

Penatalaksanaan Skabies Infeksi Sekunder Pada Anak Usia Sekolah Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga Di Puskesmas Natar

Aprina Adha Widiastini¹, Fitria Saftarina²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skabies merupakan infeksi parasit pada kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei var hominis*. Sinonim atau nama lain skabies adalah kudis, *the itch*, gudig, budukan, dan gatal agogo. Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, antara lain keadaan sosial ekonomi rendah, personal hygiene yang buruk, tingkat pengetahuan, usia dan kontak dengan penderita baik langsung maupun tidak langsung. Keadaan tersebut memudahkan transmisi dan infestasi *Sarcoptes scabiei*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pada hasil didapatkan seorang anak laki-laki usia 7 tahun dengan keluhan timbul bintil-bintil disertai gatal terutama pada malam hari sejak 11 bulan yang lalu. Pasien memiliki aspek risiko internal berupa personal *hygiene* yang kurang baik, kebiasaan anak yang tidur sekamar dengan orang tuanya, spreng, sarung bantal, serta horden jarang dicuci, pemakaian pakaian berulang sebelum dicuci dan menggunakan handuk bersamaan. Aspek risiko eksternal yaitu keluarga dengan penghasilan rendah dengan lingkungan rumah yang cukup padat penduduk, kebersihan lingkungan rumah yang kurang, serta pengetahuan pasien dan keluarga yang rendah mengenai penyakit skabies. Dilakukan kunjungan rumah sebanyak 3 kali untuk melakukan intervensi terhadap pasien dan keluarga. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan secara holistik, *patient centred*, *family approached* dan berdasarkan beberapa teori dan penelitian terkini. Pada proses perubahan perilaku, An. M sudah mencapai tahap *trial*. Proses perubahan perilaku pada An. M dan keluarga dalam personal hygiene telah terlihat setelah diberikan intervensi.

Kata kunci : diagnostik holistik, faktor penyebab skabies, skabies

Management Of Secondary Infection Scabies In School Ages Children With Family Medical Approach In Natar Puskesmas

Abstract

Scabies is a parasitic infection of the skin caused by *Sarcoptes scabiei var hominis*. Synonyms or other names for scabies are scabies, the itch, gudig, budukan, and agogo itching. Many factors support the development of this disease, including low socioeconomic conditions, poor personal hygiene, level of knowledge, age and contact with sufferers both directly and indirectly. This situation facilitates the transmission and infestation of *Sarcoptes scabiei*. This study is a case report. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study quantitatively and qualitatively. In the results obtained a 7-year-old boy with complaints arise pimples accompanied by itching, especially at night since 11 months ago. Patients have aspects of internal risk in the form of poor personal hygiene, habits of children who sleep in the same room with their parents, bed linen, pillowcases, and curtains are rarely washed, repeated use of clothes before washing and use towels together. The external risk aspects are low income family with a fairly dense home environment, lack of cleanliness of the home environment, and low patient and family knowledge about scabies. Home visits were carried out 3 times to intervene in patients and families. The diagnosis and management of these patients is done holistically, patient centered, family approached and based on several theories and the latest research. In the process of behavior change, An. M has reached the trial stage. The process of behavior change in An. M and family in personal hygiene have been seen after intervention.

Keyword : causative factor of scabies, holistic diagnosis, scabies

Korespondensi : Aprina Adha Widiastini, Alamat Jl. Sagitarius No. 22 Rajabasa Bandar Lampung, HP 082179373145, Email aprinaadha@gmail.com

Pendahuluan

Skabies merupakan infeksi parasit pada kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei var hominis*. *Sarcoptes scabiei* termasuk filum Arthropoda, kelas Arachnida, ordo Acarina,

famili Sarcoptidae. Sinonim atau nama lain skabies adalah kudis, *the itch*, gudig, budukan, dan gatal agogo. Skabies dapat menyebar dengan cepat pada kondisi ramai dimana sering terjadi kontak tubuh.²

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat sekitar 300 juta kasus skabies di dunia setiap tahunnya. Skabies termasuk penyakit kulit yang endemis di wilayah beriklim tropis dan subtropis, seperti Afrika, Mesir, Amerika tengah, Amerika selatan, Australia utara, Australia tengah, Kepulauan karibia, India, dan Asia tenggara. WHO menyatakan skabies merupakan salah satu dari enam penyakit parasit epidermal kulit yang terbesar angka kejadiannya di dunia.^{5,12}

Sebuah studi epidemiologi di United Kingdom (United Kingdom) menunjukkan bahwa skabies lebih banyak terdapat di area perkotaan dan lebih sering terjadi pada musim dingin dibandingkan musim panas. Skabies masih menjadi masalah utama di banyak komunitas Aborigin di Australia, dimana berkaitan dengan tingkat kemiskinan dan kepadatan penduduk. Hasil survei didapatkan prevalensi skabies 25% pada orang dewasa, sedangkan prevalensi tertinggi terjadi pada anak sekolah yaitu 30-65%.^{3,16}

Menurut Depkes RI, berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 2008, angka kejadian skabies adalah 5,6%-12,95%. Skabies di Indonesia menduduki urutan ke tiga dari dua belas penyakit kulit tersering.⁴ Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2011, jumlah kasus baru pada penyakit skabies berjumlah 1135 orang, dan tahun 2012 mengalami peningkatan lebih dari dua kali lipat menjadi 2941 orang.

Lesi pada skabies menimbulkan rasa tidak nyaman karena sangat gatal sehingga penderita seringkali menggaruk dan mengakibatkan infeksi sekunder terutama oleh bakteri *Grup A Streptococcus* dan *Staphylococcus aureus*. Banyak faktor yang menunjang perkembangan penyakit ini, antara lain keadaan sosial ekonomi yang rendah, kebersihan yang buruk, hubungan seksual yang sifatnya promiskuitas, tingkat pengetahuan, usia dan kontak dengan penderita baik langsung maupun tidak langsung. Keadaan tersebut memudahkan transmisi dan infestasi *Sarcoptes scabiei*. Oleh karena itu, prevalensi skabies yang tinggi umumnya ditemukan di lingkungan dengan kepadatan penghuni dan

kontak interpersonal yang tinggi seperti asrama, panti asuhan, dan penjara.⁴

Infestasi tungau ini mudah menyebar dari orang ke orang melalui kontak fisik dan sering menyerang seluruh penghuni dalam satu rumah. Tungau betina membuat terowongan di bawah lapisan kulit paling atas dan menyimpan telurnya dalam lubang. Beberapa hari kemudian akan menetas tungau muda (larva). Infeksi menyebabkan gatal-gatal hebat, kemungkinan merupakan suatu reaksi alergi terhadap tungau. Di beberapa negara termasuk Indonesia penyakit skabies yang hampir teratasi cenderung mulai bangkit dan merebak kembali.¹³

Pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan skabies membantu mengidentifikasi faktor faktor yang berpengaruh baik secara klinis, personal, dan psikososial keluarga. Dengan pendekatan ini, penatalaksanaan akan lebih komprehensif dan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Ilustrasi Kasus

An. M datang ke Puskesmas Natar diantar oleh ibunya dengan keluhan gatal-gatal hampir di seluruh tubuh sejak dua minggu yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari, tangan, punggung, dada dan perut. Awalnya timbul bintil-bintil di sela-sela jari lalu menyebar ke tangan, punggung, dada serta perut. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga timbul koreng dan bekas luka. Keluhan lain seperti demam serta alergi makanan atau obat-obatan disangkal.

Pasien pernah berobat sebelumnya. Ibu pasien mengaku bahwa pasien sering datang ke Puskesmas Natar karena keluhan gatalnya. Keluhan ini dirasakan sejak 11 bulan yang lalu dan ibunya mengatakan jika salepnya habis keluhan gatal akan timbul kembali. Selain pasien, anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah juga memiliki keluhan yang serupa seperti ayah dan ibu pasien. Pasien sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk bergantian dengan anggota keluarganya. Dalam sehari pasien mandi sebanyak dua kali. Aktivitas pasien

setelah pulang sekolah bermain dengan teman sebayanya di lingkungan rumah. Ibunya mengatakan bahwa pasien sering bermain pasir dengan teman sebayanya.

Ibu pasien mengaku bahwa sekitar 1 tahun yang lalu yang pertama kali mengalami gatal-gatal yaitu bibinya. Bibinya yang baru saja bebas dari penjara sempat tinggal serumah. Beberapa hari kemudian ayah pasien lalu ibunya yang terkena. Ibu pasien mengatakan bahwa di lingkungan sekitar rumah seperti tetangga-tetangganya memiliki keluhan yang serupa.

Pasien adalah anak pertama dan tidak memiliki saudara kandung. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari Ayah (29 tahun), Ibu (26 tahun), dan Anak (pasien). Pasien masih sekolah dasar kelas 1 dan berumur 7 tahun. Hubungan antar anggota keluarga baik, penyelesaian masalah dengan diskusi keluarga. Setelah pulang sekolah biasanya pasien kembali kerumah dan mengganti pakaian lalu main bersama teman-teman sebayanya.

Untuk memenuhi kebutuhan keluarga, anak hanya mengandalkan Ayahnya yang bekerja sebagai pemulung dimana pekerjaannya tidak menentu atau hanya seminggu dua kali dengan gaji yang tidak menentu sekitar Rp 1.000.000/bulan. Pekerjaan Ibu hanya sebagai ibu rumah tangga yang tidak memiliki pekerjaan tetap.

Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat salah satu dari anggota keluarga yang sakit. Selama ini, perilaku berobat keluarga untuk memeriksakan diri ke layanan kesehatan jika keluhan sudah benar-benar mengganggu kegiatan sehari-hari. Pasien berobat ke Puskesmas Natar jarak yang ditempuh dari rumah ke puskesmas $\pm$ 3 KM.

Pasien tinggal di rumah dengan jumlah orang yang tinggal 3 orang. Rumah berukuran 13 x 8 meter berdinding batu bata di cat, lantai semen dan keramik dengan jumlah kamar tiga, dua kamar mandi, 1 dapur dan 1 ruang keluarga. Sang anak tidur bersama kedua orang tuanya di kamar pertama. Sinar matahari hanya sebagian kecil dapat masuk ke dalam rumah, penerangan dibantu lampu boklam. Ventilasi kurang, rumah terasa penuh,

penataan barang kurang terutama bagian ruang keluarga.

Kebersihan rumah kurang, lantai kotor, banyak pakaian serta barang yang tidak tersusun rapih berserakan di lantai dan kasur. Sprei, sarung bantal, serta horden jarang dicuci. Terdapat dua kamar mandi dengan wc jongkok. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum dan masak didapatkan dengan memasak sendiri yang bersumber dari air sumur dan air untuk mandi didapatkan dari pompa mesin. Saluran air dialirkan ke got depan rumah yang mengalir. Tempat sampah berada di belakang rumah dan sampah selalu dibakar diatas tanah jika merasa sudah penuh. Tetapi keadaan rumah cukup banyak sampah berserakan di halaman depan rumah.

Hasil

Keluhan muncul bintil-bintil kemerahan sudah dirasakan sejak 11 bulan yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari. Selain pasien, anggota keluarga lainnya seperti ayah dan ibu pasien yang tinggal serumah juga memiliki keluhan yang sama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, berat badan 17 kg, tinggi badan 109 cm, nadi 88 x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, suhu 36,6°C. Pada pemeriksaan dermatologis didapatkan pada regio manus dekstra et sinistra, antebrachii dextra et sinistra, brachii sinistra terdapat pustula dan krusta multipel ukuran lentikuler, diskret-konfluens. Pada regio manus dekstra et sinistra, trunkus anterior et posterior dan regio abdomen terdapat makula hiperpigmentasi dan hipopigmentasi multipel ukuran milier-lentikuler, diskret-konfluens. manus dekstra et sinistra, antebrachii dextra et sinistra, brachii sinistra terdapat pustula dan krusta multipel ukuran lentikuler, diskret-konfluens. Pada regio manus dekstra et sinistra, trunkus anterior et posterior dan regio abdomen terdapat makula hiperpigmentasi dan hipopigmentasi multipel ukuran milier-lentikuler, diskret-konfluens.

Pasien merupakan anak tunggal, saat ini pasien tinggal di Natar bersama kedua orang tuanya. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Hubungan antar anggota

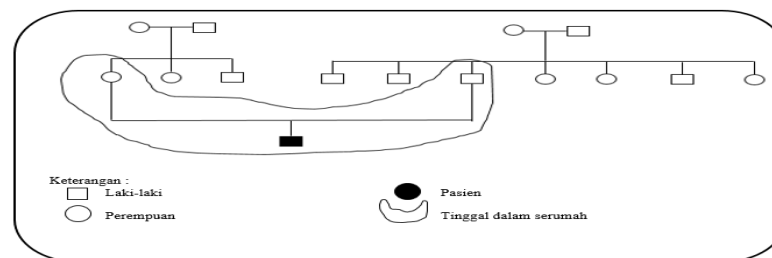
keluarga baik, penyelesaian masalah dengan diskusi keluarga. Setelah pulang sekolah biasanya pasien kembali kerumah dan mengganti pakaian lalu main bersama teman-teman sebayanya.

Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit. Selama ini, perilaku berobat keluarga memeriksakan diri ke layanan kesehatan jika keluhan sudah benar-benar mengganggu kegiatan sehari-hari. Pasien berobat ke Puskesmas Natar jarak yang ditempuh dari rumah ke puskesmas ± 3 KM.

Kebersihan rumah kurang, lantai terlihat kotor, banyak pakaian serta barang yang tidak

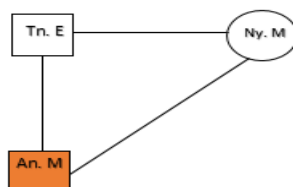
tersusun dengan rapih yang berserakan di lantai dan kasur. Sprei, sarung bantal, serta horden jarang dicuci. Terdapat dua kamar mandi dengan wc jongkok. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum dan makanan didapatkan dengan memasak sendiri yang bersumber dari air sumur dan air untuk mandi didapatkan dari pompa mesin. Saluran air dialirkan ke got depan rumah yang mengalir. Tempat sampah berada di belakang rumah dan sampah selalu dibakar diatas tanah jika merasa sudah penuh. Tetapi keadaan rumah terlihat cukup banyak sampah yang berserakan di halaman depan rumah.

Genogram



Gambar 1. Genogram An. M

Family Map



Gambar 2. Hubungan keluarga An. M

Keterangan :

— : Hubungan erat



Gambar 3. Denah Rumah

Keterangan :

— : Jendela
 — : Ventilasi

Diagnosis pada pasien ini adalah skabies. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien ini berupa tatalaksana farmakologi dan non farmakologi. Adapun tatalaksana farmakologi yang diberikan adalah permetrin cream 5%, antibiotik amoxicilin dan antihistamin cetirizin 5 mg. Pasien diberi edukasi mengenai cara pemakaian krim yaitu dioles tipis ke seluruh badan pada malam hari dan baru dibersihkan keesokan harinya setelah 8 jam. Selain itu pasien diberikan edukasi mengenai penyebab skabies, faktor risiko, gejala klinis, tatalaksana dan pencegahan skabies, serta edukasi mengenai komplikasi yang akan terjadi jika penyakit tidak diobati, edukasi agar berobat ke puskesmas atau pelayanan kesehatan lain jika keluhan tidak membaik, edukasi tentang pentingnya menjaga *personal hygiene* pada pasien dan anggota keluarga.

Pembahasan

An. M umur 7 tahun datang ke Puskesmas Natar dibawa oleh ibunya dengan keluhan gatal-gatal hampir di seluruh tubuh sejak dua minggu yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari, tangan, punggung, dada dan perut. Awalnya timbul bintil-bintil di sela-sela jari lalu menyebar ke tangan, punggung, dada serta perut. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga timbul koreng dan bekas luka. Keluhan lain seperti demam serta alergi makanan atau obat-obatan disangkal.

Pasien pernah berobat sebelumnya. Ibu pasien mengaku bahwa pasien sering datang ke Puskesmas Natar karena keluhan gatalnya. Keluhan ini dirasakan sejak 11 bulan yang lalu dan ibunya mengatakan jika salepnya habis keluhan gatal timbul kembali. Selain pasien, anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah juga memiliki keluhan yang serupa.

Pasien sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk bergantian dengan anggota keluarganya. Dalam sehari pasien mandi sebanyak dua kali. Aktivitas pasien setelah pulang sekolah bermain dengan teman sebayanya di lingkungan rumah. Ibunya mengatakan bahwa pasien sering bermain pasir dengan teman sebayanya.

Ibu pasien mengaku bahwa sekitar 1 tahun yang lalu yang pertama kali mengalami gatal-gatal yaitu bibinya. Bibinya yang baru saja bebas dari penjara sempat tinggal serumah. Beberapa hari kemudian ayah pasien lalu ibunya yang terkena. Ibu pasien mengatakan bahwa di lingkungan sekitar rumah seperti tetangga-tetangganya memiliki keluhan yang serupa.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan sesuai usia, berat badan 17 kg, tinggi badan 109 cm, HR : 88x/m, RR : 20x/m, BMI : kesan dalam batas normal. Pada status dermatologis, didapatkan pada regio manus dekstra et sinistra, antebrachii dekstra et sinistra, brachii sinistra terdapat pustula dan krusta multipel ukuran lentikuler, diskret-konfluens. Pada regio manus dekstra et sinistra, trunkus anterior et posterior dan regio abdomen terdapat makula

hiperpigmentasi dan hipopigmentasi multipel ukuran milier-lentikuler, diskret-konfluens.

Penegakkan diagnosis klinik skabies pada pasien ini sudah tepat, berdasarkan anamnesis dari pasien dan keluarga, didapatkan keluhan berupa gatal-gatal di seluruh tubuh terutama di sela-sela jari tangan yang dirasakan meningkat pada malam hari. Selain pasien, ayah dan ibu pasien juga merasakan keluhan yang sama. Berdasarkan pemeriksaan fisik, status generalis tidak ditemukan adanya kelainan. Dari pemeriksaan status dermatologis, didapatkan pada regio manus dekstra et sinistra, antebrachii dekstra et sinistra, brachii sinistra terdapat pustula dan krusta multipel ukuran lentikuler, diskret-konfluens. Pada regio manus dekstra et sinistra, trunkus anterior et posterior dan regio abdomen terdapat makula hiperpigmentasi dan hipopigmentasi multipel ukuran milier-lentikuler, diskret-konfluens. Sesuai dengan teori yang ada bahwa untuk menegakkan diagnosis skabies harus memiliki minimal dua dari empat kriteria diagnosis skabies sendiri. Adapun kriteria skabies antara lain gatal pada malam hari, mengenai secara berkelompok, adanya terowongan di tempat-tempat predileksi dan ditemukannya tungau. Untuk memastikan diagnosis skabies adalah dengan pemeriksaan laboratorium dengan mikroskop untuk melihat ada tidaknya kutu *Sarcoptes scabiei* atau teluranya.⁷

Menurut Sudirman (2006), penatalaksanaan skabies dibagi menjadi dua bagian, yaitu penatalaksanaan umum dan penatalaksanaan khusus. Pada penatalaksanaan umum pasien dianjurkan untuk menjaga kebersihan dan mandi secara teratur setiap hari. Semua pakaian, sprei, dan handuk yang telah digunakan harus dicuci secara teratur dan direndam dengan air panas.¹⁴

Beberapa syarat pengobatan yang harus diperhatikan:

1. Semua anggota keluarga harus diperiksa dan semua harus diberi pengobatan secara serentak.
2. *Personal Hygiene*: penderita harus mandi bersih, bila perlu menggunakan sikat untuk menyikat badan. Sesudah mandi pakaian yang akan dipakai harus disetrika. Semua

perlengkapan rumah tangga seperti bangku, sofa, sprei, bantal, kasur, selimut harus dibersihkan dan dijemur di bawah sinar matahari selama beberapa jam.¹⁴

Pada penatalaksanaan secara khusus biasanya menggunakan obat-obatan. Obat-obat antiskabies yang tersedia dalam bentuk topikal antara lain:

1. Belerang endap (*sulfur presipitatum*), dengan kadar 4-20% dalam bentuk salep atau krim. Kekurangannya adalah berbau dan mengotori pakaian dan kadang-kadang menimbulkan iritasi. Dapat dipakai pada bayi berumur kurang dari 2 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui.
2. Emulsi benzil-benzoat (20-25%), efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh, sering memberi iritasi, dan kadang-kadang makin gatal setelah dipakai. Efek samping obat ini adalah diare pada menit pertama saat pengolesan.
3. Gama benzena heksa klorida (gameksan = *gammexane*) kadarnya 1% dalam krim atau losio, termasuk obat pilihan karena efektif terhadap semua stadium, mudah digunakan, dan jarang memberi iritasi. Pemberiannya cukup sekali, kecuali jika masih ada gejala diulangi seminggu kemudian.
4. Krotamiton 10% dalam krim atau losio juga merupakan obat pilihan yang mempunyai dua efek sebagai antiskabies dan anti gatal. Harus dihindarkan dari mata, mulut, dan uretra.
5. Permetrin dengan kadar 5% dalam krim kurang toksik dibandingkan gameksan, efektifitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah 10 jam. Bila belum sembuh diulangi setelah seminggu. Tidak dianjurkan pada bayi di bawah umur 12 bulan.⁷

Medikamentosa yang diberikan adalah Permetrin krim 5% yang dioleskan pada seluruh tubuh kecuali bagian wajah. Hal ini sesuai dengan tatalaksana skabies. Pasien juga diberikan antihistamin untuk mengurangi rasa gatal yaitu cetirizine sekali sehari pada malam hari. Permetrin sebagai anti skabies lebih poten jika dibandingkan dengan lindan (gameksan) atau krotamiton,

juga lebih poten dan aman pada bayi dan anak. Obat ini efektif untuk kasus skabies yang gagal dengan pengobatan skabies. Maka untuk keberhasilan terapi seluruh keluarga yang tinggal dalam 1 rumah harus diobati dengan anti skabies secara serentak.¹¹

Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana kunjungan pertama kali ke rumah pasien dilakukan pengenalan dengan keluarga pasien serta diberikan penjelasan mengenai pembinaan keluarga. Setelah itu dilakukan anamnesis yang lebih mendalam mengenai keadaan pasien, keluarga, perilaku, dan keadaan yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya penyakit skabies berulang pada pasien. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *mandala of health*, pasien memiliki kesadaran yang cukup tentang penyakit yang di deritanya.

Dilihat dari fungsi biologis, terdapat keluhan yang sama pada ayah dan ibu pasien. Keluhan ini semula diderita oleh bibi pasien yang tinggal serumah selepas dari penjara, lalu keluhan ini mengenai ayah dan ibu pasien serta pasien sendiri. Hal ini dapat diketahui bahwa penularan ini melalui kontak tidak langsung seperti melalui perlengkapan tidur, pakaian, atau handuk memegang peranan penting, maka dilakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk merendam pakaian, sprei, handuk, horden dengan air panas dan menjemur sofa dan tempat tidur dibawah sinar matahari. Hal ini dilakukan untuk mematikan semua tungau dewasa dan telur sehingga tidak terjadi kekambuhan.¹

Masalah psikososial keluarga yaitu pasien dan ibu pasien merasa tidak nyaman dan tidak percaya diri di lingkungan sekitar karena memiliki penyakit kulit. Selain itu, keadaan ekonomi keluarga juga ikut mempengaruhi kondisi kesehatan pasien. Ayah pasien yang bekerja sebagai pemulung merasa pendapatan yang diperoleh hanya cukup untuk kebutuhan makan sehari-hari.

Personal hygiene juga menjadi salah satu faktor pemicu timbulnya penyakit skabies. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyebutkan bahwa skabies disebabkan oleh rendahnya faktor *personal hygiene* yang

buruk. Melakukan kebiasaan seperti kebiasaan mencuci tangan, mandi menggunakan sabun, mengganti pakaian dan pakaian dalam, tidak saling bertukar pakaian, kebiasaan keramas menggunakan shampo, tidak saling bertukar handuk dan kebiasaan memotong kuku, dapat mengurangi risiko terkena skabies.^{8,9}

Selain itu, kondisi fisik lingkungan rumah pasien juga ikut mempengaruhi terjadinya penyakit skabies berulang pada pasien. Kondisi fisik lingkungan meliputi banyak sampah berserakan di lingkungan depan rumah, banyak barang dan pakaian yang tidak tertata rapih di ruang keluarga, pencahayaan matahari yang kurang dan lembab. Berdasarkan pengamatan pada rumah pasien, diketahui ventilasi rumah pasien kurang pencahayaan sinar matahari baik di bagian ruang tamu maupun di ruang keluarga. Akibat kurangnya pencahayaan sinar matahari akan mengakibatkan ruangan menjadi gelap dan terkesan lembab. Menurut Notoatmojo (2011) Ruang yang sehat memerlukan cahaya yang cukup, tidak kurang dan tidak terlalu lebih, jika kekurangan cahaya, khususnya cahaya matahari akan berakibat kurang nyaman, rumah yang kekurangan cahaya matahari merupakan media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangnya bibit penyakit, termasuk skabies.^{10,15}

Masuknya cahaya matahari juga mempengaruhi kelembapan ruangan, jika matahari tidak masuk maka kelembapan ruangan tersebut cenderung akan lebih tinggi daripada ruangan dengan cahaya matahari.⁶ Selanjutnya dilakukan kunjungan kedua untuk melakukan intervensi terhadap pasien anggota keluarga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dan penerapan pencegahan penularan skabies. Sedangkan faktor penghambatnya adalah faktor ekonomi, yaitu pendapatan ayah pasien yang tidak menentu sebagai pemulung. Hal lain yang mempengaruhi faktor penyediaan sarana dan prasarana kesehatan.

Simpulan

dengan menggunakan media *leaflet*. Intervensi ini terutama ditujukan untuk pasien dan keluarga. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk merubah perilaku hidup pasien serta keluarga agar menjalani perilaku hidup bersih dan sehat, mengetahui penyebab skabies, tanda dan gejala skabies, cara penularan skabies, mengetahui pencegahan dan penatalaksanaan skabies. Intervensi ini tidak hanya ditujukan pada pasien saja, tetapi juga pada ibu dan ayah pasien karena mereka juga menderita penyakit skabies yang diduga ditularkan dari bibi pasien.

Kunjungan ketiga dilakukan lima hari setelah kunjungan kedua dan dari hasil anamnesis lanjut didapatkan bahwa menurut orangtua pasien, kondisi pasien semakin baik. Gatal-gatal yang dirasakan sudah tidak ada lagi, luka yang lecet sudah mengering yang tersisa berupa bercak-bercak kehitaman dan putih pada kulit pasien akibat bintil yang digaruk karena gatal sehingga menimbulkan bekas luka. Selain itu, sudah terjadi perubahan dalam pola hidup pasien seperti jendela serta hordeng sudah dibuka sehingga cahaya matahari dapat masuk, sudah mulai membersihkan rumah khususnya di ruang keluarga dan halaman depan rumah, seluruh pakaian, handuk, horden dan sprei sudah direndam menggunakan air panas kemudian dijemur dibawah sinar matahari langsung, sofa serta kasur sudah dijemur dibawah sinar matahari, sudah tidak menggunakan pakaian berulang kali yang belum dicuci dan sudah tidak menggunakan handuk secara bersamaan, serta anak dan orang tua tidur sudah terpisah kamar.

Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah seluruh

Simpulan yang didapat adalah penegakan diagnosis skabies pada pasien didapatkan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien, serta telah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Pada kasus telah diberikan terapi farmakologi berupa permetrin cream 5%, antibiotik amoxicilin dan antihistamin cetirizine 5 mg serta non farmakologi berupa edukasi tentang pentingnya menjaga *personal hygiene* pada pasien dan anggota keluarga, mengenai penyebab skabies, faktor risiko,

gejala klinis, tatalaksana dan pencegahan skabies, serta edukasi mengenai komplikasi yang akan terjadi jika penyakit tidak diobati. Perubahan perilaku pada pasien dan keluarganya tentang pola hidup yang sehat terlihat setelah dilakukan intervensi.

Daftar Pustaka

1. Ibadurrahmi, Veronica S, Nugrohowati N. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Skabies Pada Santri Di Pondok Pesantren Qotrun Nada Cipayung Depok Februari Tahun 2016 [Skripsi]. Jakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Pembangunan Nasional Veteran; 2016.
2. Akmal K, Semiarty R, Gayatri. Hubungan Personal Hygiene Dengan Kejadian Skabies Di Pondok Pendidikan Islam Darul Ulum, Palarik Air Pacah, Kecamatan Koto Tangah Padang Tahun 2013 [Skripsi]. Padang: Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas; 2013.
3. Yunita S, Gustia R, Anas E. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2015. Padang: Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas; 2018.
4. Mutiara H, Syailindra F. Scabies. Majority. 2016; 5(2): 37-42.
5. Griana P. Scabies : Penyebab, Penanganan Dan Pencegahannya. Malang: Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim; 2013.
6. Hilma UD, Ghazali L. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Skabies Di Pondok Pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia; 2014.
7. Menaldi SLS, Bramono K, Indriatmi W. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
8. Desmawati. Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Al-Kautsar Pekanbaru [Skripsi]. Pekanbaru: Universitas Riau; 2015.
9. Putri A. Hubungan Higiene Perseorangan, Sanitasi Lingkungan Dan Status Gizi Terhadap Kejadian Skabies Pada Anak [Artikel Penelitian]. Semarang: Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro; 2011.
10. Mansyur M. Pendekatan Kedokteran Keluarga pada Penatalaksanaan Skabies Anak Usia Pra-Sekolah [Laporan Kasus]. Jakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia; 2007.
11. Chandra N. Penyebaran Penyakit Skabies. Jakarta : Bina Pustaka; 2006.
12. Ratnasari AF, Sungkar S. Prevalensi Skabies dan Faktor-faktor yang berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. Jakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia; 2014.
13. Chandra E. Uji Banding Efektifitas Krim Permetrin 5% dan Salep 2-4 Pada Pengobatan Skabies [Thesis]. Semarang: Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro; 2004.
14. World Health Organization (WHO). Water Related disease; 2009.
15. Mading M, Indriaty I. Kajian Aspek Epidemiologi Skabies Pada Manusia. Jurnal Penyakit Bersumber Binatang. 2015; 2(2): 9-17.