



PENATALAKSANAAN SCABIES DENGAN INFEKSI SEKUNDER PADA ANAK LAKI-LAKI USIA 15 TAHUN MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Humairoh Abdul Kadir Zubaidi*, Fachri Naufal, Aila Karyus

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof Dr Soemantri Brojonegoro No 1 Bandar Lampung, Lampung 35145, Indonesia

*humairohzubaidi53@gmail.com

ABSTRAK

Sarcoptes scabiei var hominis adalah parasit penyebab kudis, penyakit kulit. Nama lain atau sinonim dari kudis adalah "gatal agogo", "gudig", dan "budukan". Banyak variabel yang berkontribusi terhadap perkembangan penyakit ini, seperti status sosial ekonomi yang rendah, kebersihan diri yang tidak memadai, usia, tingkat pengetahuan, dan interaksi langsung maupun tidak langsung dengan penderita. Kondisi ini memudahkan *Sarcoptes scabiei* untuk menyebar dan menginfestasi. Tujuan: Mengidentifikasi faktor risiko dan masalah klinis yang terdapat pada pasien dan menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga kepada pasien berdasarkan masalah yang ditemukan dan melakukan penatalaksanaan secara holistik serta komprehensif dengan prinsip patient-centred dan family approach berbasis Evidence Based Medicine. Metode: studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Hasil: An. MR usia 15 tahun datang dengan keluhan gatal dan nyeri pada kedua tangan. Pasien didiagnosis scabies dengan infeksi sekunder. Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai dengan teori dan jurnal terkait. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga. Simpulan: Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada pasien terhadap penyakitnya. Serta peran keluarga juga sangat penting dalam pengobatan penyakit pasien.

Kata kunci: dokter keluarga; infeksi sekunder; penatalaksanaan holistik; skabies

HOLISTIC MANAGEMENT OF SCABIES WITH SECONDARY INFECTION IN 15 YEARS OLD BOY THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH

ABSTRACT

Sarcoptes scabiei var hominis is the parasite cause of scabies, a skin ailment. Other names or synonyms for scabies include "agogo itching", "gudig", and "budukan". Numerous variables contribute to the development of this illness, such as low socioeconomic status, inadequate personal cleanliness, age, degree of knowledge, and direct and indirect interaction with patients. This condition makes it easier for *Sarcoptes scabiei* to spread and become infested. Objectives: Identify risk factors and clinical problems found in patients and apply the principles of family medicine services to patients based on the problems found and carry out holistic and comprehensive management with patient-centred principles and a family approach based on Evidence Based Medicine. Methods: this study is a case report. Primary data were obtained through autoanamnesis and alloanamnesis, physical examination and home visits, to complement family data, psychosocial and environmental data. The assessment was carried out based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study both quantitatively and qualitatively. Result: 15 years old Boy MR, came with complaints of itch and pain on both hands. The patient was diagnosed scabies with secondary infection. In this case, diagnosis and treatment have been carried out according to the theory and related journals. After the intervention, there was a decrease in clinical symptoms and an increase in patient and family

knowledge. Conclusion: Holistic management can improve knowledge, attitudes, and behavior in patients towards their disease. As well as the role of the family is also very important in the treatment of the patient's disease.

Keywords: family doctor; holistic management; scabies; secondary infection

PENDAHULUAN

Scabies adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi terhadap kutu *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Gejala ditandai dengan gatal pada malam hari, merupakan penyakit yang mengenai sekelompok orang, dengan tempat predileksi di lipatan kulit yang tipis, hangat dan lembab. Gejala klinis dapat terlihat lesi polimorfi. Scabies dikenal dengan nama lain “the itch” “sky-bees” “gudik” “budukan” “gatal agogo”. (Boediarja dan Handoko, 2017). Scabies merupakan penyakit menular yang dapat terjadi pada siapa pun tidak ada batasan usia. Ada dugaan setiap siklus 30 tahun terjadi epidemic scabies (Romani dkk, 2015). Faktor risiko penyakit ini adalah social ekonomi rendah, hygiene buruk, dan hubungan seksual yang bersifat promiskuitas (Boediarja dan Handoko, 2017). Masa inkubasi scabies adalah 4-6 minggu dengan penularan secara kontak fisik langsung maupun melalui benda yang digunakan bersama. Penularan juga dapat terjadi oleh *Sarcoptes scabiei* var *animalis* pada pasien yang memelihara hewan seperti anjing dan kucing (Burkhart CN dan Burkhart CG, 2012).

Scabies memiliki prioritas penanganan yang rendah dan termasuk penyakit tropis yang sering diabaikan (neglected tropical disease) sehingga dapat menjadi berulang, kronis, dan memberat serta menimbulkan komplikasi, gatal yang dirasakan akan menyebabkan penderita sering menggaruk lesi sehingga menimbulkan infeksi sekunder terutama bakteri *Streptococcus hemolyticus* group A dan *Staphylococcus aureus* (Mutiaras&Syailindra, 2018). Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif, dan berkelanjutan untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien (Anggreni, & Indira, 2019).

ILUSTRASI KASUS

Anak MR 15 tahun datang dengan keluhan gatal-gatal pada kedua telapak tangan sejak dua bulan yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga timbul koreng dan bekas luka. Pasien menyampaikan 3 hari sebelum berobat sekitar lipatan jari dan punggung dan telapak tangan timbul bisul, beberapa bisul yang pecah mengeluarkan nanah dan pasien mengaku merasa jarinya kaku karena bisul yang pecah. Pasien pernah berobat sebelumnya keluhan sempat membaik selama 3-5 hari namun keluhan timbul kembali. Selain pasien, tetangga dekat rumah dan anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah juga memiliki keluhan yang serupa. Pasien menyatakan bahwa tetangga yang sering bermain bersama pasien yang pertama mengalami keluhan tersebut 4 bulan lalu. 2 minggu kemudian pasien yang kontak dengan tetangga pasien tersebut mengalami hal yang sama diikuti dengan kedua adik pasien.

Pasien sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk bergantian dengan anggota keluarga. Dalam sehari pasien mandi sebanyak dua kali. Pasien sering makan jajanan sembarangan di sekolah atau dirumah. Aktifitas pasien setelah pulang sekolah bermain dengan teman sebayanya dirumah. Pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara. Memiliki 2 saudara laki-laki dan 1 saudari perempuan. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari ayah, dan 4 orang anak, ibu pasien bekerja di luar kota sejak 3 bulan yang lalu. Pasien masih kelas 1 sekolah

mengengah atas. Hubungan antar anggota keluarga baik, penyelesaian masalah dengan diskusi keluarga. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga memeriksakan diri ke puskesmas atau klinik terdekat. Jarak rumah ke puskesmas \pm 3 km.

Pasien tinggal di rumah dengan jumlah orang yang tinggal 5 orang. Rumah berukuran 8 x 4 meter berdinding bata plester sebagian di cat, lantai semen dengan ruang tamu/keluarga yang digunakan sebagai kamar tidur pada malam hari, satu kamar mandi diluar rumah, 1 dapur dan 1 gudang. Kamar tidur ditempati bersama. Sinar matahari hanya sebagian kecil dapat masuk ke dalam rumah, penerangan dibantu lampu pijar. Ventilasi kurang, rumah terasa lembab. Kebersihan rumah kurang, lantai kotor, keadaan rumah lembab. Sprei, sarung bantal, serta tirai jarang dicuci. Kamar mandi dengan wc jongkok. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum dan masak didapat dengan membeli air mineral isi ulang dalam galon, dan air untuk mandi-cucikakus dari PAM. Saluran air dialirkan ke got belakang rumah yang mengalir. Tempat sampah berada di dalam rumah setiap hari dibawa keluar untuk dibuang di tempat pembuangan sementara. Gaji kepala keluarga (KK) \pm Rp 1.000.000 / bulan. Selama ini keluarga berobat ke layanan kesehatan jika keluhan sudah benar-benar mengganggu dan tidak teratasi dengan obat warung.

Dalam menetapkan masalah serta faktor yang mempengaruhi, digunakan konsep Mandala of Health. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, tampak sakit ringan. Status gizi pasien baik. Berat badan 55 kg, tinggi badan 160 cm. Status dermatologik: di sela jari tangan, telapak dan punggung tangan terdapat papul multipel berukuran milier berwarna kulit sebagian eritematosa serta terdapat pustul, erosi dan ekskoriasi yang ditutupi krusta kuning kemerahan. Diagnosis pasien merupakan diagnosis multiaksial yaitu aksis I: keawatiran penyakitnya tidak kunjung sembuh serta bertambah berat, aksis II: Skabies dengan infeksi sekunder (ICD10 B.86), aksis III: perilaku hidup bersih dan sehat kurang, aksis IV: perilaku hidup bersih dan sehat keluarga kurang dan kebersihan lingkungan kurang, aksis V: skala fungsional 2 yaitu pasien mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah namun mengganggu aktivitasnya. Tatalaksana nonfarmakologi dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab penyakit pasien, penularan, siklus hidup, menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta pemakaian obat secara baik dan benar. Terapi farmakologi permetrin 5% digunakan hanya sekali dan didiamkan 8-10 jam pada malam hari dan dioleskan ke seluruh tubuh kecuali wajah, pengobatan diulang setelah 1 minggu, Amoxicillin tab 3x500 mg, Cetirizine tab 2x10 mg.

METODE

Analisis studi ini adalah laporan kasus. Pasien merupakan pasien puskesmas berjumlah satu orang yang ditentukan dengan *purposive sampling*. Data yang digunakan adalah data primer yang diperoleh melalui anamnesis baik secara *autoanamnesis* maupun *alloanamnesis* kepada pihak keluarga, kemudian dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan guna melengkapi data keluarga, data psikososial, dan lingkungan. Tingkat pengetahuan pasien juga diukur menggunakan kuesioner berisi sepuluh pertanyaan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik pada awal, selama, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

HASIL

Anamnesis

Anak MR 15 tahun datang dengan keluhan gatal-gatal pada kedua telapak tangan sejak dua bulan yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga timbul koreng dan bekas luka. Pasien menyampaikan 3 hari sebelum berobat sekitar lipatan jari dan punggung dan telapak tangan timbul bisul, beberapa bisul yang pecah mengeluarkan nanah dan pasien mengaku merasa jarinya kaku karena bisul yang pecah.

Pasien pernah berobat sebelumnya keluhan sempat membaik selama 3-5 hari namun keluhan timbul kembali. Selain pasien, tetangga dekat rumah dan anggota keluarga lainnya yang tinggal serumah juga memiliki keluhan yang serupa. Pasien menyatakan bahwa tetangga yang sering bermain bersama pasien yang pertama mengalami keluhan tersebut 4 bulan lalu. 2 minggu kemudian pasien yang kontak dengan tetangga pasien tersebut mengalami hal yang sama diikuti dengan kedua adik pasien. Pasien sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk bergantian dengan anggota keluarga. Dalam sehari pasien mandi sebanyak dua kali. Pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun obat.

Pemeriksaan Fisik

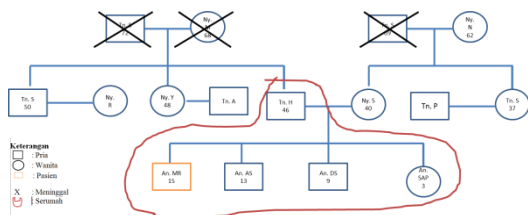
Kecadaan umum	: tampak sakit ringan	
Kesadaran	: compos mentis	
Tekanan darah	: 110/70mmHg	Frekuensi nadi : 98x/menit
Frekuensi napas	: 18x/menit	
Suhu	: 36,7°C	
Berat badan	: 50 kg	
Tinggi badan	: 160 cm	
IMT	: 19,53 kg/m ²	
Status gizi	: normal.	

Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan pada ekstremitas superior dextra et sinistra regio brachii tampak adanya vesikel dengan dasar eritema dan inferior dextra et sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik. Pemeriksaan Penunjang Tidak dilakukan pemeriksaan

Data Keluarga

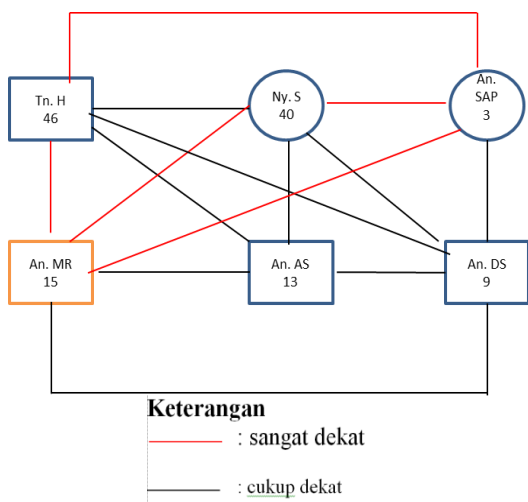
Pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara. Memiliki 2 saudara laki-laki dan 1 saudara perempuan. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari ayah, dan 4 orang anak, ibu pasien bekerja di luar kota sejak 3 bulan yang lalu. Pasien masih kelas 1 sekolah menengah atas. Hubungan antar anggota keluarga baik, penyelesaian masalah dengan diskusi keluarga. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga memeriksakan diri ke puskesmas atau klinik terdekat. Jarak rumah ke puskesmas ± 3 km. Gaji kepala keluarga (KK) ± Rp 1.000.000 / bulan. Selama ini keluarga berobat ke layanan kesehatan jika keluhan sudah benar-benar mengganggu dan tidak teratasi dengan obat warung.

Genogram



Gambar 1. Genogram

Family Mapping



Gambar 2. Family mapping

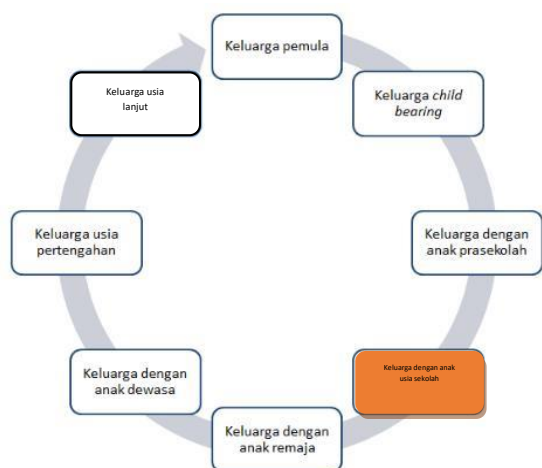
i

Family Apgar Score

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

Total *family Apgar Score* adalah 9 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Family Lifecycle menurut siklus Duvall, keluarga An. MR memiliki siklus hidup dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah.



Gambar 3. Siklus hidup keluarga An. MR

Pada Family Scream digunakan *Scream score* untuk menilai fungsi patologi. Dengan hasil 24, dapat disimpulkan bahwa keluarga An. MR memiliki sumber daya keluarga yang cukup memadai

Table 1
Family Scream

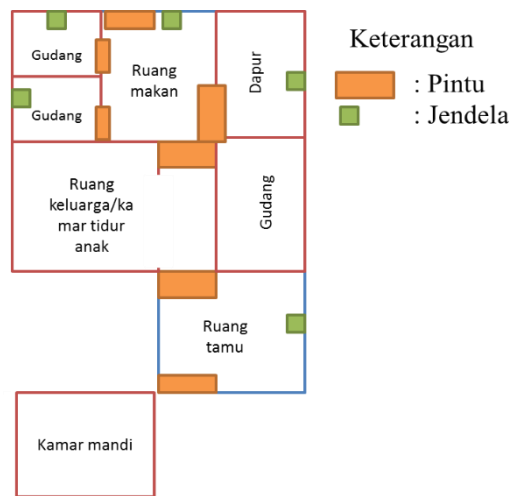
Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		√		
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2 Budaya menolong peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dan keluarga kita		√		
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami			√	
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2 Penghasilan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		√		
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit kita anggota keluarga			√	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2 Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami mebanu keluarga kami.	√			
Total		24		

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah dengan jumlah orang yang tinggal 5 orang. Rumah berukuran 8 x 4 meter berdinding bata plester sebagian di cat, lantai semen dengan ruang tamu/keluarga yang digunakan sebagai kamar tidur pada malam hari, satu kamar mandi diluar rumah, 1 dapur dan 1 gudang. Kamar tidur ditempati bersama. Sinar matahari hanya sebagian kecil dapat masuk ke dalam rumah, penerangan dibantu lampu pijar. Ventilasi kurang, rumah terasa lembab. Kebersihan rumah kurang, lantai kotor, keadaan rumah lembab. Sprei, sarung bantal, serta tirai jarang dicuci. Kamar mandi dengan wc jongkok. Fasilitas dapur menggunakan kompor gas. Air minum dan masak didapat dengan membeli air mineral isi ulang dalam galon, dan air untuk mandi-cucikakus dari PAM. Saluran air dialirkan ke got belakang rumah yang mengalir. Tempat sampah berada di dalam rumah setiap hari dibawa keluar untuk dibuang di tempat pembuangan sementara.

Denah Rumah

Pada saat dilakukan kunjungan ke rumah pasien, didapatkan kebersihan kurang baik. Secara keseluruhan keadaan rumah tampak kurang rapi. Jarak antar depan rumah dan jalan >1m.



Gambar 4. Denah rumah

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek Personal

Alasan kedatangan: bintil pada kulit, perasaan gatal, serta nyeri yang memberat pada malam hari.

Kekhawatiran: pasien khawatir penyakit yang dialaminya memburuk.

Harapan: Penyakit dapat sembuh dan tidak berulang lagi serta dapat beraktivitas normal seperti sebelumnya.

Persepsi: Pasien mengetahui kelainan kulit dan dapat sembuh dengan pengobatan yang benar di puskesmas merasa harus berobat ke Puskesmas

Aspek Klinis

Scabies dengan infeksi sekunder (ICD-X B86.0)

Aspek Risiko Internal

Jenis kelamin laki-laki, usia 15 tahun, Pengetahuan yang kurang terkait penyakit yang diderita, Pasien senang mengenakan handuk dan pakaian bersama anggota keluarga lain

Aspek Risiko Eksternal

Pengetahuan keluarga kurang mengenai scabies, Pengetahuan keluarga mengenai faktor penularan scabies, Rumah yang memiliki sirkulasi udara kurang baik.

Derajat Fungsional

Derajat fungsional dinilai menggunakan *Activity Of Daily Living (ADL)* dengan instrument Indeks Barthel yang dimodifikasi.

Tabel 2.
Penilaian ADL An. MR

Rekapitulasi	
Mengendalikan rangsang BAB	10
Mengendalikan rangsang BAK	10
Kebersihan pribadi (seka, sisir, sikat gigi)	5
Penggunaan toilet	10
Makan	10
Transfer	15
Mobilisasi	15
Mengenakan pakaian	10
Nak turun tangga	10

Berdasarkan penilaian yang dilakukan menggunakan Index Barthel yang dimodifikasi, pasien memiliki status fungsional baik/mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari dengan total skor 100, yang berarti pasien tidak membutuhkan bantuan orang lain ketika beraktivitas.

RENCANA INTERVENSI

Patient Centered

Non Medikamentosa

1. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit scabies, penyebab, pencegahan perburukan, dan pengobatan melalui poster.
2. Edukasi kepada pasien untuk tidak menggaruk bintil, melakukan pengobatan dengan patuh, dan mandi teratur.
3. Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.
4. Edukasi untuk selalu mencuci tangan setiap beraktivitas dari luar rumah, sebelum dan sesudah makan.
5. Edukasi keluarga untuk membersihkan ventilasi dan membuka jendela untuk sirkulasi udara ruangan yang lebih baik.

Medikamentosa

Terapi medikamentosa yang diberikan pada pasien. Permetrin 5%, Amoxicillin tab 3x500 mg, Cetirizine tab 2x10 mg.

Family focused

1. Edukasi kepada keluarga pasien mengenai penyakit scabies, penyebab, faktor risiko, gejala, pengobatan, dan pencegahan melalui poster.
2. Edukasi dan motivasi dari keluarga agar pasien membiasakan diri untuk mandi 2 kali sehari, hindari menggunakan handuk atau pakaian bergantian, selalu mencuci tangan setiap beraktivitas dari luar rumah, sebelum dan sesudah makan, serta hindari menggaruk bagian yang gatal dengan kuku jari.
3. Edukasi keluarga dalam mengingatkan pasien untuk menggunakan obat sesuai anjuran dari dokter serta menggunakan obat bersamaan seluruh keluarga untuk menghindari penularan.

Community oriented

Memberikan edukasi dan informasi mengenai penyakit scabies dan menjelaskan bahwa penyakit ini menular dan melekat pada lingkungan rumah. Memberikan edukasi dan motivasi ke tetangga untuk menjaga kebersihan dan melakukan pengobatan yang tuntas bila mengalami scabies.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

Aspek Personal

Alasan kedatangan: bintil pada kulit, perasaan gatal, serta nyeri sudah jauh membaik setelah menggunakan obat.

Kekhawatiran: pasien sudah tidak khawatir terkait penyakit yang dialaminya.

Harapan: Penyakit dapat sembuh secara total dan tidak pernah kambuh lagi sehingga dapat beraktivitas normal seperti sebelumnya.

Persepsi: Pasien mengetahui pentingnya untuk mengikuti arahan yang diberikan oleh dokter.

Aspek Klinik

ICD X: B86.0 (Scabies dengan infeksi sekunder)

Aspek Risiko Internal

1. Pengetahuan terkait penyakit yang dialami menjadi lebih baik
2. Pasien tidak lagi menggaruk area bintil.
3. Pasien tidak bertukar-tukar handuk dan baju dengan anggota keluarga lain
4. Pasien tetap menjaga kebersihan diri untuk mempercepat penyembuhan serta mencegah penularan.
5. Pasien rutin mencuci tangan setelah kegiatan di luar rumah, sebelum dan sesudah makan.

Aspek Risiko Eksternal

Pengetahuan keluarga meningkat mengenai penyakit pasien: Definisi, Penyebab, Pencegahan, Kesembuhan penyakit. Lingkungan rumah yang tertata rapi, ventilasi rumah menjadi bersih, dan kebiasaan membuka jendela diterapkan.

Aspek Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1, yaitu pasien mampu melakukan aktivitas seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada pasien An. MR, anak laki-laki, 15 tahun, dengan pekerjaan seorang pelajar. Keluhan gatal-gatal pada kedua telapak tangan. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal sehingga timbul koreng dan bekas luka. Tiga hari sebelumnya sekitar lipatan jari dan punggung dan telapak tangan timbul bisul, beberapa bisul yang pecah mengeluarkan nanah dan pasien mengaku merasa jarinya kaku karena bisul yang pecah. Keluhan gatal pertama kali dirasakan 2 bulan yang lalu, pasien sempat berobat namun keluhan hanya membaik selama 3-5 hari kemudian keluhan kembali timbul. Kriteria diagnosis klinik skabies dapat ditegakkan dengan diagnosis presumtif adalah:

1. Lesi kulit pada daerah predileksi. Lesi berupa terowongan (kunikulus) berbentuk garis lurus atau berkelok, warna putih atau abu-abu dengan ujung papul atau vesikel. Apabila terjadi infeksi sekunder timbul pustul atau nodul. Daerah predileksi pada tempat dengan stratum korneum tipis, yaitu: sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak, areola mammae, umbilikus, bokong, genitalia eksterna, dan perut bagian bawah. Pada bayi dapat mengenai wajah, skalp, telapak tangan dan telapak kaki (Murlistyarini, 2018).
2. Gatal terutama pada malam hari (*pruritus nocturnal*) (Murlistyarini, S. d. 2018).
3. Terdapat riwayat sakit serupa dalam satu rumah/kontak.

Diagnosis pasti skabies apabila ditemukan tungau, larva, telur atau kotorannya melalui pemeriksaan penunjang mikroskopis (Sungkar, S., 2016). Pasien menyatakan bahwa tetangga yang sering bermain bersama pasien yang pertama mengalami keluhan serupa 4 bulan lalu. 2 minggu kemudian pasien yang kontak dengan tetangga pasien tersebut mengalami hal yang sama diikuti dengan kedua adik pasien. Pasien sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk bergantian dengan anggota keluarga. Skabies dapat menginfeksi semua kelompok usia dengan prevalensi tersering pada anak-anak serta sering berhubungan dengan status sosioekonomi yang rendah, populasi padat penduduk, sanitasi dan higienitas yang buruk. (Yunita, Gustia & Anas, 2018). Cara penularan scabies melalui *Sarcoptes scabiei* betina yang sudah dibuahi atau dalam bentuk larva secara kontak langsung (berjabat tangan, tidur Bersama, hubungan seksual) ataupun kontak tidak langsung (pakaian, handuk, spre, bantal) (Chandler&Fuller, 2019).

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) sebesar 15, pasien tampak kooperatif, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 98 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu tubuh 36,5°C. Status dermatologis regio manus dekstra et sinistra ditemukan papul multipel berukuran milier sewarna kulit sebagian eritematosa dengan pustule, erosi dan eskoriasi yang ditutupi krusta kuning kemerahan. Pada anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien dengan skabies dapat ditemukan lesi kulit berupa papul, nodul dan vesikel dengan terowongan atau kanalikuli. Lesi kulit ini terdapat pada epidermis yang tipis seperti sela-sela jari, pergelangan tangan, genital dan payudara, serta area intertriginosa. (Banerji, 2015). Keluhan gatal seringkali disertai dengan perilaku menggaruk sehingga menimbulkan efloresensi sekunder pada kulit berupa eskoriasi ataupun erosi dengan krusta kekuningan di atasnya (Jannic, dkk., 2018). Lesi ini dapat menjadi *port of entry* dari penetrasi bakteri seperti *Streptococcus hemolyticus group A* dan *Staphylococcus* yang menyebabkan infeksi sekunder berupa *pyoderma* (Karac., dkk., 2015).

Tujuan penatalaksanaan penyakit scabies adalah untuk menghentikan perjalanan penyakit, mengurangi gejala, menyembuhkan erupsi kulit dan mencegah penularan dan komplikasi (Shimose & Price, 2013). Dalam melakukan penatalaksanaan secara holistik pada pasien An. MR, dilakukan pertemuan sebanyak tiga kali. Pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 21 November 2023. Pada kunjungan pertama dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta perkenalan dengan pasien untuk melakukan anamnesis lebih dalam dan meminta izin untuk melakukan pembinaan keluarga terkait penyakit yang dialami pasien. Penatalaksanaan scabies terdiri dari tatalaksana non medikamentosa, dan medikamentosa. Pada penatalaksanaan non medikamentosa berupa menghindari menggaruk kulit yang terdapat bintil, tidak menggunakan handuk ataupun baju bergantian dengan orang lain, menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta memperbaiki sirkulasi udara di dalam rumah (Dewi & Wathoni, 2017). Penatalaksanaan medika-mentosa pasien An.M R diberikan antihistamin cetirizin selama 7 hari, hal ini dimaksudkan untuk mengurangi keluhan gatal. Cetirizine adalah antihistamin generasi ke-2 yang dapat diberikan untuk mengatasi gatal-gatal pada scabies (Subedi 2021). Antibiotik spectrum luas dapat diberikan oleh karena adanya kecurigaan infeksi sekunder (Thompson dkk, 2021)

Kunjungan kedua dilakukan pada 25 November 2023. Tujuan dilakukan kunjungan kedua yaitu untuk pengisian *family folder* (berkas keluarga), menilai aspek personal, klinis, risiko internal, risiko eksternal, psikososial, dan derajat fungsional, serta dilakukan pre-test. Intervensi berfokus pada *patient centered, family focused*. Dilakukan juga anamnesis mengenai keluhan pasien dan pemeriksaan fisik. Pasien mengatakan gatal sudah tidak

dirasakan, bintil di tangan sudah membaik. Keadaan umum: tampak sakit ringan, kesadaran: kompos mentis, TD: 120/70 mmHg, HR: 96x/menit, RR: 18x /menit, T: 36,7°C. Pada pemeriksaan fisik status lokalis, Status dermatologis regio manus dekstra et sinistra erosi dan eskoriasi ditutupi krusta kehitaman. Terapi yang telah diberikan yaitu cetirizine, amoksisilin, salep permetrin 5%. Pada *pre test*, terdapat 10 pertanyaan terkait penyakit pasien. Pasien dapat menjawab Kunjungan ketiga dilakukan pada 2 Desember 2023. Tujuan dilakukan kunjungan ketiga yaitu untuk melakukan intervensi terhadap pasien dan keluarganya sesuai masalah yang diidentifikasi. Intervensi dilakukan dengan menggunakan media poster mengenai penyakit scabies yaitu definisi, penyebab, faktor risiko, pencegahan, serta pengobatan penyakit.

Edukasi merupakan komponen penting yang diprioritaskan. Kegiatan edukasi dilakukan dengan berfokus pada *patient-centered* dan *family focused* (Kurniawan & Prabowo, 2016).. Pada *patient-centered*, yaitu edukasi kepada pasien mengenai penyakit scabies, meliputi definisi, faktor risiko, pencegahan, serta pengobatan dari penyakit tersebut melalui media poster. Edukasi juga diberikan pentingnya melakukan pengobatan serentak pada seluruh anggota keluarga yang tinggal bersama, tidak menggunakan handuk dan pakaian bergantian, mencuci dan menjemur pakaian, memperbaiki ventilasi rumah dengan memaksimalkan cahaya matahari yang masuk ke rumah Sriwinarti, Utami, & Astuti, 2015). Pasien dan keluarga juga di edukasi untuk mandi 2x sehari serta selalu mencuci tangan selesai berkegiatan diluar rumah.

Pada *family-focused*, dilakukan edukasi kepada seluruh anggota keluarga pasien berupa pemahaman mengenai definisi, faktor risiko, gejala, pencegahan, serta pengobatan melalui poster. Dengan memberikan pemahaman mengenai penyakit pasien, keluarga dapat memotivasi pasien untuk meminum obat serta mengikuti sesuai anjuran dokter agar penyakit pasien dapat sembuh (Solihah dkk, 2015). Selain itu edukasi peran keluarga dalam memotivasi pasien untuk meningkatkan kebersihan diri, seperti mandi 2x sehari, selalu mencuci tangan dengan sabun, dan bila ada keluarga yang sakit, segera melakukan pemeriksaan kesehatan ke puskesmas agar mendapatkan tatalaksana yang sesuai dengan penyakit (Prabowo, & Maldiningrat, 2018).

Pada *community-oriented*, edukasi diberikan kepada tetangga yang tinggal di lingkungan rumah pasien mengenai penyakit dan bagaimana penyakit ini menular (Yusof, Fitri, & Damopolii, 2015). Selain itu diberikan edukasi mengenai pentingnya membuka jendela rumah dan membersihkan ventilasi agar terjadi pertukaran udara dan masuknya cahaya matahari ke rumah (Hilma, 2014). Kunjungan ketiga ini juga merupakan tahap evaluasi. Berdasarkan hasil evaluasi, pasien mengatakan sudah tidak merasakan gatal pada kulit bintil dan keropeng sudah tidak ada. Berdasarkan anamnesis ketika dievaluasi, pasien mengatakan kekhawatiran terkait penyakit pasien sudah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan dan pemahaman pasien dan keluarganya tentang penyakit pasien Akmal, Semiarty, & Gayatri. 2013). Persepsi pasien juga sudah berubah mengenai penyakit pasien, bahwa penyakit pasien dan keluarga membutuhkan pengobatan dari dokter di fasilitas pelayanan kesehatan (Ariffudin, Kurniawan, & Fitriani 2016).

Evaluasi pada intervensi berupa edukasi yang dilakukan dengan cara melakukan *posttest* dengan mengajukan 10 pertanyaan yang sama pada saat *pretest* dan telah dijelaskan pada media intervensi. Berdasarkan 10 pertanyaan yang diajukan, pasien menjawab 9 pertanyaan dengan benar. Terdapat peningkatan skor dari dari *pre test* sebesar ke *post test* sebesar 60 poin. Dapat disimpulkan dari hasil *posttest* yang dibandingkan dengan *pretest* diperoleh

peningkatan pengetahuan pasien dan keluarganya mengenai penyakit yang diderita anaknya. Pasien mengatakan setelah pasien mendapatkan pengobatan dari puskesmas, keluarga pasien selalu membantu pasien agar pasien melakukan pengobatan sesuai dengan anjuran. Memakan obat gatal dan antibiotic hingga habis, serta menggunakan salep sesuai anjuran. Penilaian perubahan perilaku pasien dinilai dari pasien tidak menggaruk bintil ditangannya yang dilihat dari tidak adanya area erosi dan eskoriasi baru serta mulai meningkatkan kebersihan diri seperti mandi 2 kali sehari, pagi dan sore, dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

Edukasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga merupakan bentuk penilaian pengetahuan yang bertujuan untuk memberikan informasi. Pengetahuan seseorang terkait suatu objek menjadikan hal yang dapat membentuk sikap seseorang. Sikap adalah bentuk evaluasi terhadap suatu aspek dan mendasari seseorang dalam pembentukan perilaku (Sianturi, & Sungkar, 2014). Setelah dilakukan 3 kali kunjungan, diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit pasien dapat membentuk sikap dan perilaku yang baik dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

SIMPULAN

An. MR 15 tahun, dengan gatal, bintil pada tangan yang memberat sejak 3 hari yang lalu. Keluhan didahului oleh gatal yang kemudian muncul bintil yang mengeluarkan nanah. Status dermatologis regio manus dekstra et sinistral papul multipel berukuran milier sewarna kulit sebagian eritematosa serta terdapat pustul, erosi dan ekskoriasi yang ditutupi krusta kuning kemerahan. Secara klinis dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosis scabies dengan infeksi sekunder. Faktor risiko internal pada pasien yaitu Pengetahuan yang kurang terkait penyakit yang diderita. Pasien menggunakan pakaian dan handuk yang bergantian dengan keluarga, serta sering lupa mencuci tangan setelah kegiatan di luar rumah.

Telah dilakukan intervensi kepada pasien dan keluarga berupa edukasi dengan media poster mencakup pengetahuan tentang definisi, faktor risiko, pencegahan, dan kesembuhan penyakit. Selanjutnya pasien diberi edukasi agar tidak menggunakan pakaian dan handuk bersamaan dengan orang lain, pasien menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta membersihkan ventilasi dan jendela untuk sirkulasi udara dalam rumah yang lebih baik dan cahaya matahari masuk ke dalam rumah. Pasien juga diberitahu untuk tidak menggaruk bintil, mandi 2 kali sehari dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Setelah dilakukan penatalaksanaan holistik dan komprehensif, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 60 poin dan terjadi perubahan perilaku pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Akmal, S. C., Semiarty, R., & Gayatri. (2013). Hubungan personal hygiene dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren Islam Darul Ulum, Palarik Air Pacah, Kecamatan Koto Tengah Padang tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2, 164-167.
- Anggreni, P. M. D., & Indira, I. G. A. A. E. (2019). Korelasi faktor predisposisi kejadian pada anak di Desa Songan, Kecamatan Kintamani, Kabupaten Bangli, Provinsi Bali. *Jurnal Medika Udayana*, 8, 1-12.
- Ariffudin, A., Kurniawan, H., & Fitriani. (2016). Faktor risiko kejadian scabies di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Medika Tadulako*, 3, 40-59.

- Banerji, A. (2015). Scabies. *Paediatric Child Health*, 20(7), 395-402. doi:10.1093/pch/20.7.395
- Boediardja, S. A., & Handoko, R. P. (2015). Skabies. Dalam L. Menaldi Sr, Ku, B., & Wr, I. (Editor), *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin* (Edisi ke-7, hlm. 137-140). Jakarta: FK UI.
- Burkhart, C. G., Burkhart, C. N., & Burkhart, K. M. (2000). An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. *Cutis*, 65(4), 233-240.
- Chandler, D. J., & Fuller, L. C. (2019). A review of scabies: An infestation more than skin deep. *Dermatology*, 235, 79-90. doi:10.1159/000495290
- Dewi, M. K., & Wathoni, N. (2017). Artikel Review: Diagnosis dan regimen pengobatan skabies. *Farmaka*, 15(1), 123-133.
- Hilma, G. (2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian skabies di pondok pesantren Mlangi Nogotirto. *Jurnal Kesehatan Kulit dan Kelamin Indonesia*, 6.
- Jannic, A., Bernigaud, C., Brenaut, E., & Chosidow, O. (2018). Scabies itch. *Dermatologic Clinics*, 36(3), 301-308. doi:10.1016/j.det.2018.02.009
- Karac, Kelekci, K. M., Er, O., Pektas, B., & Gokmen, A. A. (2015). Scabies incognito presenting as a subcorneal pustular dermatosis. *Turkish Journal of Parasitology*, 39, 244-247. doi:10.5152/tpd.2015.3945
- Kurniawan, B., & Prabowo, M. (2016). Pengaruh pengetahuan dengan pencegahan penyebaran penyakit skabies. *Jurnal Majority*, 5(2), 63-68.
- Murlistyarini, S. d. (2018). *Intisari Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin* (edisi ke-1). Malang: UB Press.
- Mutiara, H., & Syailindra, F. (2016). Skabies. *Jurnal Majority*, 5(2), 37-42.
- Prabowo, M., & Maldiningrat. (2018). Hubungan kebersihan diri dan pengetahuan dengan kejadian penyakit skabies di salah satu panti asuhan di Kecamatan Kemiling Kota Bandar Lampung. *Mojority*, 7.
- Romani, L., Steer, A. C., Margot, J. W., & Kaldor, J. M. (2015). Prevalence of scabies and impetigo worldwide: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(8), 960-967.
- Shimose, L., & Price, L. S. M. (2013). Diagnosis, prevention, and treatment of scabies. *Current Infectious Disease Reports*, 15(1), 1-9.
- Sianturi, I., & Sungkar, S. (2014). The relationship between hygienic practices and scabies infestation in a boarding school in East Jakarta. *eJKI*, 2, 91-95.
- Solihah, Q., Hanafi, A. S., Marlinae, L., Laily, K., Fakhriadi, R., & Musadaah. (2015). Relationship between knowledge, environmental sanitation and personal hygiene with scabies (Observational study in the diamond miners community of Cempaka District Banjarbaru South Kalimantan). *SCIRJ*, 3, 25-30.

- Sriwinarti, I., Utami, W. S., & Astuti, I. S. W. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan higienitas pasien skabies di puskesmas Panti tahun 2014. *E-Jurnal Kepustakaan Kesehatan*, 3, 395-399.
- Subedi, A. (2021). Use of antihistamine and anthelmintic drugs for scabies. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 12(12), 3899.
- Sungkar, S. (2016). *Skabies: Etiologi, Patogenesis, Pengobatan, Pemberantasan, dan Pencegahan*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Thompson, R., Westbury, S., & Slape, D. (2021). Paediatrics: How to manage scabies. *Drugs in Context*, 10, 2020-12-3. doi:10.7573/dic.2020-12-3
- Yunita, S., Gustia, R., & Anas, E. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian skabies di wilayah kerja puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7, 51-58.
- Yusof, M. B. M., Fitri, S., & Damopolii, Y. (2015). A study on knowledge, attitude and practice in preventing transmission of scabies in Pesantren Darul Fatwa, Jatinangor. *Althea Medical Journal*, 2, 131-137.