivitas yang padat sehingga pasien terkadang mandi hanya 1x sehari dan tidak langsung berganti pakaian saat berkeringat. Pasien memiliki handuk terpisah. Pasien merupakan anak ke-5 dari 5 bersaudara, pasien tinggal satu rumah dengan ibu dan keponakannya.

Pasien tinggal di rumah dengan ukuran 59 x 60 m² dengan keadaan rumah yang rapi dan bersih serta pencahayaan yang cukup. Sumber air yang digunakan berasal dari sumur dengan mesin pompa listrik, dinding rumah pasien batu bata, terdapat 3 kamar tidur dan

sirkulasi udara dan sinar matahari yang masuk ke dalam rumah cukup baik.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: Tampak sakit ringan. TD: 110/70 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi: 80x/menit, Nafas: 20x/menit, Berat Badan: 42kg, Tinggi Badan: 150 cm. IMT 18,67 yaitu termasuk status gizi normal.

Mata tak tampak konjungtiva anemis, sklera anikterik. Telinga dan hidung dan mulut dalam batas normal. Leher tidak ada pembesaran KGB. Suara paru vesikular kanan dan kiri. Bunyi jantung pada pemeriksaan auskultasi reguler. Abdomen dalam batas normal. Ekstremitas superior terdapat pada regio digiti manus *sinistra et dextra* dan regio femoralis, *cruris*, dan pedis *sinistra et dextra* terdapat makula eritematosa, papul serta eskoriasi dan ekstremitas inferior dalam batas normal, tidak edema dan akral hangat.

Status neurologis : Reflek fisiologis normal, Reflek patologis (-). Status dermatologik: pada regio digiti manus *sinistra et dextra* dan regio femoralis, *cruris*, dan pedis *sinistra et dextra* terdapat makula eritematosa, berbatas tegas, jumlah multipel, bentuk tidak teratur, ukuran miliar-lentikular, distribusi regional disertai papul, berbatas tidak tegas, jumlah multipel, bentuk bulat, ukuran miliar, distribusi regional. Terdapat eskoriasi, kunikulus berwarna putih keabu-abuan pada regio digiti manus *sinistra et dextra*.

Pembahasan

Dilakukan identifikasi masalah pada pasien dengan anamnesa berupa adanya keluhan gatal dimulai dari sela-sela jari kiri kemudian menyebar ke sela-sela jari kanan hingga pergelangan tangan kemudian ke kedua kaki dan semakin parah saat malam hari dan berkeringat. Pemeriksaan fisik dan didapatkan adanya macula eritematosa disertai papul dan eskoriasi. Sehingga dapat ditegakkan diagnosa skabies pada pasien. Pada kunjungan pertama pasien diperoleh diagnosa penyakit pada pasien ini adalah skabies. Ini berdasarkan pada anamnesis berupa gatal terutama pada sela jari tangan, gatal dirasakan terutama pada malam hari sejak lebih kurang satu minggu yang lalu disertai ditemukannya gejala gatal serupa

pada anggota keluarga yang tinggal serumah. Pemeriksaan fisik didapatkan pada regio digiti manus *sinistra et dextra* dan regio femoralis, *cruris*, dan pedis *sinistra et dextra* terdapat makula eritematosa, berbatas tegas, jumlah multipel, bentuk tidak teratur, ukuran miliar-lentikular, distribusi regional disertai papul, berbatas tidak tegas, jumlah multipel, bentuk bulat, ukuran miliar, distribusi regional. Terdapat eskoriasi, kunikulus berwarna putih keabu-abuan pada regio digiti manus *dextra et sinistra*.

Penegakkan diagnosis skabies dilakukan atas dasar terpenuhinya 2 dari 4 tanda kardinal, yaitu pruritus nokturna, menyerang manusia secara berkelompok, ditemukannya terowongan, dan ditemukannya tungau.⁷ Diagnosis pasti dengan ditemukannya kutu, telur atau feses *Sarcoptes scabiei* secara mikroskopis dengan KOH 10%, uji tinta, tetrasiklin fluoresensi test, atau mineral minyak. Namun tungau sulit ditemukan. Dari 900 pasien skabies rata-rata hanya terdapat 11 tungau pada setiap penderita dan sebagian besar penderita hanya terdapat 1-5 tungau. Metode lain dengan epiluminescence light microscopy dan *Sarcoptes scabiei* DNA.⁵

Sebelum ke puskesmas, pasien membeli obat berupa salep di apotik namun keluhan tetap dirasakan pasien. Kemudian pasien memutuskan untuk pergi berobat ke puskesmas. Di puskesmas gedung tataan pasien mendapatkan Permetrin 5% salep yang dioleskan pada seluruh tubuh kecuali bagian wajah dan lubang kemaluan, dan di aplikasikan 1x dalam waktu 10 jam lalu dibersihkan. Apabila keluhan tetap dirasakan penggunaan Permetrin 5% dapat diulang setelah seminggu kemudian. Pengobatan skabies yang dianjurkan adalah menggunakan krim Permetrin 5%. Permetrin sebagai anti skabies lebih poten jika dibandingkan dengan lindan (gameksan) atau preparat sulfur, juga lebih potendan aman pada bayi dan anak.⁸ Wandel dan Rampalo, 2002 melakukan tinjauan tingkat kesembuhan penderita skabies dengan berbagai macam obat (Tabel 1). Kombinasi antara bensil benzoat dan ivermectin keberhasilan terapinya mencapai 100% namun dikarenakan kurangnya ketersediaan kombinasi bensil benzoat dan ivermectin di fasilitas kesehatan primer maka

yang dipilih krim Permetrin 5% yang memiliki tingkat keberhasilan yang juga cukup tinggi yaitu 98%.¹²

Tabel 1. Tingkat kesembuhan penderita skabies setelah pengobatan.¹²

Jenis Obat Skabies	Tingkat Kesembuhan (%)
Permetrin secara topikal	98
Ivermectin secara oral (dua kali dosis)	96
Kombinasi bensil bensoat dan ivermectin	100
Ivermectin secara oral (dosis tunggal)	63-70
Bensil bensoat secara topikal	47,4
Lindan	96

Pengobatan topikal dengan permethrin ini efektif untuk kasus skabies yang gagal dengan pengobatan skabies lain. Penularan skabies terutama melalui kontak langsung yang erat, maka untuk keberhasilan terapi seluruh keluarga yang tinggal dalam 1 rumah harus diobati dengan anti skabies secara serentak dengan perilaku yang bersih.⁹

Pada kunjungan kedua di rumah pasien, dilakukan perencanaan intervensi yaitu memberikan edukasi pada pasien dan keluarga pasien tentang penyakit skabies, memberikan dukungan pada keluarga untuk mengobati seluruh anggota keluarga yang mengalami keluhan yang sama. Intervensi yang dilakukan berupa leaflet mengenai skabies.

Kebersihan tubuh dan lingkungan termasuk sanitasi serta pola hidup yang sehat akan mempercepat kesembuhan dan memutuskan siklus hidup *Sarcoptes Scabiei*. Pencegahan skabies adalah memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk mencuci pakaian, sprei, gorden dan menjemur sofa dan tempat tidur. Hal ini dilakukan untuk mematikan semua tungau dewasa dan telur sehingga tidak terjadi kekambuhan. Penularan melalui kontak tidak langsung seperti melalui perlengkapan tidur, pakaian, atau handuk

memegang peranan penting.¹⁰ Penularan pasien dengan skabies dengan kontak secara langsung kurang lebih 10-20 menit sangatlah penting diperhatikan. Penularan dapat melalui kontak langsung seperti penggunaan kasur, handuk atau pun pakaian secara bersamaan. Pengobatan kepada keluarga yang terkena juga menjadi bagian penting dalam mencegah penyebaran penyakit skabies hingga tuntas.¹



Gambar 1. Leaflet scabies yang digunakan saat intervensi¹

Dalam menatalaksana pasien, seorang dokter perlu memperhatikan pasien seutuhnya, tidak hanya tanda dan gejala penyakit namun juga psikologisnya. Pembinaan keluarga yang dilakukan pada kasus ini tidak hanya mengenai penyakit pasien, tetapi juga mengenai masalah-masalah lainnya seperti fungsi ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga, perilaku kesehatan keluarga, dan lingkungan.¹⁰

Tidak ada masalah lingkungan rumah pada keluarga Penemuan kasus skabies pada beberapa tempat telah dilaporkan kepada Puskesmas setempat. Setelah dilakukan pelaporan ke pihak Puskesmas, mereka hanya dapat menyediakan Permetrin 5% salep untuk pengobatan skabies. Permetrin 5% salep efektif terhadap semua stadium.¹¹

Simpulan

Diagnosis skabies pada kasus ini sudah sesuai dari beberapa gejala klinis dan pemeriksaan fisik yaitu ditemukannya 2 dari 4 tanda kardinal. Ada beberapa faktor resiko terjadinya skabies: faktor internal yaitu pendidikan kurang akan skabies, pengalaman riwayat mengalami skabies, dan usia sedangkan faktor eksternal yaitu faktor lingkungan. Penyebab skabies yang dialami oleh beberapa anggota keluarga dikarenakan ketidaktahuan terhadap penyakit dan faktor resiko pekerjaan personal dan lingkungan yang kurang. Intervensi yang dilakukan berupa kunjungan ke rumah pasien sebanyak 2x dengan jarak 2 minggu untuk melihat faktor resiko, pengetahuan dan perkembangan penyakit pada pasien dan keluarganya. Dilakukan pemberian edukasi pada pasien dan keluarganya berupa leaflet dan penjelasan bagaimana cara mengatasi dan mencegah penyakit skabies. Penatalaksanaan pada pasien dan anggota keluarga terkait skabies sudah berhasil terbukti dengan keluhan gatal malam hari yang berkurang serta keluarga yang menderita keluhan yang sama diobati.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
2. Aisah BS, Handoko R. Ilmu Kesehatan Kulit Kelamin. Edisi ke-7. Balai Penerbit FK UI. Jakarta: 2015; hlm. 137-40.
3. Siregar RS, Wijaya C dan Anugerah P. Sarihati penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-3. Jakarta: EGC; 1996. hlm. 191-5.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan RI. No.829/MENKES/SK/VII/1999 Tentang Persyaratan Rumah Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 1999.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota Tahun 2014. Kabupaten Lima Puluh kota: Dinas Kesehatan Kabupaten Lima Puluh Kota; 2015.
6. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B dan Feldmeier, *et al.*, editors. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosis capitis in resource-poor communities in Brazil. *British Journal of Dermatology*. 2005; 153(1): 150–6.
7. Fox G. Itching And Rash In A Boy And His Grandmother. *J Farm Practice*. 2006; 55(8): 679-84.
8. Gilmore SJ. Control Strategies for Endemic Childhood Scabies. *PLoS ONE*. 2011; 6(1): 159-90.
9. Handoko R, Djuanda A, Hamzah N. dan Aisah S. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi Ke-5. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta: 2012; hlm. 119-22.
10. Chosidow O. Scabies and Pediculosis. *New England Journal Of Medicine*. 2010; 354(16): 1718-27.
11. Johnston G. Sladden M. Scabies: Diagnosis And Treatment. *British Medical Journal*. 2005; 331(7517): 619-22.
12. Wendel K, Rompalo A. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. *CID*. 2002; 35(2): 146-51.