



**PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA ANAK DENGAN DERMATITIS
KONTAK ALERGI DENGAN SKABIES MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN
KELUARGA**

Ilu Salsabila Sefin*, Fitria Saftarina

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. DR. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedung Meneng,
Rajabasa, Lampung, 35145, Indonesia

*ilusefin@gmail.com

ABSTRAK

Data epidemiologi di Indonesia memperlihatkan bahwa 97% dari seluruh kasus penyakit kulit adalah dermatitis kontak. Prevalensi skabies di dunia mencapai 300 juta orang di setiap tahunnya. Kedua penyakit ini seringkali diabaikan karena tidak mengancam kehidupan. Oleh karena itu, diperlukan penanganan yang tepat secara holistik dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga untuk mencapai keberhasilan terapi. Pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan yang bersifat family approach dan patient centered. Studi ini merupakan laporan kasus. Data yang diperoleh yaitu data primer didapat melalui alloanamnesis, pemeriksaan fisik, serta kunjungan ke rumah dan data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Dilakukan penatalaksanaan holistik yaitu intervensi dengan menggunakan media poster. Pada evaluasi, didapatkan hasil berupa pemahaman mengenai penyakit yang lebih baik dan perubahan perilaku yang berdampak pada keberhasilan terapi. Setelah dilakukan tatalaksana holistik dan komprehensif pasien mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit sebesar 37,5 poin. Keluhan gatal dan bintil pada kulit berkurang dan pasien sudah memperbaiki kebersihan diri dan lingkungan.

Kata kunci: dermatitis kontak alergi; pelayanan kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik; scabies

***HOLISTIC MANAGEMENT OF CHILDREN WITH SCABIES AND
SUBKONJUNGTTIVA BLEEDING USING FAMILY MEDICINE APPROACH***

ABSTRACT

Epidemiological data in Indonesia shows that 97% of all cases of skin disease are contact dermatitis. The prevalence of scabies in the world reaches 300 million people each year. Both of these diseases are often ignored because they are not life-threatening. Therefore, proper holistic treatment is needed using a family medicine approach to achieve successful therapy. Family doctor services are based on evidence-based medicine by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on a patient problem-solving framework with a family approach and patient-centered approach. This study is a case report. The data obtained are primary data obtained through alloanamnesis, physical examination, and home visits and secondary data obtained from patient medical records. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study qualitatively and quantitatively. Holistic management is carried out, namely intervention using poster media. In the evaluation, the results were obtained in the form of a better understanding of the disease and behavioral changes that have an impact on the success of therapy. After holistic and comprehensive management, the patient experienced an increase in knowledge about the disease by 37.5 points. Complaints of itching and pimples on the skin decreased and the patient had improved personal and environmental hygiene.

Keywords: allergic contact dermatitis; family medicine services; holistic management; scabies

PENDAHULUAN

Status kesehatan dan kebersihan pribadi suatu kelompok masyarakat dapat diukur dari prevalensi penyakit kulit kronis tertentu pada anak-anak.(Prakoeswa et al., 2023) Dermatitis Kontak Alergi (DKA) adalah hipersensitivitas tipe IV yang dimediasi terhadap alergen tertentu, yang mengakibatkan respon inflamasi terhadap paparan. Manifestasi klinis DKA dapat muncul sebagai pruritus, eritema, vesikel dan pengelupasan pada kulit. (Steele, 2022).

DKA merupakan penyakit peradangan kulit yang mencakup 20% dari seluruh dermatitis pada masa kanak-kanak. (Belloni Fortina et al., 2020) Data epidemiologi di Indonesia memperlihatkan bahwa 97% dari seluruh kasus penyakit kulit adalah dermatitis kontak, sebanyak 66,3% dari kasus tersebut adalah dermatitis kontak iritan dan 33,7% adalah dermatitis kontak alergi.(Pratiwi et al., 2022) Dalam laporan 10 penyakit terbanyak di Provinsi Lampung tahun 2020, melaporkan bahwa DKA menempati posisi 6 dari 10 penyakit terbanyak di Provinsi Lampung dengan jumlah kasus sebanyak 82.570 kasus. (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung., 2021) Alergi makanan adalah reaksi imunologis terhadap protein makanan yang terjadi segera (terjadi beberapa detik hingga beberapa menit setelah makan atau menyentuh item makanan) atau tertunda (terjadi beberapa jam atau hari kemudian). Alergi makanan paling umum terjadi pada bayi kecil (4%), sekitar 2% orang dewasa juga menderita alergi terhadap satu atau lebih makanan. Kecenderungan alergi makanan diturunkan dari keluarga.(Ago Harlim, 2016).

Skabies atau dikenal juga dengan kudis, gudig, dan budug merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei*. Beban penyakit skabies terbesar terjadi di daerah tropis, panas, berpenduduk padat, dan masyarakat berpendapatan rendah.(Stephanie & Aurelia Stephanie, 2022) Secara global, skabies diperkirakan mempengaruhi lebih dari 200 juta orang setiap waktu. Prevalensi skabies diperkirakan berkisar dari 0,2% hingga 71% dengan perkiraan rata-rata 5-10% terjadi pada anak-anak. (Nasution & Asyary, 2022) Rendahnya pengetahuan mengenai skabies dapat menurunkan motivasi dan partisipasi dalam penanggulangan dan pemberantasan skabies di komunitas. Terapi yang tidak tepat atau terlambat diberikan memengaruhi kualitas hidup penderita dan meningkatkan penularan. Apabila tidak ditangani, skabies dapat memengaruhi kualitas hidup akibat kesulitan tidur, ketidakhadiran di sekolah, dan isolasi sosial terutama pada anak-anak.(Widaty et al., 2024) Pelayanan kesehatan primer memiliki peran yang penting pada penyakit kulit seperti DKA maupun skabies, terutama dalam hal pencegahan penyakit ke komunitas, penegakan diagnosis, terapi yang tepat, eradikasi total dan pencegahan terjadinya rekurensi. Oleh karena itu, penanganan yang tepat secara holistik pada kasus ini dengan menggunakan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan.(Mitchell et al., 2020) Pentingnya eradikasi dalam penatalaksanaan kasus skabies juga sangat diperlukan agar dapat memutus rantai penularan penyakit ke komunitas.

ILUSTRASI KASUS

An. A, perempuan berusia 9 tahun datang ke Puskesmas Pasar Ambon bersama Ayah dan Ibunya pada tanggal 04 Maret 2024 dengan keluhan gatal di sela-sela jari tangan sebelah kanan. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak satu bulan yang lalu, Bermula dari kakak pasien yang memiliki penyakit serupa, sejak pasien tidur sekasur dengan kakaknya yang memiliki keluhan yang sama, lalu ayah dan pasien ikut merasakan gatal dan keluhan kulit yang sama namun kakak dan ayah pasien sudah sembuh . Awalnya keluhan hanya berupa satu bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening, namun lama kelamaan bintil-bintil tersebut menjadi semakin banyak. Pasien mengatakan keluhan gatal dirasakan sepanjang hari namun terasa lebih memberat pada malam hari dan saat berkeringat. Riwayat alergi seperti asma atau obat disangkal pasien. Pasien memiliki riwayat alergi terhadap telur, bawang dan makanan

laut olahan. Riwayat digigit serangga sebelumnya disangkal. Pasien khawatir keluhan gatal semakin memburuk dan tidak menghilang. Ibu pasien mengatakan mencoba mengobati sendiri keluhan gatal dengan cara membeli salep gatal ke apotek dan memberhentikan makan telur ,bawang dan makananan laut , karena ibu pasien mengira ini alergi makanan, lalu ibu pasien mencoba memberi sabun anti bakteri kepada pasien namun keluhan tidak kunjung reda .oleh karena itu, pasien memutuskan untuk berobat ke puskesmas. Pasien sehari-hari mandi satu kali sehari, yaitu pada pagi . Untuk mengeringkan badan, pasien menggunakan handuk secara bersamaan dengan orang rumah. Pasien sering berkeringat dan tidak langsung mengganti pakaiannya. Pasien juga kerap menggunakan pakaian yang sebelumnya sudah pernah digunakan tanpa dicuci terlebih dahulu. Ibu pasien mengatakan menjemur kasur, bantal, dan guling setiap dua minggu sekali sekaligus mengganti spre, selimut, sarung bantal, dan guling. Pasien memiliki kekhawatiran jika keluhan akan bertambah luas dan pasien merasa menjadi kurang percaya diri sehingga dapat mengganggu aktivitas pasien. Pasien berharap agar keluhannya hilang, kembali percaya diri, dan dapat beraktivitas lagi seperti biasa. Dukungan keluarga untuk mendukung dan memotivasi proses pengobatan pasien masih tergolong kurang. Keluarga juga tidak mengetahui definisi, pola penularan serta pola pengobatan terkait penyakit yang dialami oleh pasien.

METODE

Analisis studi ini merupakan laporan kasus. Data yang diperoleh meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh secara autoanamnesis dan alloanamnesis dengan ibu pasien, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah, untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi.

HASIL

Anamnesis

An. A, perempuan berusia 9 tahun datang ke Puskesmas Pasar Ambon bersama Ayah dan Ibunya pada tanggal 04 Maret 2024 dengan keluhan gatal di sela-sela jari tangan sebelah kanan. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak satu bulan yang lalu, Bermula dari kakak pasien yang memiliki penyakit serupa, sejak pasien tidur sekasur dengan kakaknya yang memiliki keluhan yang sama, lalu ayah dan pasien ikut merasakan gatal dan keluhan kulit yang sama namun kakak dan ayah pasien sudah sembuh . Awalnya keluhan hanya berupa satu bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening, namun lama kelamaan bintil-bintil tersebut menjadi semakin banyak. Pasien mengatakan keluhan gatal dirasakan sepanjang hari namun terasa lebih memberat pada malam hari dan saat berkeringat. Riwayat alergi seperti asma atau obat disangkal pasien. Pasien memiliki riwayat alergi terhadap telur, bawang dan makanan laut olahan. Riwayat digigit serangga sebelumnya disangkal. Pasien khawatir keluhan gatal semakin memburuk dan tidak menghilang. Ibu pasien mengatakan mencoba mengobati sendiri keluhan gatal dengan cara membeli salep gatal ke apotek dan memberhentikan makan telur ,bawang dan makananan laut , karena ibu pasien mengira ini alergi makanan, lalu ibu pasien mencoba memberi sabun anti bakteri kepada pasien namun keluhan tidak kunjung reda .oleh karena itu, pasien memutuskan untuk berobat ke puskesmas. Pasien sehari-hari mandi satu kali sehari, yaitu pada pagi . Untuk mengeringkan badan, pasien menggunakan handuk secara bersamaan dengan orang rumah. Pasien sering berkeringat dan tidak langsung mengganti pakaiannya. Pasien juga kerap menggunakan pakaian yang sebelumnya sudah pernah digunakan tanpa dicuci terlebih dahulu. Ibu pasien mengatakan menjemur kasur, bantal, dan guling setiap dua minggu sekali sekaligus mengganti spre, selimut, sarung bantal, dan guling.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, berat badan 30 kg, tinggi badan 125 cm. Status gizi pasien menurut growth chart CDC (Center for Disease Control) dengan indikator berat badan per usia (BB/U) untuk anak perempuan usia 9 tahun 11 bulan didapatkan hasil 90%, kesan status gizi normal. Menurut kurva CDC dengan indikator tinggi badan per usia (TB/U) didapatkan hasil 96% kesan normal. Menurut kurva CDC dengan indikator berat badan per tinggi badan (BB/TB) didapatkan hasil 101%, kesan gizi cukup.

Status generalis:

Kepala: Rambut hitam tersebar merata, tidak ada kebotakan.

Mata: Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), perdarahan subkonjungtiva (+/-)

THT: Telinga, hidung, kesan dalam batas normal, faring tidak hiperemis, tonsil T1/T1.

Thorax:

I: Ictus cordis tidak tampak

P: Ictus cordis teraba pada SIC 5

P: Batas jantung kanan SIC 4 sternalis dekstra, batas jantung kiri SIC 2 jari medial linea midclavicular sinistra A: BJ I/II reguler

Paru:

I: Tampak simetris, retraksi (-), pernapasan tertinggal (-)

P: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-)

P: Sonor +/+

A: Rhonki (-), wheezing (-)

Abdomen:

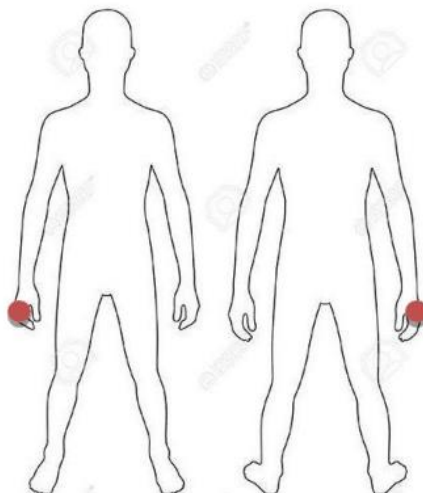
I: Datar

A: BU (+) 12 kali per menit

P: Nyeri tekan (-)

P: Timpani Ekstremitas: Akral hangat, edem (-/-)

Muskuloskeletal dan neurologis: Kesan dalam batas normal.



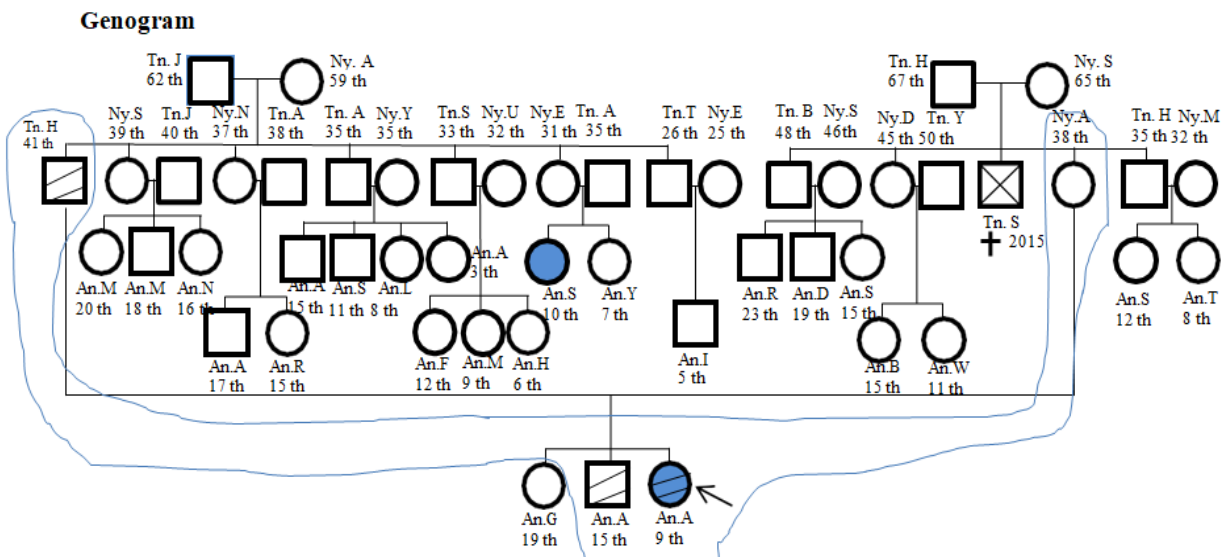
Status Dermatologis

Regio yang mengalami kelainan kulit yaitu regio manus dextra terdapat pustule multipel, batas tegas, ukuran miliar hingga lentikular, tersebar diskret sebagian berkonfluens, sebagian disertai krusta tipis berwarna kecoklatan.



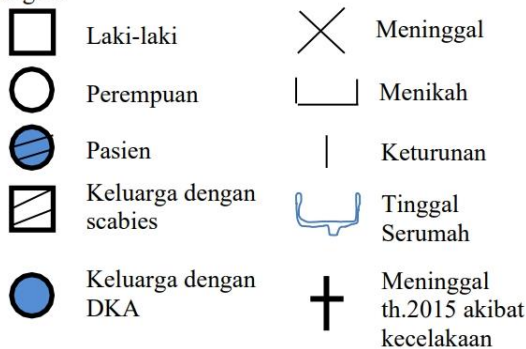
Data Keluarga

Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara yang saat ini sedang menempuh pendidikan tingkat dasar di salah satu sekolah dasar negeri di Bandar Lampung. Pasien tinggal bersama ayah (41 tahun), ibu (38 tahun), kakak kedua pasien (15 tahun) dan pasien (9 tahun).Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar antar anggota keluarga. Pasien sering berkomunikasi dengan ayah dan ibunya. Namun lebih cenderung ke ibu dikarenakan ibu lebih sering berada di rumah (bekerja sebagai penjaga toko makanan hewan dari siang sampai jam 7 malam) sedangkan ayah pasien bekerja sebagai security yang berjaga shift malam dari pukul 9 malam sampai 7 pagi dan dilanjut dengan menarik becak dari siang hingga sore sehingga ayah lebih banyak menghabiskan waktu dirumah untuk beristirahat. Keluarga pasien sering berkumpul bersama terutama saat malam hari. Pada siang hari, pasien lebih banyak menghabiskan waktu bermain bersama teman-teman sebaya di sekitar lingkungan rumah. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara ayah dan ibu.

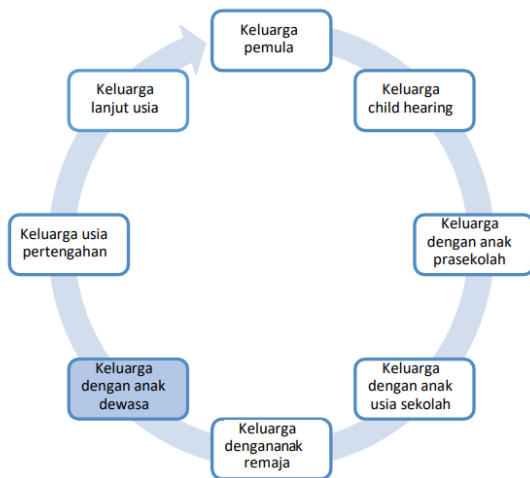


Gambar 1. Genogram Keluarga An. A

Keterangan:

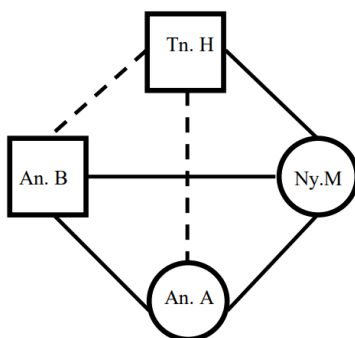


Keputusan keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien. penghasilan ibu dan ayah. Pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.2.000.000,- hingga Rp. 2.500.000,- per bulan yang digunakan untuk menghidupi orang dalam keluarga ini. Perilaku berobat keluarga yaitu berkonsultasi dengan apoteker dan membeli obat di apotek tanpa resep dokter. Bila belum sembuh maka akan memeriksakan diri ke dokter. Pola pengobatan pada pasien dan keluarga yaitu hanya jika memiliki keluhan. Pasien sudah memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) namun sangat jarang digunakan. Ketika sakit, pasien atau keluarganya membeli obat tanpa berkonsultasi dengan dokter. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Menurut tahap keluarga pasien berada pada tahap VI yaitu keluarga dengan anak usia dewasa. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui musyawarah keluarga dan keputusan keluarga ditentukan oleh Ayah dan ibu pasien.



Gambar 2. *Family Lifecycle* keluarga An. A

Family Map



Gambar 3. *Family Map* keluarga An. A

Family SCREAM Score

| | SS | S | TS | STS | Score |
|---|----|---|----|-----|-------|
| Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit | | | | | |
| S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami | | √ | | | 2 |
| S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami | | √ | | | 2 |
| C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami | | √ | | | 2 |
| C2 Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita | | √ | | | 2 |
| R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami | √ | | | | 3 |
| R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami | | √ | | | 2 |
| E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami | | | √ | | 1 |
| E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami | | | √ | | 1 |
| E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit | | | √ | | 1 |
| E'2 Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit anggota keluarga | | | √ | | 1 |
| M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami | √ | | | | 3 |
| M2 Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami | | √ | | | 2 |
| Total | | | | 22 | |

Berdasarkan hasil skoring SCREAM didapatkan hasil akhir skor total 22, sehingga dapat disimpulkan fungsi keluarga Tn.H cukup memadai (Nilai normal 13-24).

Tabel 2.
Family APGAR Score

| APGAR | Skor |
|--|----------|
| <i>Adaptation</i> Saya Imerasa Ipuas Ikarena Isaya Idapat Imeminta Ipertolongan Ikepada Ikeluarga Isaya Iketika Isaya Imenghadapi Ipermasalahan | 2 |
| <i>Partnership</i> Saya Imerasa Ipuas Idengan Icara Ikeluarga Isaya Imembahas Iberbagai Ihal Idengan Isaya Idan Iberbagi Imasalah Idengan Isaya | 1 |
| <i>Growth</i> Saya Imerasa Ipuas Ikarena Ikeluarga Isaya Imenerima Idan Imendukung Ikeinginan-keinginan Isaya Iuntuk Imemulai Ikegiatan Ilatau Itujuan Ibaru Idalam Ihidup Isaya | 2 |
| <i>Affection</i> Saya Imerasa Ipuas Idengan Icara Ikeluarga Isaya Imengungkapkan Ikasih Isayang Idan Imenanggapi Iperasaan-perasaan Isaya, Iseperti Ikemarahan, Ikesedihan Idan Icinta | 2 |
| <i>Resolve</i> Saya Imerasa Ipuas Idengan Icara Ikeluarga Isaya Idan Isaya Iberbagi Iwaktu Ibersama | 2 |
| Total | 9 |

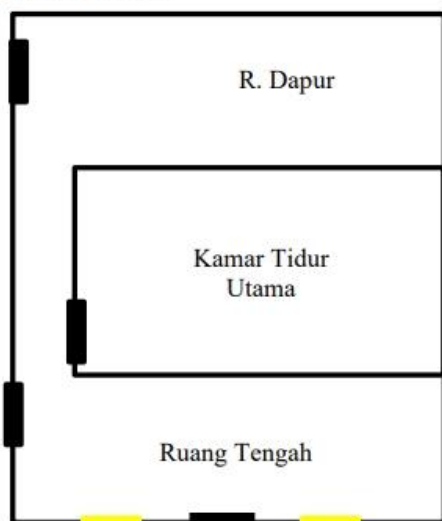
| | |
|--------------------|-----|
| <i>Adaptation</i> | : 2 |
| <i>Partnership</i> | : 1 |
| <i>Growth</i> | : 2 |
| <i>Affection</i> | : 2 |
| <i>Resolve</i> | : 2 |

Total Family APGAR Score: 9 (termasuk kategori jumlah skor 8-10: highly functional) sehingga tidak ada disfungsi keluarga.



Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah kontrakan semi permanen di lingkungan padat penduduk dengan ukuran 4 m x 6 m yang terdiri dari satu lantai. Rumah pasien ber dinding anyaman kayu, lantai semen, dan beratap genteng dengan jumlah satu kamar tidur, dapur, dan satu ruang tamu pada bagian depan rumah. Terdapat teras di depan rumah berukuran $\pm 2m^2$ yang digunakan untuk memarkir becak dan motor serta untuk menjemur. Rumah terkesan berantakan. Kamar tidur orang tua dan kamar tidur anak digabung serta terlihat berantakan. Hanya sedikit terdapat ventilasi sehingga pencahayaan hanya berasal dari lampu kamar tidur yang redup. Kamar tidur terkesan gelap dan lembap. Ruang tamu merupakan ruangan yang berada paling depan, udara dari pintu masuk rumah dan jendela pada ruang tamu cukup baik membuat cahaya matahari masuk. Penerangan pada ruang tamu berasal dari sinar matahari pada siang hari dan lampu listrik pada malam hari. Dapur berada dibelakang kamar. Pada dapur terdapat kompor, gas, lemari, serta beberapa perkakas lainnya. Kamar mandi keluarga pasien berupa kamar mandi umum yang dipakai 6 keluarga di sekitar pemukiman tersebut. Kamar mandi berisi bak air plastik dan WC jongkok. Secara keseluruhan rumah kurang tertata rapi, sirkulasi udara dan cahaya kurang baik. Kebutuhan air tercukupi dari sumur pompa atau menimba dari sumur warga di dekat rumah. Jarak rumah dengan septic tank sekitar sepuluh meter. Limbah dan sampah dibuang di halaman depan rumah pasien. Jarak antara rumah pasien dengan rumah lainnya berdekatan.

Denah Rumah



Keterangan

-  : Pintu
-  : Jendela

Gambar 3. Denah Rumah keluarga An. A

Diagnostik Holistik Awal

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pasien mengeluhkan gatal sejak satu bulan yang lalu diikuti dengan bintil-bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening di area gatal yang kemudian digaruk dan pecah.
- Kekhawatiran: Pasien memiliki kekhawatiran keluhan gatal semakin memburuk tidak menghilang dikarenakan keluhan tidak kunjung membaik walaupun sudah 1 bulan sehingga membuat pasien tidak bisa tidur.
- Harapan: Bintil–bintil kemerahan disertai gatal dapat hilang, penyakit dapat segera sembuh sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa.
- Persepsi: Keluhan pada kulit muncul akibat pasien memakan telur dan makanan laut , terkena bakteri.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- DKA (ICD-10 L23.6)
- Skabies (ICD 10: B86, ICPC-2: S72)

Aspek 3. Risiko internal

- Pasien memiliki alergi terhadap alergen yang masih belum diketahui secara spesifik.
- Personal hygiene pasien kurang baik. Pasien sering berkeringat dan tidak langsung mengganti pakaiannya.
- Pasien menggunakan pakaian yang sudah pernah digunakan tanpa dicuci terlebih dahulu - Pasien sering bertukar pakaian dan handuk kakaknya.
- Pengetahuan pasien kurang mengenai penyakit yang dialami, faktor risiko, pengobatan, serta risiko penularannya.
- Perilaku pengobatan tidak tepat, pasien mencari pengobatan ke apoteker.
- Pola pengobatan kuratif.

Aspek 4. Risiko Eksternal

- Adanya keluhan serupa di keluarga yaitu kakak dan ayahnya sehingga jika tidak melakukan upaya pengobatan bersamaan, rantai penularan tidak akan terputus.
- Kebersihan rumah kurang baik karena rumah terlalu lembap dan gelap, serta terlalu banyak pakaian yang digantung di dinding.
- Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien, faktor risiko, cara pengobatan, upaya pencegahan, dan pemutusan rantai penularan untuk membantu proses penyembuhan penyakit, seperti mencuci pakaian, spre, handuk dengan air panas dan cara penggunaan obat yang benar.
- Perilaku pengobatan keluarga tidak tepat dan pola pengobatan bersifat kuratif.

Aspek 5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu), yaitu, pasien dapat melakukan aktivitas sehari–hari seperti keadaan sebelum sakit.

Rencana Intervensi

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 serta kemungkinan terjadinya komplikasi dan keluhan berulang. Intervensi yang akan dilakukan terbagi atas *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*. Kegiatan intervensi terdiri atas tiga kali pertemuan. Intervensi yang akan diberikan berupa pemaparan dengan media poster yang berisi tentang penyakit Dermatitis Kontak Alergi dan scabies yang berisi gambaran gejala, perawatan dan pencegahan penyakit, pencegahan komplikasi penyakit DKA serta penularan penyakit Scabies Kunjungan pertama kali ke rumah pasien dilakukan guna melengkapi data pasien yang sebagian telah dilakukan saat kunjungan pasien ke puskesmas. Setelah itu, pada pertemuan

selanjutnya dilakukan intervensi berupa pemberian edukasi tentang penyakit pasien, faktor risiko komplikasi yang harus dicegah serta pencegahan penularan. Pertemuan ketiga adalah untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centered* dan *family focused*.

Tabel 3.

Target terapi berdasarkan diagnosis holistic awal

| Diagnosis Holistik | Target Terapi |
|--|--|
| Dermatitis kontak alergi dan scabies | Sembuh |
| Kurangnya pengetahuan pasien mengenai dermatitis kontak alergi dan scabies | Pasien mampu memahami keluhan yang dialami, penatalaksanaan serta pencegahan terhadap penyakit dan komplikasinya |

Patient Centered

1. Farmakologi

- Mengobati penyakit dengan memberikan salep permethrin 5%.
- Memberikan anti histamin yaitu Cetirizine tablet 3x2mg/hari untuk mengurangi gatal yang mengganggu.

2. Non farmakologi

- Memberi edukasi mengenai penyakit DKA serta scabies. Edukasi yang diberikan, meliputi penyebab, faktor risiko pengobatan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit. Serta pemutusan penularan pada penyakit scabies.
- Memberi Edukasi dan motivasi pasien untuk menjaga kebersihan dan kontak dengan bahan alergen untuk mengurangi kemungkinan timbulnya rekurensi penyakit.
- Memberi Edukasi pasien terkait pentingnya melakukan uji tempel untuk mengetahui bahan alergen yang menimbulkan reaksi alergi pada pasien.
- Memberi edukasi kepada pasien mengenai cara mengeradikasi tungau scabies dengan cara mencuci sprei, sarung bantal, dan handuk sekitar 1-2 minggu sekali dengan cara yang benar, yaitu merendam dengan air panas dan dijemur dibawah terik matahari; melakukan penjemuran kasur dan bantal di bawah sinar matahari; menghindari penggunaan barang pribadi, seperti pakaian dan alat mandi yang bersamaan dengan anggota keluarga lain; mengganti baju setiap setelah mandi atau ketika setelah berkeringat berlebih, memisahkan pencucian baju pasien dengan keluarga yang lain.
- Memberi edukasi untuk menghindari kontak langsung maupun tidak langsung dengan teman atau orang lain di lingkungan rumah dan pegaulan yang memiliki keluhan yang sama untuk menghindari terjadinya infeksi berulang.
- Pencegahan, termasuk memperbaiki personal hygiene dan mengonsumsi makanan bergizi seimbang.

Family Focused

- Memberi edukasi kepada keluarga mengenai penyakit DKA serta scabies. Edukasi yang diberikan, meliputi penyebab, faktor risiko, penularan, pengobatan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit.
- Memberikan edukasi kepada keluarga untuk memotivasi pasien agar melakukan pola hidup bersih dan sehat.
- Memberi Edukasi dan motivasi keluarga pasien terkait perlunya perhatian serta dukungan dari seluruh anggota keluarga untuk menjaga pasien dari kontak dengan bahan alergen untuk mengurangi kemungkinan timbulnya rekurensi penyakit.
- Memberikan edukasi mengenai cara penggunaan obat yang benar.
- Memberikan edukasi mengenai terdapat kemungkinan penularan scabies terhadap anggota keluarga dan menjelaskan pentingnya melakukan deteksi dan pemutusan

rantai penularan.

- Memberikan edukasi mengenai kebersihan untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah penularan pada penyakit scabies.
- Memberi edukasi untuk menghindari dahulu kontak dengan pasien atau penderita dengan gejala serupa.

Community Oriented

- Memberikan edukasi untuk meningkatkan kebersihan melalui pola hidup bersih dan sehat di lingkungan sekitar pasien.
- Memberikan edukasi mengenai cara penularan dan pencegahan penyakit scabies yang dapat menular melalui kontak langsung dan penggunaan barang secara bersamaan.
- Memberikan edukasi kepada keluarga atau tetangga untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat apabila muncul keluhan serupa.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pasien mengeluhkan gatal sejak satu bulan yang lalu diikuti dengan bintil-bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening di area gatal yang kemudian digaruk dan pecah.
- Kekhawatiran: Rasa khawatir pasien sudah berkurang. Rasa gatal sudah jauh berkurang. Pasien sudah dapat tidur dengan nyenyak pada malam hari.
- Harapan: Harapan pasien sebagian tercapai karena bintil kemerahan dan keluhan gatal sudah berkurang. Pasien berharap proses penyembuhan semakin cepat dan keluhan seperti ini tidak kembali berulang.
- Upaya: Pasien sudah mau mengikuti anjuran yang diberikan saat intervensi baik mengenai hygiene maupun cara pemakaian obat dan sudah jauh lebih memahami mengenai penyebab dan penularan penyakitnya.

2. Aspek Klinis

- DKA (ICD-10 L23.6)
- Skabies (ICD 10: B86, ICPC-2: S72)

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien lebih meningkatkan kewaspadaan untuk menghindari kontak dengan bahan allergen.
- Kebersihan diri dan lingkungan sudah mulai berubah menjadi lebih baik. Pasien tidak menggunakan baju bersamaan dengan orang lain. Pasien mengerti dan mau melakukan perubahan terkait hygiene, yaitu tidak menggunakan kembali pakaian yang sudah pernah dipakai tanpa dicuci terlebih dahulu, ketika berkeringat langsung mengganti pakaian, dan tidak bertukar pakaian dan handuk dengan teman serta kakaknya.
- Pola pengobatan belum sepenuhnya beralih ke preventif.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Orang dewasa yang bertanggung jawab jadi lebih waspada dan memberikan pengawasan untuk menghindarkan pasien dari kontak dengan bahan allergen.
- Kebersihan lingkungan rumah sudah mulai baik. Pakaian yang tergantung di dinding sudah berkurang dan jendela/ventilasi dibuka setiap hari agar cahaya dapat masuk.
- Pengetahuan keluarga mengenai penyakit pasien dan upaya apa yang perlu dilakukan untuk membantu proses penyembuhan penyakit pasien sudah lebih baik.
- Perilaku pengobatan perlahan membaik, ibu dan ayah pasien sudah membeli obat dengan resep dari dokter.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu), pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan

sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada pasien An. A, perempuan berusia 9 tahun dengan keluhan gatal di sela-sela jari tangan sebelah kanan. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak satu bulan yang lalu, Bermula dari kakak pasien yang memiliki penyakit serupa, lalu ayah pasien dan pasien ikut merasakan gatal dan keluhan kulit yang sama namun kakak dan ayah pasien sudah sembuh . Keluhan awalnya hanya berupa satu bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening, namun lama kelamaan bintil-bintil tersebut menjadi semakin banyak. Pasien mengatakan keluhan gatal terasa lebih memberat pada malam hari dan saat berkeringat. Pasien memiliki riwayat alergi makanan terhadap telur, bawang dan makanan laut olahan. Pasien sehari-hari mandi satu kali sehari, yaitu pada pagi . Untuk mengeringkan badan, pasien menggunakan handuk secara bersamaan dengan orang rumah. Pasien sering berkeringat dan tidak langsung mengganti pakaiannya. Pasien juga kerap menggunakan pakaian yang sebelumnya sudah pernah digunakan tanpa dicuci terlebih dahulu. Ibu pasien mengatakan menjemur kasur, bantal, dan guling setiap dua minggu sekali sekaligus mengganti spre, selimut, sarung bantal, dan guling.

Ibu pasien mengatakan mencoba mengobati sendiri keluhan gatal dengan tidak memakan telur dan makanan laut lalu dengan salep hydrocortison. Beberapa upaya yang telah dilakukan tersebut sedikit mengurangi keluhan namun keluhan muncul kembali beberapa hari kemudian, oleh karena itu, pasien memutuskan untuk berobat ke puskesmas. Pasien datang ke Puskesmas Pasar Ambon pada tanggal 04 Maret 2024 untuk mencari pengobatan. Dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, berat badan 30 kg, tinggi badan 131 cm. Status gizi pasien menurut growth chart CDC (Center for Disease Control) dengan indikator berat badan per usia (BB/U) untuk anak perempuan usia 9 tahun 11 bulan didapatkan hasil 90%, kesan status gizi normal. Menurut kurva CDC dengan indikator tinggi badan per usia (TB/U) didapatkan hasil 96% kesan normal. Menurut kurva CDC dengan indikator berat badan per tinggi badan (BB/TB) didapatkan hasil 101%, kesan gizi cukup. Pada pemeriksaan status dermatologis didapatkan regio manus dextra terdapat pustule multipel, batas tegas, ukuran miliar hingga lentikular, tersebar diskret sebagian berkonfluens, sebagian disertai krusta tipis berwarna kecoklatan.

Pada kasus ini diagnosis skabies dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Didapatkan adanya empat tanda cardinal pada infeksi *Sarcoptes scabiei*, yaitu pruritus nokturna, menyerang sekelompok orang, terdapat terowongan (kunikulus), dan ditemukannya parasite scabies. Pada pasien ini didapatkan dua dari empat tanda kardinal yaitu pruritus nokturna dan menyerang secara berkelompok, sedangkan dua tanda kardinal lainnya tidak dapat ditemukan dikarenakan diperlukannya pemeriksaan yang lebih lanjut secara mikroskopis, namun pemeriksaan ini tidak dapat dilakukan karena keterbatasan sarana dan prasarana di puskesmas. Apabila terdapat infeksi sekunder dapat ditemukan adanya pustul atau nodul. (Menaldi SL, Bramono K, 2019) Infestasi skabies dapat berkembang menjadi pintu masuk bagi bakteri. Selain itu, penghambat komplementer tungau scabies dapat mendorong pertumbuhan bakteri secara *in vitro*. Akibatnya, infeksi bakteri sekunder sering terjadi dalam bentuk impetigo, selulitis, dan abses. Kondisi ini selanjutnya dapat berkembang menjadi infeksi yang lebih parah, yaitu glomerulonefritis pasca-streptokokus akibat pioderma yang disebabkan oleh *Streptococcus pyogenes*, infeksi yang lebih invasif, dan sepsis. (Retha & Sawitri, 2020)

Skabies merupakan suatu penyakit kulit yang disebabkan oleh infestasi dan sensitisasi terhadap *Sarcoptes scabiei* var *hominis* dan produknya. Prevalensi skabies di Indonesia menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008 adalah 5,6%-12,95% dan menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit terbanyak. (Paramita & Sawitri, 2015) Penyakit ini sangat mudah menular dan ditandai adanya gatal pada malam hari. Apabila dibiarkan, rasa gatal tersebut dapat mengganggu tidur bahkan aktivitas sehari-hari. mengenai sekelompok orang, dengan tempat predileksi di lipatan kulit yang tipis, hangat, dan lembab tepatnya 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. (Lugović-Mihić et al., 2022) Skabies menunjukkan tanda dan gejala klinis yang bervariasi, tergantung pada usia dan status imunologi penderita. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan kesulitan diagnosis dan keterlambatan penatalaksanaan hingga beberapa bulan. (Uzun et al., 2024) Ketika tungau betina menggali ke dalam kulit hingga menciptakan terowongan dan bertelur. Telur tersebut menetas menjadi larva, yang kemudian berganti kulit menjadi nimfa dan akhirnya tumbuh menjadi tungau dewasa. Tungau dewasa bereproduksi di permukaan kulit, dan tungau betina menggali kembali ke dalam kulit untuk bertelur, memulai siklus baru. (Dita, 2022) Transmisi terjadi dari satu individu yang terinfeksi ke orang lain dengan kontak langsung kulit ke kulit dan secara tidak langsung melalui pakaian, handuk, sprej atau barang-barang lainnya yang telah terkontaminasi. (Widaty et al., 2024) Karena itu pada kasus ini, anggota keluarga lain memiliki potensi tinggi untuk tertular. Oleh karenanya perlu dilakukan pembinaan terhadap keluarga agar anggota keluarga dapat ikut serta dalam pencegahan penularan dan pengobatan penyakit. Edukasi bagi pasien dan keluarga pasien merupakan komponen penting dalam penanganan skabies. Edukasi ini meliputi menjemur kasur di bawah terik matahari, menyiram pakaian, sprej, dan handuk dengan air panas, serta menganjurkan keluarga dan teman-teman pasien untuk ikut serta dalam pengobatan. (Listiansyah & Prakoeswa, 2024)

Berdasarkan anamnesis, selain scabies pasien juga memiliki riwayat alergi apabila menyentuh ataupun mengonsumsi telur, bawang dan makanan olahan laut. Dermatitis kontak alergi (DKA) adalah reaksi hipersensitivitas tipe IV (tertunda) yang memiliki spektrum presentasi yang luas yang sering kali menyerupai atau tumpang tindih dengan erupsi kulit lainnya. (So et al., 2015) Dermatitis kontak alergi merupakan penyakit peradangan kulit yang mencakup 20% dari seluruh dermatitis pada masa kanak-kanak. (Belloni Fortina et al., 2020) Diagnosis DKA dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Salah satu tes yang digunakan untuk memastikan diagnosis adalah patch test. Pengujiannya dilakukan dengan menempelkan chamber/tambalan yang telah diberi zat alergen pada kulit pasien yang dicurigai. Hasil tes positif untuk setidaknya satu alergen mengkonfirmasi diagnosis. Hasil patch test membantu dokter dalam edukasi dan terapi pasien Di Indonesia, penelitian mengenai frekuensi sensitisasi alergen belum banyak dilakukan. (Anggraini et al., 2017) Reaksi alergi dapat terjadi terhadap berbagai protein asing, misalnya makanan, obat, mikroba, imunisasi, dan keganasan (Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM, 2012). Prevalensi alergi semakin meningkat, baik di negara maju maupun negara berkembang, saat ini prevalensi alergi makanan mengenai 4% pada populasi secara umum. (Nuraini, 2015) Alergi makanan adalah reaksi imunologis terhadap protein makanan yang terjadi segera (terjadi beberapa detik hingga beberapa menit setelah makan atau menyentuh item makanan) atau tertunda (terjadi beberapa jam atau hari kemudian). Kecenderungan alergi makanan diturunkan dari keluarga. Umumnya alergi makanan merupakan manifestasi reaksi tipe I. Alergen dapat berupa protein atau produknya, karbohidrat, lemak, bahan-bahan pengawet atau bumbu-bumbu. (Ago Harlim, 2016) Alergi telur merupakan salah satu alergi makanan yang paling umum terjadi pada bayi dan anak-anak, mempengaruhi hingga 9% anak-anak di

seluruh dunia. Resolusi spontan dan toleransi terhadap alergi telur sering terjadi dan terjadi pada 60- 75% anak-anak sebelum masa remajanya.(Čelakovská et al., 2021) Seperti halnya reaksi alergi tipe I maka manifestasi alergi makanan dapat berupa anafilaksi, urtikaria, angiodem, dermatitis atopik. (Ago Harlim, 2016) Lokasi ruam dan riwayat klinis dapat memberikan petunjuk mengenai alergen tertentu. Menurut NACDG, lokasi yang paling umum untuk DKA pada anak-anak adalah wajah, pola distribusi yang tersebar luas, dan ekstremitas (lengan dan kaki).(Zug et al., 2014)

Diagnosis alergi makanan didasarkan pada riwayat pribadi, pengukuran IgE spesifik (tingkat IgE spesifik serum), Skin Prick Test, Atopy patch test(uji tempel), tes paparan terbuka – OET, double-blind, plasebo -tes tantangan makanan terkontrol – DBPCFC). Kemajuan dalam diagnostik laboratorium alergi yang dimediasi IgE adalah penggunaan diagnosis penyelesaian komponen (CRD) atau diagnosis molekuler (MD) alergi.(Čelakovská et al., 2021) Pengujian diagnostik untuk DKA pada populasi anak-anak mencakup kurang dari sepersepuluh dari semua uji tempel. Jarangnya pengujian tempel pada anak-anak dapat dikaitkan dengan kesulitan dalam pengujian pada populasi ini, yang meliputi area permukaan yang lebih kecil untuk penempatan uji tempel dan mempertahankan sifat kooperatif selama pengujian tempel terutama pada anak-anak yang lebih muda. Proses diagnosis juga dapat sulit pada anak-anak, karena manifestasi DKA dapat menyerupai kondisi kulit anak-anak umum lainnya, terutama dermatitis atopik dan dermatitis kontak iritan. Pengambilan riwayat yang komprehensif, dipandu oleh temuan klinis pasien, kelompok usia, dan lokasi dermatitis, membantu membangun kecurigaan klinis.(Neale et al., 2021) Diagnosis yang akurat dengan uji tempel, penghindaran alergen potensial, dan tindakan pencegahan di masa mendatang merupakan 3 pilar penanganan dan pengobatan DKA pada anak.(Brown & Yu, 2021)

Pada pertemuan pertama di Puskesmas Pasar Ambon pada tanggal 04 Maret 2024 pasien diberikan terapi berupa salep scabimite yang mengandung permethrin 5% dan antihistamin CTM 2 mg. Hal ini telah sesuai dengan tatalaksana khusus pada pasien skabies yaitu menggunakan obat-obatan untuk membunuh tungau skabies dan menggunakan obat antihistamin untuk mengurangi gejala gatal. Permetrin mengganggu fungsi *voltage gated sodium channels* dari arthropoda, sehingga menyebabkan pemanjangan depolarisasi membran saraf dan mengganggu neurotransmisi sehingga parasite mengalami paralisis dan mati. *Sodium channels* terdapat di berbagai organ, sehingga permethrin bekerja di seluruh tahap dalam siklus hidup parasit. Faktor tersebut yang diduga menyebabkan permethrin dosis tunggal sudah cukup untuk skabies. Permetrin digunakan dengan cara mengoleskan krim ke seluruh tubuh mulai dari dagu ke bawah hingga kaki. Krim ini digunakan selama 8-10 jam sebelum akhirnya dibilas dan diulang tujuh hari kemudian.(Menaldi SL, Bramono K, 2019) Pada saat pertama kali datang ke puskesmas Pasar Ambon setelah dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik, dilakukan informed consent kepada pasien dan untuk meminta persetujuan melakukan pembinaan keluarga beserta maksud dan tujuannya. Pasien dan keluarga menyetujui secara lisan, lalu komunikasi dilanjutkan melalui telepon dan media *whatsapp*. Penatalaksanaan pasien ini dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi. Kegiatan ini dilakukan sebanyak tiga kali kunjungan ke rumah pasien. Kunjungan pertama dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik di Puskesmas Pasar Ambon Pada saat kunjungan pertama yaitu 5 Maret 2024.

Pada kunjungan pertama kerumah pasien bertujuan untuk melakukan perkenalan serta mengidentifikasi masalah sehingga menentukan intervensi selanjutnya. Dilakukan anamnesis holistik terkait keluhan pasien terkini, keluhan pada anggota keluarga lainnya, pengobatan yang telah dilakukan, harapan mengenai penyakitnya serta termasuk didalamnya mengidentifikasi family map, fungsi biologis, psikososial, ekonomi, perilaku kesehatan,

sarana dan prasarana kesehatan, dan lingkungan rumah.. Pada kunjungan pertama juga dilakukan pemeriksaan fisik kepada pasien. Pasien mengatakan keluhan gatal masih dirasakan, namun terlihat sudah berkurang dibanding sebelumnya dan bintik-bintik mulai berkurang sejak pasien menggunakan obat dari puskesmas. Dari hasil anamnesis dan kunjungan ini, juga didapatkan daftar masalah yang ada pada pasien dan keluarga sehingga selanjutnya dapat direncanakan jenis intervensi yang akan diberikan, sehingga pada kunjungan kedua dapat dilakukan intervensi yang sesuai dengan media poster. Sebelum dilakukan intervensi, pasien mengerjakan pretest untuk mengukur pengetahuan awal mengenai penyakit yang dialami.

Pada *family map*, fungsi sosial, dan sarana prasarana tidak ditemukan adanya masalah yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pada aspek lingkungan rumah didapatkan masalah berupa pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dimana jarak antara satu rumah ke rumah yang lain sangat berdekatan. Selain itu, secara keseluruhan rumah pasien kurang tertata rapi, kurang bersih, sirkulasi udara dan pencahayaan di rumah kurang baik. Pada aspek *human biology*, didapatkan masalah berupa keluhan bintil merah hingga kecoklatan disertai gatal pada sela jari tangan dan kaki. Keluhan ini sudah dirasakan sejak satu bulan yang lalu. Pasien sudah mencoba mengobati dengan menghindari makan dan kontak dengan telur, bawang dan makanan laut olahan lalu memakai salep hydrocortison dari apotek, namun keluhan belum juga hilang. Pasien tidak mengetahui jenis penyakit yang diderita dan faktor apa yang mengakibatkan pengobatan tidak berhasil selama ini. Pasien hanya mengetahui bahwa penyakit ini alergi makanan atau infeksi bakteri. Masalah ini mendasari intervensi yang akan dilakukan yang mencakup pengetahuan mengenai penyakit DKA dan skabies, penularan, faktor risiko, dan pengobatan yang benar serta pentingnya higienitas personal maupun lingkungan.

Pada aspek psikososial, didapatkan masalah berupa kurangnya pengetahuan anggota keluarga yang lain terhadap keluhan pasien. Keluarga tidak mengetahui bahwa keluhan pasien ini dapat dengan mudah menular ke orang sekitar. Keluarga juga tidak mengetahui pentingnya menjaga higienitas lingkungan rumah terhadap proses penyembuhan pasien. Selain itu, pasien memiliki kakak laki-laki dan ayah yang memiliki keluhan serupa. Pasien juga sering tidur di satu kasur yang sama serta bertukar- tukar handuk dengan kakak dan ayah. Masalah tersebut mendasari intervensi yang akan dilakukan yang mencakup pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit dka dan skabies, penularan, faktor risiko, dan pengobatan yang benar serta pentingnya personal hygiene maupun lingkungan. Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah ke bawah. Ayah pasien merupakan security serta penarik becak dan ibu pasien merupakan penjaga toko makanan hewan.. Pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.2.000.000,- hingga Rp. 2.500.000,- yang digunakan untuk menghidupi lima orang dalam keluarga ini. Pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang.

Pada fungsi perilaku kesehatan keluarga, pasien dan keluarga masih memiliki perilaku pengobatan yang tidak tepat yaitu membeli obat tanpa resep dan berkonsultasi dengan selain dokter. Pasien dan keluarga lebih mengutamakan pengobatan secara kuratif dibandingkan preventif serta pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang. Didapatkan masalah berupa pasien jarang mengganti baju yang digunakan setelah berkeringat, kebiasaan jarang mencuci tangan menggunakan sabun setelah beraktifitas, kebiasaan menggunakan baju yang telah dipakai tanpa dicuci terlebih dahulu, dan kebiasaan bertukar pakaian dengan anggota keluarga yang lain. Kurangnya perilaku hygiene ini didasari oleh kurangnya pengetahuan pasien mengenai hubungan kebersihan dengan penularan penyakit yang dialami. Keluarga tidak mengetahui bahwa penyakit ini dapat meluas dan dapat dengan

mudah menular ke orang sekitar melalui kontak langsung. Keluarga juga tidak mengetahui pentingnya menjaga higienitas lingkungan rumah terhadap proses penyembuhan pasien. Pertemuan kedua dilakukan di rumah pasien pada hari Sabtu, 9 Maret 2024. Tujuan kunjungan yaitu untuk melakukan intervensi sesuai dengan masalah yang diidentifikasi. Intervensi dilakukan dengan menggunakan media berupa poster, dijelaskan pengertian penyakit skabies, bagaimana gejalanya, penyebarannya, dan penularannya, dijelaskan obat yang diberikan untuk mengatasi penyakit skabies, dan, dijelaskan cara pencegahan agar tidak tertular penyakit skabies.

Intervensi dilakukan pada pasien ibu dan ayah pasien yang sedang berada dirumah dan memiliki risiko penularan penyakit scabies dengan tujuan untuk merubah perilaku hidup pasien dan keluarga agar menjadi perilaku hidup bersih dan sehat serta mengurangi risiko penularan dan berulangnya penyakit. Intervensi dilakukan secara medikamentosa dan nonmedikamentosa. Medikamentosa diberikan tidak hanya pada pasien namun seluruh anggota keluarga pasien. Penatalaksanaan nonmedikamentosa *patient-centered* meliputi edukasi mengenai penyakit DKA dan skabies meliputi penyebab, faktor risiko, penularan pada penyakit scabies, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, serta cara pencegahan, edukasi kepada pasien untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Selain itu, diberikan edukasi pula mengenai cara penanganan linen infeksius untuk memutus rantai penularan, serta menghindari kontak langsung maupun tidak langsung dengan keluarga di lingkungan rumah yang memiliki keluhan yang sama untuk menghindari infeksi berulang. Dilakukan pula edukasi pada pasien agar berobat ke puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya jika keluhan tidak membaik. Pada *family-focused*, dilakukan edukasi kepada ibu pasien sebagai wali pasien. Edukasi yang diberikan berupa pemahaman mengenai penyebab, faktor risiko, penularan penyakit, pengobatan yang dilakukan dalam jangka waktu lama, pengobatan dilakukan secara rutin, pengobatan dilakukan kepada seluruh anggota keluarga, dan pentingnya kebersihan rumah untuk memutus rantai penularan penyakit. Pasien juga diberikan edukasi cara penggunaan obat yang benar dan peran keluarga untuk mengingatkan dan memantau penggunaan obat oleh pasien.

Peran keluarga dalam menjaga higienitas lingkungan rumah merupakan hal yang penting. Perlu adanya kerjasama dalam dekontaminasi tungau yang berada di luar tubuh hospes karena tungau dapat hidup diluar tubuh hospes sekitar tiga hari. Tungau paling banyak ditemukan di tempat tidur, sofa, dan kursi. Oleh karena itu, dekontaminasi sangat penting dalam pemberantasan scabies dan mencegah reinfeksi. Dekontaminasi lingkungan dapat dilakukan dengan mengganti atau menjemur karpet, Kasur, bantal, guling, sofa, furniture dan barang-barang berbulu lainnya dibawah sinar matahari dan dilakukan minimal dua kali seminggu. Pakaian, sprei, sarung bantal dan sarung guling, mukena, kerudung, dan sarung harus dicuci dengan air panas. Setelah dekontaminasi, barang-barang tersebut sebaiknya tidak langsung digunakan kembali karena tungau masih dapat hidup setelah lepas dari hospes selama kurang lebih tiga hari walaupun tungau umumnya mati setelah 36 jam di luar tubuh hospes pada suhu ruang. Oleh karena itu, barang-barang yang telah di dekontaminasi sebaiknya baru digunakan dalam dua hari sampai tiga minggu setelah dekontaminasi. Sebagaimana telah dibahas sebelumnya, penyakit skabies merupakan penyakit yang menyerang secara berkelompok terutama orang yang tinggal bersama atau dalam satu lingkungan. Sehingga, penting untuk melakukan tatalaksana dengan pendekatan *community-oriented* yang meliputi pemberian edukasi tentang skabies pada lingkungan sekitar terutama kepada keluarga pasien yang memiliki keluhan serupa, cara menjaga higienitas personal maupun lingkungan, serta memberikan dorongan kepada masyarakat yang memiliki keluhan serupa untuk segera mencari pengobatan ke layanan kesehatan terdekat sebagai upaya untuk memutus rantai penularan skabies.

Tabel 4.
Tingkat pengetahuan

| Variabel | <i>Pre test</i> | <i>Post test</i> | Δ ISkor |
|-------------|-----------------|------------------|---|
| Pengetahuan | 553,3 | 80 | Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 126,7 poin |

Pertemuan ketiga dilakukan di rumah pasien pada tanggal 17 Maret 2024. Tujuan kunjungan ketiga ini yaitu melakukan evaluasi untuk menilai apakah target yang diharapkan dari kegiatan intervensi telah tercapai. Dilakukan anamnesis ulang kepada pasien dan didapatkan hasil bahwa pengetahuan, sikap dan tindakan pasien dan keluarga terhadap penyakit yang diderita oleh pasien dengan memberikan 15 pertanyaan. Berdasarkan lima belas pertanyaan yang diajukan, pasien menjawab 12 pertanyaan dengan benar dan hasil tersebut memuaskan.

Selain itu, keluhan gatal pada pasien sudah dirasakan sangat berkurang dan pasien sudah tidak merasa terganggu ketika tidur. Pasien sudah mengurangi kebiasaan menggaruk lesi, namun sesekali masih dilakukan karena gatal. Namun, untuk bekas lesi kulit masih ditemukan dan pada beberapa bintil mulai menghilang secara perlahan. Selain itu pasien juga tidak lagi tidur bersama dan bertukar pakaian dengan kakak pasien yang memiliki keluhan serupa. Pasien sudah memperbaiki personal hygiene seperti menggunting kuku, tidak menggunakan pakaian yang sudah digunakan tanpa dicuci terlebih dahulu, dan mandi setiap selesai beraktivitas. Selain itu didapatkan bahwa pasien telah mencuci pakaian, handuk, sprei, dan selimut menggunakan air panas dan detergen, dan dijemur di bawah terik matahari. Kakak dan keponakan pasien yang memiliki keluhan serupa juga telah berobat ke dokter dan mendapatkan pengobatan yang sesuai. Pasien dan keluarga dianjurkan untuk tetap memeriksakan kesehatan ke Puskesmas apabila keluhan yang sama kembali muncul dan apabila ada gejala lain yang mengganggu agar mendapat pengobatan. Pasien dan keluarga juga dianjurkan agar terus mengubah pola hidup bersih dan sehat, dan dianjurkan juga jika salah satu keluarga yang masih terkena scabies agar menghindari kontak fisik yang terlalu intens, dan tidak mencampur barang-barang miliknya dengan anggota keluarga lainnya untuk menurunkan risiko penularan.

Pada Kunjungan ketiga di rumah pasien, pasien mengatakan keluhan dirasakan berkurang, gatal pada malam hari sudah tidak dirasakan. Bintilbintil pada tangan, kaki, dan badan pasien sudah tidak ada, bercak kehitaman pada kulit pasien akibat bintil yang digaruk karena gatal sehingga menimbulkan luka sudah mulai membaik. Penilaian peningkatan pengetahuan pasien setelah edukasi dilakukan dengan memberikan post test kepada ibu nya. Hasilnya yaitu terjadi perubahan dalam pengetahuan yang dinilai dengan menggunakan post test dengan jawaban yang lebih tepat dibandingkan pre test sebelumnya serta terjadi perubahan pola hidup keluarga pasien seperti lebih sering membersihkan rumah, mengganti sprei, dan menjemur kasur. Untuk mencuci baju menggunakan air panas juga dilakukan sesekali pada keluarga pasien. Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah seluruh anggota keluarga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dan penerapan pengetahuan yang didapatkan serta memberikan pengetahuan ke keluarga lainnya. Sedangkan faktor penghambatnya adalah fungsi sosial yang kurang dalam keluarga tersebut dimana memengaruhi hubungan antar anggota keluarga dalam proses penyembuhan penyakit.

SIMPULAN

Diagnosis dapat ditegakan pada pasien ini didasari oleh riwayat alergi pasca kontak dengan allergen dan temuan dua dari empat tanda kardinal skabies yaitu pruritus nocturna dan menyerang sekelompok orang. Terdapat beberapa faktor internal maupun eksternal pemicu terjadinya DKA dan skabies termasuk kurangnya pengetahuan, kebersihan diri dan lingkungan, interaksi sosial, dan pola berobat kuratif, serta perilaku pengobatan yang tidak tepat. Tatalaksana yang diberikan pada pasien mencakup medikamentosa berupa pemberian skabisida dan antihistamin serta non-medikamentosa yang mencakup patient-centered, family focused, dan community oriented. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit DKA dan skabies, cara pengobatan yang benar, dan perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan. Penatalaksanaan pasien DKA dan skabies secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga pada kasus ini berhasil membantu proses penyembuhan penyakit pasien dan pencegahan penularan di komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ago Harlim. (2016). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin - Penyakit Alergi Kulit* (Issue september 2016). Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia.
- Anggraini, D. M., Sutedia, E., & Achadiyahani, A. (2017). Etiology of Allergic Contact Dermatitis based on Patch Test. *Althea Medical Journal*, 4(4), 541–545. <https://doi.org/10.15850/amj.v4n4.1265>
- Belloni Fortina, A., Caroppo, F., & Tadiotto Cicogna, G. (2020). Allergic contact dermatitis in children. *Expert Review of Clinical Immunology*, 16(6), 579–589. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1777858>
- Brown, C., & Yu, J. De. (2021). Pediatric Allergic Contact Dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 41(3), 393–408. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2021.04.004>
- Čelakovská, J., Bukač, J., Vaňková, R., Krejsek, J., Krcmova, I., & Andrys, C. (2021). Egg allergy in atopic dermatitis patients-analysis of results of specific extract IgE and specific IgE to molecular components. Bird-egg syndrome. *Food and Agricultural Immunology*, 32(1), 265–282. <https://doi.org/10.1080/09540105.2021.1924631>
- Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM. (2012). *Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan Ilmu Kesehatan Anak LXII : Current Management in Pediatric Allergy and Respiratory Problems*. Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2021). *Jumlah Penyakit Terbanyak di Provinsi Lampung Tahun 2020*. Badan Pusat Statistik.
- Dita, M. C. (2022). *Natural Sciences Engineering & Natural Sciences Engineering & Technology Journal*, 2(1), 79–84.
- Listiansyah, R., & Prakoeswa, F. R. S. (2024). Clinical management of scabies with secondary infection: a case report. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.24815/jks.v24i1.31576>
- Lugović-Mihić, L., Aždajić, M. D., & Bešlić, I. (2022). Scabies Cases Misdiagnosed and Treated As Allergic Diseases: Itch As Alarm. *Acta Clinica Croatica*, 61(2), 349–353. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.02.22>

- Menaldi SL, Bramono K, I. W. (2019). Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin (7th ed.). Badan Penerbit FK UI.
- Mitchell, E., Bell, S., Thean, L. J., Sahukhan, A., Kama, M., Koroivueti, A., Kaldor, J., Steer, A., & Romani, L. (2020). Community perspectives on scabies, impetigo and mass drug administration in Fiji: A qualitative study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(12), e0008825. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008825>
- Nasution, S. A., & Asyary, A. (2022). Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyakit Skabies Di Pesantren: Literature Review. *PREPOTIF Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6, 1521–1523.
- Neale, H., Garza-Mayers, A. C., Tam, I., & Yu, J. De. (2021). Pediatric allergic contact dermatitis. Part I: Clinical features and common contact allergens in children. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(2), 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.11.002>
- Nuraini, N. (2015). Oral allergy syndrome (OAS) akibat reaksi alergi makanan (telaah pustaka). *Jurnal B-Dent*, 2(2), 95–100.
- Paramita, K., & Sawitri. (2015). Profil skabies pada anak. *Jurnal Kesehatan*, 27 No. 1, 41–47. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=423760&val=7405&title=Profile of Scabies in Children>
- Prakoeswa, F. R. S., Pramuningtyas, R., & Dimawan, R. S. A. (2023). The Pattern of Pediatric Parasitic Skin Diseases in a Secondary Hospital in East Java: A Retrospective Study. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 35(1), 52–56. <https://doi.org/10.20473/bikk.v35.1.2023.52-56>
- Pratiwi, H., Yenni, M., & Mirsiyanto, E. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Gejala Dermatitis Kontak pada Petani Di Wilayah Kerja Puskesmas Paal Merah II. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(10), 3415–3420.
- Retha, R., & Sawitri, S. (2020). Scabies in Children: A Retrospective Study. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 32(1), 55. <https://doi.org/10.20473/bikk.v32.1.2020.55-61>
- So, J. K., Hamstra, A., Calame, A., Hamann, C. R., & Jacob, S. E. (2015). Another Great Imitator: Allergic Contact Dermatitis Differential Diagnosis, Clues to Diagnosis, Histopathology, and Treatment. *Current Treatment Options in Allergy*, 2(4), 333–348. <https://doi.org/10.1007/s40521-015-0064-y>
- Steele, R. (2022). Allergic Contact Dermatitis. *Absolute Allergy and Immunology Board Review*, 104, 151–157. https://doi.org/10.1007/978-3-031-12867-7_15
- Stephanie, A. S., & Aurelia Stephanie. (2022). Scabies in the Elderly: A Narrative Literature Review. *Bioscientia Medicina: Journal of Biomedicine and Translational Research*, 6(11), 2377–2383. <https://doi.org/10.37275/bsm.v6i11.610>
- Uzun, S., Durdu, M., Yürekli, A., Mülayım, M. K., Akyol, M., Velipaşaoğlu, S., Harman, M., Taylan-Özkan, A., Şavk, E., Demir-Dora, D., Dönmez, L., Gazi, U., Aktaş, H., Aktürk, A., Demir, G., Göktay, F., Gürel, M. S., Gürok, N. G., Karadağ, A. S., ... Mumcuoğlu, K. Y. (2024). Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. *International Journal of Dermatology*, 1642–1656. <https://doi.org/10.1111/ijd.17327>

- Widaty, S., Pada, P., Pengukuhan, U., Besar, G., Dermatologi, B., Venereologi, D., & Kedokteran, P. (2024). Penanganan Komprehensif Skabies Melalui Pembelajaran Dan Penatalaksanaan Kasus Secara Dalam Jaringan Dan Luar Jaringan: Menuju Indonesia Bebas Penyakit Tropis Terabaikan. <https://quran.nu.or.id>
- Zug, K. A., Pham, A. K., Belsito, D. V., Dekoven, J. G., DeLeo, V. A., Fowler, J. F., Fransway, A. F., Maibach, H. I., Marks, J. G., Mathias, C. G. T., Pratt, M. D., Sasseville, D., Storrs, F. J., Taylor, J. S., Warshaw, E. M., & Zirwas, M. J. (2014). Patch testing in children from 2005 to 2012: Results from the North American contact dermatitis group. *Dermatitis*, 25(6), 345–355. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000083>