

Penatalaksanaan Skabies Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Satelit

Niken Rahmatia¹, Tutik Ernawati²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tingginya prevalensi skabies dapat disebabkan oleh kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan, higienitas yang buruk, ketersediaan air bersih serta kepadatan penghuni rumah. Diagnosis dan tatalaksana dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik dan komprehensif. Data primer didapat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, dan data sekunder dari rekam medis pasien. Kasus pasien Tn. A 51 tahun menderita penyakit skabies (ICD 10 – B86) yang berulang sejak tiga bulan yang lalu, namun pasien masih memiliki derajat fungsional 1 dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor internal pada pasien yaitu higienitas pribadi yang buruk seperti handuk dan sprei tidak cuci secara rutin meskipun sudah digunakan selain oleh anggota keluarga, serta pola pengobatan yang bersifat kuratif. Faktor eksternal pada pasien yaitu rendahnya pendapatan keluarga (ICD10–Z59.6), kurangnya pencahayaan dan ventilasi rumah, lingkungan rumah padat penduduk, lingkungan rumah yang tidak bersih, serta rendahnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit skabies. Upaya penatalaksanaan secara holistik dan komprehensif menggunakan pendekatan kedokteran keluarga berupa edukasi mengenai penyebab, penularan, pengobatan serta pencegahan penyakit. Penyakit skabies sulit diberantas bila tidak disertai dengan perubahan pola hidup bersih dan sehat.

Kata Kunci : holistik, kedokteran keluarga, komprehensif, skabies

Management of Scabies with Family Medical Approach in Puskesmas Satelit

Abstract

The high prevalence of scabies can be caused by poverty, low levels of education, poor hygiene, availability of clean water and density of residents. Diagnosis and treatment are carried out with a holistic and comprehensive family medicine approach. Primary data were obtained through history taking, physical examination and home visits, and secondary data from the patient's medical records. Patient's case a 51-year-old has suffered from scabies (ICD 10 - B86) that has recurred three months ago, but the patient still has a functional degree of 1 in carrying out daily activities. Internal factors in patients are poor personal hygiene, towels and bed linen do not wash regularly even though it has been used other than by family members, as well as curative treatment patterns. External factors in patients are low family income (ICD10-Z59.6), lack of home lighting and ventilation, densely populated home environments, lack of cleanliness in the home environment, and low patient and family knowledge about scabies. The holistic and comprehensive eradication approach uses a family medicine approach in the form of education about the causes, transmission, treatment and prevention of diseases. Scabies disease is difficult to eradicate if it is not accompanied by changes in clean and healthy lifestyle.

Keywords : comprehensive, holistic, family medicine, scabies

Korespondensi : Niken Rahmatia, Alamat Jl. Harapan 1a Way Halim, HP 081279147322, e-mail rahmatianiken@gmail.com

Pendahuluan

Skabies adalah penyakit kulit menular akibat infestasi dan sensitisasi tungau *Sarcoptes scabiei var hominis* dan produknya. *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. Ditandai dengan keluhan gatal terutama pada malam hari, mengenai sekelompok orang, dengan tempat predileksi di lipatan kulit yang tipis, hangat, dan lembab.¹

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.^{2,3}

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia pada tahun 2009, angka kejadian skabies adalah 5,6% hingga 12,95%. Skabies di Indonesia menduduki urutan ke 3 dari 12 penyakit kulit tersering, dijumpai 704 kasus skabies yang merupakan 5,77% dari seluruh kasus baru. Pada tahun 2011 dan 2013 prevalensi skabies adalah 6% dan 3,9%. Berdasarkan data dari

Dinas Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2012, kasus skabies berjumlah 2941 orang. Pada tahun 2014 kasus skabies mengalami peningkatan menjadi 7960 orang.⁴

Faktor yang berperan pada tingginya prevalensi skabies adalah kemiskinan, kepadatan penghuni rumah, tingkat pendidikan rendah, keterbatasan air bersih, dan perilaku kebersihan yang buruk. Kepadatan penghuni rumah merupakan faktor risiko paling dominan dibandingkan faktor risiko skabies lainnya. Tingginya kepadatan penghuni disertai interaksi dan kontak fisik yang erat memudahkan penularan skabies.⁵

Siklus hidup tungau tersebut setelah kopulasi (perkawinan) yang terjadi di atas kulit, tungau jantan akan mati. Tungau betina yang telah dibuahi menggali terowongan dalam stratum korneum dengan kecepatan dua hingga 3 mm sehari sambil meletakkan telurnya 2 hingga 50. Telur akan menetas biasanya dalam waktu 3 sampai 10 hari dan menjadi larva. Larva ini dapat tinggal dalam terowongan, tetapi dapat juga keluar. Setelah 2 sampai 3 hari larva akan menjadi nimfa. Aktivitas *S. scabiei* di dalam kulit menyebabkan rasa gatal.⁶

Skabies sering diabaikan, dianggap biasa saja dan lumrah terjadi pada masyarakat di Indonesia, karena tidak menimbulkan kematian sehingga penanganannya tidak menjadi prioritas utama, padahal jika tidak ditangani dengan baik skabies dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya.⁶

Pelayanan kesehatan primer berperan penting pada penyakit skabies dalam hal penegakan diagnosis dan terapi yang tepat, pencegahan penyakit dan menularnya penyakit ke komunitas, karena penyakit ini mudah sekali menular terutama pada pemukiman yang padat. Oleh karena itu, penanganan yang tepat pada kasus ini dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga.⁷

Ciri dokter keluarga adalah (1) Menjadi kontak pertama dengan pasien dan memberikan pembinaan berkelanjutan (*continuing care*); (2) Membuat diagnosis medis dan penanganannya; (3) Membuat diagnosis psikologis dan penanganannya; (4) Memberi dukungan personal bagi setiap pasien dengan berbagai latar belakang dan berbagai stadium penyakit; (5) Mengomunikasikan

informasi tentang pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan prognosis; (6) Melakukan pencegahan dan pengendalian penyakit kronik dan kecacatan melalui penilaian risiko, pendidikan kesehatan, deteksi dini penyakit, terapi preventif, dan perubahan perilaku.⁷

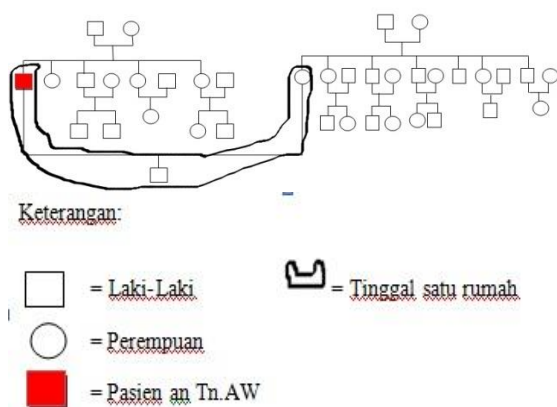
Penatalaksanaan kasus bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan keluarga. Identifikasi faktor-faktor berpengaruh yang dapat mengubah perilaku kesehatan pasien dan keluarga serta partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan juga diperlukan.

Kasus

Pasien Tn. AW, usia 51 tahun datang ke puskesmas satelit dengan keluhan bintil-bintil kemerahan disertai gatal di sela jari tangan, kedua telapak tangan, kedua siku dan perut sejak tiga bulan yang lalu. Keluhan gatal dirasakan memberat terutama malam hari. Pasien telah mengonsumsi obat pereda gatal yang didapat dari puskesmas namun keluhan tidak kunjung menghilang. Pasien mengatakan awalnya keluhan berupa bintil-bintil kecil sebesar jarum pentul pada sela jari tangan kanan, namun lama kelamaan bintil-bintil semakin banyak dan menyebar hingga ke sela jari tangan kiri, kedua telapak tangan, kedua siku dan perut. Pasien sudah berobat ke puskesmas Satelit, diberikan obat pereda gatal namun keluhan belum membaik. Istri dan anak pasien mengalami keluhan serupa.

Pasien merupakan kepala keluarga yang berprofesi sebagai buruh. Pasien memiliki satu orang istri dan satu orang anak. Saat ini pasien tinggal bersama, istri yaitu Ny.AN (46 tahun) dan anak tunggal yaitu An.PR (12 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar. Keluarga pasien sering berkumpul bersama membicarakan aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh masing-masing anggota keluarga. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara kedua orang tuanya sedangkan anak-anak tidak dilibatkan. Keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh pasien. Untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga ini hanya bergantung pada penghasilan pasien yang bekerja sebagai buruh. Pasien merupakan seorang buruh bengkel. Pendapatan perbulan keluarga

sebesar ± Rp.100.000,- yang digunakan untuk menghidupi tiga orang di keluarga ini. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan anggota keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan. Pola pengobatan pada pasien dan keluarga jika memiliki keluhan berobat ke puskesmas. Pasien sudah memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Keluarga pasien berobat ke puskesmas Satelit yang berjarak ± 7,3 kilometer dari rumah pasien.



Gambar 1. Genogram keluarga Tn. A

Dari hasil wawancara dan kunjungan didapatkan luas rumah 7 x 6 m². Luas halaman ± 1 m². Rumah pasien berdinding batu bata yang sudah dicat, lantai dilapisi semen, dan beratap genteng dengan jumlah dua kamar tidur, satu kamar mandi, satu dapur dan satu ruang tamu pada bagian depan rumah. Rumah terkesan kurang rapih dan tata ruang masih kurang baik. Penerangan oleh sinar matahari (jendela dengan ventilasi) pada siang hari dan lampu listrik pada malam hari. Ventilasi dirasakan kurang karena hanya memiliki dua jendela di ruang tamu dan satu jendela di kamar tidur. Tambahan sirkulasi udara di dalam rumah berupa kipas angin. Kebersihan ruang cukup bersih. Pasien memiliki satu kamar mandi di luar rumah dengan jamban jongkok berukuran 2 x 1 m². Kebutuhan air tercukupi dari sumur pompa dan jarak rumah dengan *septic tank* sekitar sepuluh meter. Saluran air dialirkan ke got belakang rumah yang mengalir. Tempat sampah berada diluar rumah. Kesan kebersihan lingkungan rumah cukup bersih. Di halaman depan rumah tertanam beberapa tanaman hias. Jarak antara rumah pasien

dengan rumah lainnya berdekatan.

Pada pemeriksaan fisik penampilan sesuai usia, keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, berat badan 75 kg, tinggi badan 172 cm. Pengukuran status gizi untuk dewasa laki-laki usia diatas 18 tahun yaitu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT pada pasien didapatkan 25.42 kg/m². Hasil interpretasi menurut table IMT yang dikeluarkan oleh Asia Pasifik tergolong *obese* derajat 1. TD 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, suhu 36,5 °C, pemeriksaan *head to toe* dalam batas normal.



Gambar 2. Status lokalis

Pada regio *dorsum manus dextra et sinistra, interdigitalis manus dextra et sinistra, olecranon dextra et sinistra* dan *abdomen* tampak papul eritematosa *multiple*, batas tegas, bentuk bulat, ukuran miliar hingga lentikular, diskret-konfluen, penyebaran regional.

Diagnostik awal pada pasien ini:

- 1) Aspek Personal
 - Alasan kedatangan: Muncul bintil-bintil kemerahan disertai gatal terutama pada malam hari di sela kedua jari tangan, kedua telapak tangan, kedua siku dan perut sejak tiga bulan yang lalu.
 - Kekhawatiran: Bintil-bintil akan bertambah banyak dan meluas, keluhan gatal tidak menghilang dan penyakit tidak sembuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien khawatir penyakitnya dapat menularkan ke lingkungan sekitar.
 - Harapan: Bintil-bintil kemerahan disertai gatal dapat hilang dan tidak

terjadi kekambuhan sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.

- Persepsi: Keluhan terjadi karena pasien tidur di bekas tempat tidur yang digunakan oleh keponakan pasien yang mengalami keluhan serupa, tanpa mengganti dan mencuci terlebih dahulu sprei tersebut.

2) Diagnosis Klinis Awal

- Skabies (ICD 10: B86)
- Obesitas Derajat 1 (ICD 10: E66.9)

3) Risiko internal

- Kebiasaan pasien yang tidak rutin mencuci handuk dan sprei.
- Pakaian kotor yang ditumpuk di ember dalam kamar.
- Pola pengobatan kuratif.

4) Risiko Eksternal

- Sosial ekonomi : Keluarga dengan penghasilan rendah (ICD10 - Z59.6).
- Lingkungan : Tempat tinggal pasien berada pada daerah pemukiman yang padat penduduk.
- *Hygiene* lingkungan rumah yang kurang.
- Pengetahuan keluarga yang rendah.

5) Derajat Fungsional

Satu, pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit.

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya keluhan berulang. Intervensi yang akan dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*.

Patient Centered

1. Farmakologi

- Mengobati penyakit dengan memberikan krim scabimite (permetrin 5%).
- Memberikan anti histamin berupa cetirizin tablet 10 mg.

2. Non farmakologi

- Memberikan edukasi dan motivasi kepada pasien agar menjaga kebersihan diri dan lingkungan.
- Edukasi pasien mengenai cara pemberantasan tungau yang mungkin

terdapat di pakaian, handuk, sprei dan lain-lain.

- Memberikan edukasi terhadap pasien mengenai komplikasi yang akan terjadi jika penyakit tidak diobati.
- Memberikan edukasi tentang modifikasi jenis makanan yang dapat memperberat penyakit.
- Memberikan edukasi pada pasien untuk mengonsumsi makanan bergizi dan sehat.
- Memberikan edukasi pada pasien agar berobat ke puskesmas atau pelayanan kesehatan lain jika keluhan tidak membaik.
- Memberikan edukasi pada pasien cara penggunaan krim yang telah diberikan.

Family Focused

- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai skabies dan penyebabnya.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai tanda dan gejala skabies serta cara penularannya.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai penatalaksanaan skabies.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai kebersihan diri dan lingkungan sekitar rumah.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai modifikasi makanan yang dapat memperberat penyakit.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skabies.
- Memberikan informasi dan edukasi menggunakan media poster dan *leaflet* mengenai pola hidup sehat dan bersih.

Community Oriented

Memberikan konseling mengenai penularan dan pencegahan penyakit skabies yang dapat menular ke anggota keluarga dan tetangga misalnya dengan cara memisahkan pakaian pribadi, handuk, sprei dari mulai mencuci hingga penggunaanya.

Pembahasan

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei var. hominis* dan produknya. Penyakit ini sangat mudah menular dan timbul gatal terutama pada malam hari. Transmisi terjadi melalui perpindahan tungau dewasa dari satu individu yang terinfeksi ke orang lain dengan kontak langsung kulit ke kulit dan secara tidak langsung melalui pakaian, handuk, atau sprei yang terkontaminasi. Daerah predileksi pada tempat dengan stratum korneum tipis, yaitu sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipat ketiak, *areola mammae*, umbilicus, bokong, genitalia eksterna, dan perut bagian bawah.¹

Studi kasus dilakukan pada pasien Tn. AW, usia 51 tahun, dengan keluhan muncul bintil–bintil kemerahan disertai gatal di sela jari tangan, kedua telapak tangan, kedua siku dan perut sejak tiga bulan yang lalu. Awalnya bintil sebesar jarum pentul dirasakan muncul pertama kali pada sela jari tangan kanan. Keluhan tersebut disertai rasa gatal yang semakin memberat terutama pada malam hari. Untuk mengurangi rasa gatal tersebut, pasien berobat ke puskesmas namun keluhan gatal belum membaik. Keluhan yang dirasakan semakin lama semakin bertambah dan menyebar ke bagian lain yaitu telapak tangan, kedua siku hingga perut. Rasa gatal yang dirasakan membuat pasien menggaruk kulit hingga timbul luka akibat garukan. Akhirnya pasien berobat ke puskesmas.

Pasien mengatakan keluhan yang dirasakan timbul setelah keponakannya menginap di rumah. Keponakan pasien memiliki keluhan serupa dan tinggal di pondok pesantren. Pasien memiliki kebiasaan jarang mencuci handuk, sprei, dan sering meminjam pakaian milik orang lain.

Penegakan diagnosis skabies dilakukan atas dasar terpenuhinya dua dari empat tanda kardinal yaitu ditemukannya lesi kulit berupa terowongan (kunikulus) berbentuk garis lurus atau berkelok, warna putih atau abu–abu dengan ujung papul atau vesikel, gatal terutama pada malam hari (pruritus nokturna), menyerang manusia secara berkelompok, dan ditemukannya tungau. Apabila terjadi infeksi sekunder timbul pustul atau nodul. Pada

pasien ini terpenuhi dua kriteria tanda kardinal yaitu pruritus nokturna dan menyerang manusia secara berkelompok. Sedangkan dua tanda kardinal lainnya hanya bisa dibuktikan pada pemeriksaan penunjang yaitu secara mikroskopis dengan larutan KOH 10%, namun uji ini tidak dilakukan dikarenakan sarana dan prasarana di puskesmas Satelit tidak tersedia.⁸

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan sesuai usia, keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, berat badan 75 kg, tinggi badan 172 cm. Pengukuran status gizi untuk dewasa laki–laki usia diatas 18 tahun yaitu dengan IMT. IMT pada pasien didapatkan 25.42 kg/m². Hasil interpretasi menurut table IMT yang dikeluarkan oleh *Asia Pasific* tergolong obese derajat 1. TD 130/80 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 20 x/menit, suhu 36,5 °C. Pasien dengan kondisi obese berisiko untuk terkena penyakit kulit dikarenakan kelembapan kulit yang tinggi akibat terbentuknya lipatan–lipatan lemak pada permukaan kulit. Kondisi tersebut dapat membuat mikroorganisme tumbuh subur pada permukaan kulit.⁹ Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan pada *regio dorsum manus dextra et sinistra, interdigitalis manus dextra et sinistra, olecranon dextra et sinistra* dan *abdomen* tampak papul hipopigmentasi hingga eritematosa *multiple*, batas tegas, bentuk bulat, ukuran miliar hingga lentikular, diskret–konfluen, penyebaran regional. Hal ini sesuai dengan diagnosis skabies, dimana dalam teori dikatakan bahwa predileksi terjadinya pada daerah dengan stratum korneum yang tipis. Lesi yang tampak pada pasien ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang menyebutkan bahwa kelainan kulit dapat menyerupai bentuk dermatitis lainnya dengan ditemukannya papul, vesikel, urtika, dan lain–lain. Dengan garukan dapat timbul erosi, ekskoriasi, krusta, dan infeksi sekunder. Efloresensinya berupa papula atau vesikel dimana puncaknya terdapat gambaran lorong–lorong rumah *sarcoptes* yang biasanya disebut dengan istilah *burrows* atau kunikulus. Kunikulus ini pada pemeriksaan fisik tidak begitu tampak karena sudah hilang akibat garukan kronis.¹⁰

Diagnosis pasti dengan ditemukannya tungau, larva, telur atau feses *Sarcoptes scabiei* secara mikroskopis dengan KOH 10%, namun

tungau sulit ditemukan karena tungau yang menginfestasi penderita hanya sedikit, uji tinta, tetrasiklin fluoresensi test, atau mineral minyak juga dapat dilakukan. Selain itu, skabies juga dapat menyerupai berbagai macam penyakit sehingga disebut juga *the great imitator*.¹¹

Penemuan tungau pada pasien merupakan suatu hal yang paling diagnostik, maka dari itu dianjurkan agar melakukan pemeriksaan penunjang untuk menemukan tungau jika kondisi pasien masih meragukan. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan tungau karena anamnesis dan pemeriksaan fisik saja sudah dapat menegaskan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding, juga karena terdapat keterbatasan sarana dan prasarana di puskesmas.⁵

Uji tetrasiklin dan *burrow ink test* (uji tinta) jarang dilakukan karena sering menghasilkan negatif palsu. Hal ini terjadi karena biasanya pasien datang dalam keadaan penyakit yang lanjut dan kebanyakan telah terjadi infeksi sekunder, sehingga terowongan tertutup oleh krusta dan tidak dapat dimasuki tinta atau salep. Uji diagnostik skabies lainnya adalah dermoskopi yang memiliki tingkat sensitivitas 95%.⁵

Penatalaksanaan skabies meliputi pengobatan topikal dan sistemik. Pada pasien ini diberikan kedua macam pengobatan tersebut. Pada kunjungan pasien ke puskesmas Tanjung Sari pasien diberi terapi topikal berupa salep permetrin 5% dan terapi sistemik tablet anti histamin untuk mengurangi rasa gatal berupa *cetirizine* 10 mg.

Obat-obat anti skabies idealnya memiliki syarat sebagai berikut :

- Efektif untuk semua stadium tungau
- Tidak mengiritasi dan tidak toksik
- Tidak berbau dan tidak mengotori
- Tidak merusak dan mewarnai pakaian
- Mudah diperoleh dengan harga yang murah

Beberapa syarat pengobatan yang harus diperhatikan : (1) Semua anggota keluarga harus diperiksa dan semua harus diberi pengobatan secara serentak; (2) *Personal hygiene* harus diperbaiki.

Pada penatalaksanaan secara khusus biasanya menggunakan obat-obatan. Obat anti skabies yang tersedia dalam bentuk topikal

antara lain: (1) Belerang endap (*sulfur presipitatum*), dengan kadar 4–20% dalam bentuk salep atau krim. Kekurangannya adalah berbau, mengotori pakaian dan kadang-kadang menimbulkan iritasi. Dapat dipakai pada bayi berumur kurang dari dua tahun, ibu hamil dan ibu menyusui; (2) *benzil benzoat* (20–25%), efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh, sering menyebabkan iritasi, dan kadang-kadang makin gatal setelah dipakai. Efek samping obat ini adalah dapat terjadi 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 menyebabkan iritasi. Pemberiannya cukup sekali, kecuali jika masih ada gejala diulangi seminggu kemudian; (4) Krotamiton 10% dalam krim atau losio merupakan obat pilihan yang mempunyai dua efek sebagai anti skabies dan anti gatal. Harus dijauhkan dari mata, mulut, dan uretra; (5) Permetrin dengan kadar 5% dalam krim kurang toksik dibandingkan gameksan, efektifitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah sepuluh jam. Bila belum sembuh diulangi setelah satu minggu. Cara pemberian dengan cara mengoleskan pada seluruh tubuh kecuali wajah. Pengobatan skabies terbaik adalah topikal permetrin atau ivermectin (oral), tetapi regimen optimal masih belum jelas.

Pada pasien diberikan obat topikal permetrin 5% yang merupakan obat pilihan utama untuk terapi skabies karena efektif pada semua stadium tungau. Permetrin bekerja dengan cara mengganggu polarisasi dinding sel saraf parasit yaitu melalui ikatan dengan natrium. Hal ini memperlambat repolarisasi dinding sel dan akhirnya terjadi paralisis parasit.⁶

Permetrin dimetabolisir dengan cepat di kulit, hasil metabolisme yang bersifat tidak aktif akan segera diekskresi melalui urine. Pengaplikasian permetrin 5% krim dapat menghilangkan ektoparasit dan mengurangi *symptom* (biasanya pruritus). Kontraindikasi permetrin ialah pada pasien hipersensitif terhadap *permethrin*, *pyrethroid sintesis* atau *pyrethrin*.¹

Permetrin merupakan obat pilihan

utama untuk semua usia, tetapi beberapa kepustakaan menganjurkan untuk tidak diberikan pada bayi kurang dari dua bulan, wanita hamil, dan ibu menyusui. Efek samping berupa rasa terbakar, perih, dan gatal jarang ditemukan.⁸

Setelah dilakukan wawancara dan observasi pada rumah pasien dapat disimpulkan bahwa terdapat faktor-faktor dari aspek internal dan lingkungan yang berpengaruh terhadap timbulnya penyakit skabies tersebut. Pada aspek internal, keluarga pasien belum mengetahui penyebab dari penyakit yang dialami, penyebaran dan penularan skabies, serta *personal hygiene* yang masih kurang. Penularan melalui kontak tidak langsung seperti penggunaan alat pribadi secara bersamaan memegang peranan penting. Oleh sebab itu diperlukan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak menggunakan pakaian milik orang lain, mencuci pakaian, handuk, sprei dan menyeterika pakaian, menyimpannya di almari serta menjemur sofa/tempat tidur. Hal ini dilakukan untuk mematikan semua tungau dewasa dan telur sehingga tidak terjadi kekambuhan.⁸

Sedangkan dari aspek lingkungan yaitu kebersihan rumah yang kurang. Pencahayaan dan ventilasi di dalam rumah kurang baik. Keluarga diberikan edukasi untuk memperbaiki ventilasi dan penerangan dengan membuka pintu rumah pada siang hari serta kipas angin yang digunakan selalu dibersihkan. Ventilasi yang tidak memenuhi syarat akan menyebabkan gangguan pertukaran udara di dalam ruangan, sehingga kelembaban udara di dalam ruangan akan naik. Normalnya, kelembaban dalam ruangan berkisar antara 40% sampai 70%. Fungsi ventilasi sebagai tempat masuknya sinar matahari ke dalam ruangan.¹²

Benda yang telah terkontaminasi oleh tungau skabies harus dijemur dibawah sinar matahari karena sinar matahari mampu mematikan tungau skabies. Selain itu, tingkat pencahayaan yang baik di dalam ruangan akan mengurangi kelembaban ruangan sehingga tungau tidak mampu bertahan lebih lama di luar kulit. Hal ini akan mengurangi proses penularan tungau skabies ke orang lain. Kurangnya ventilasi kamar berpengaruh besar terhadap kejadian skabies, karena tungau

skabies akan semakin mudah berkembang pada ruangan yang kelembabannya tinggi dan tidak terkena sinar matahari.¹²

Beberapa faktor predisposisi lain dari penyakit ini adalah lingkungan rumah yang padat dan *hygiene* lingkungan yang kurang baik dapat menjadi tempat hidup tungau *Sarcoptes scabiei*. Penyebaran tungau skabies akan lebih mudah terjadi pada penduduk yang hidup berkelompok atau padat penghuni pada suatu lingkungan seperti asrama, kelompok anak sekolah, antar anggota keluarga pada rumah yang padat penghuni bahkan antar warga di suatu perkampungan. Kepadatan tempat hunian sebagai faktor risiko terjadinya skabies telah dibuktikan dengan berbagai penelitian, khususnya pada pondok pesantren (di Indonesia).¹²

Dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif dari pada preventif dan kurang memiliki pengetahuan tentang penyakit yang diderita. Oleh karena itu perlu diberikan edukasi pada keluarga. Komunikasi, informasi dan edukasi penting diberikan kepada pasien dan keluarganya karena penyakit ini memang tidak memerlukan waktu yang cukup lama untuk sembuh namun angka terinfeksi kembali cukup tinggi dan sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor predisposisi.¹²

Dalam penatalaksanaan 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 lainnya seperti faktor ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga, perilaku kesehatan keluarga dan lingkungan.⁷

Masalah ekonomi yang dialami adalah tidak adanya tabungan keluarga. Hal ini karena rendahnya pendapatan keluarga sehingga hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan pangan dan sandang. Keluarga dimotivasi untuk menambah sumber pendapatan tambahan melalui pemanfaatan waktu luang, seperti berdagang atau menjadi pramuwisma paruh waktu.

Simpulan

Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya skabies

yang telah dinyatakan oleh beberapa teori sesuai sumber acuan. Penanganan dan upaya pemberantasan secara holistik dan komprehensif menggunakan pendekatan kedokteran keluarga berupa edukasi mengenai penyebab, penularan, pengobatan serta pencegahan penyakit. Tanpa adanya perubahan perilaku berupa pola hidup bersih dan sehat serta mengobati seluruh anggota keluarga yang sakit, skabies akan sulit dihentikan dan mudah berulang.

Daftar Pustaka

1. Boediardja H. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indoensia; 2016.
2. 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 cost-effectiveness of scabies interventions. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13(3):e0007182.
3. Karimkhani C, Colombara DV, Drucker AM, Norton SA, Hay R, Engelman D, et al. The global burden of scabies: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(12):1247–54.
4. Prabowo M, Mutiara H, Sukohar A. Hubungan Kebersihan Diri dan Pengetahuan Dengan Kejadian Penyakit Skabies Di Salah Satu Panti Asuhan Di Kecamatan Kemiling Kota Bandar Lampung. 2016;5.
5. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Scabies. *Curr Infect Dis Rep*. 2013;1;15.
6. Menaldi SL. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. 7th ed. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indoensia;2016; vol.
7. Maramis WF. Kedokteran Keluarga = Family Medicine. *J WIDYA Med*. 2014;2(2):67–72.
8. Nuromah PI. Kondisi Fisik Lingkungan Dan Keberadaan *Sarcoptes Scabiei* Pada Kuku Warga Binaan Permasyarakatan Penderita Skabies Di Blok A Lembaga Pemasyarakatan Klas I Surabaya. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*;2018;10.
9. Swiney J. The Relationship between Obesity and Skin and Soft Tissue Infections;2010;2:33.
10. Lathifa M. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Suspect Skabies Pada Santriwati Pondok Pesantren Modern Diniyyah Pasia, Kec. Ampek Angkek, Kab. Agam, Sumatera Barat Tahun 2014; 2015[cited 2020 Feb 6]; Tersedia dari: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/25606>
11. Jasmine IA, Rosida L, Marlinae L. Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Tentang Personal Higiene Dengan Perilaku Pencegahan Penularan Skabies Studi Observasional pada Narapidana Anak di Lembaga Pemasyarakatan Anak Klas IIA Martapura. *J Publ Kesehat Masy Indones [Internet]*;2017 [cited 2020 Feb 6];3(1). Tersedia dari: <https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/JPKMI/article/view/2730>
12. Hilma UD, Ghazali L. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kabies Di Pondok Pesantren Mlangi Nogotirto Gamping Sleman Yogyakarta. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*. 2014;6(3):148–57