

Penatalaksanaan Holistik pada Anak Usia 3 Tahun dengan Skabies melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Tanjung Sari Natar

Siti Amalya Ilmyasri¹, Sisy Rizkia Putri¹, Reni Zuraida²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skabies merupakan kelainan dermatologi yang disebabkan parasit tungau *Sarcoptes scabiei* yang mampu menggali terowongan di kulit dan menyebabkan rasa gatal yang semakin memberat pada malam hari. Tujuan studi ini untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence-based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi ini merupakan sebuah 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. Pasien dan keluarganya memiliki *personal hygiene* yang kurang baik. Keluarga pasien memiliki pengetahuan yang kurang mengenai skabies, kebiasaan menggunakan handuk secara bersamaan, dan tidak ada jadwal rutin dalam mencuci dan mengganti sprei, sarung bantal, dan selimut. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga, didapatkan hasil evaluasi pada pasien berupa peningkatan pengetahuan keluarga pasien mengenai skabies, keluhan berkurang, dan perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan.

Kata kunci: Pelayanan kedokteran keluarga, penatalaksanaan holistik, skabies

Holistic Management on 3 Years Old Child with Scabies through Family Medicine Approach in Community Health Center, Tanjung Sari Natar

Abstract

Scabies is a dermatological disorder caused by the parasitic mite *Sarcoptes scabiei* which is capable of digging tunnels in the skin and causing itching that gets worse at night. The aim of this study is to apply family doctor services based on evidence-based medicine to patients by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on a framework for solving patient problems using a patient centered and family approach. This study is a case report. The data obtained were primary data obtained through *alloanamnesis*, physical examination, and home visits and secondary data obtained from the patient's medical records. Patients and their families have poor personal hygiene. The patient's family has insufficient knowledge about scabies, the habit of using towels together, and there is no regular schedule for washing and changing bed sheets, pillowcases and blankets. After carrying out holistic and comprehensive management using a family medicine approach, patient evaluation results were obtained in the form of increased knowledge of the patient's family regarding scabies, reduced complaints, and changes in behavior in maintaining personal and environmental hygiene.

Keywords: Family medicine, holistic management, scabies

Korespondensi: Siti Amalya Ilmyasri, alamat Jl. P. Polim Gg. Mata Intan 3 No. 36 A, Bandar Lampung, HP 082269055951, e-mail amalailmyasri@gmail.com

Pendahuluan

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei*, yaitu parasit atau kutu yang dapat menggali terowongan di kulit sehingga menimbulkan rasa gatal.¹ Penyakit ini dapat ditularkan melalui kontak langsung dari orang ke orang dan melalui kontak tidak langsung melalui benda. Skabies memiliki tanda dan gejala berupa gatal pada malam hari, dapat menyerang sekelompok orang, adanya

terowongan di tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, dan ditemukan adanya tungau.¹

Menurut data WHO (*World Health Organization*) prevalensi titik global 100 – 200 juta kasus skabies, dengan 455 juta kasus skabies mempengaruhi 150 – 200 juta orang di seluruh dunia dengan perkiraan kejadian tahunan sebanyak 565 (499 – 634) juta kasus dan beban penyakit sebesar 4,84 juta.^{4,5}

Prevalensi tertinggi yang dilaporkan pada kasus skabies adalah bayi dan anak-anak di negara berkembang dengan iklim tropis, khususnya Pasifik, prevalensi umum telah dilaporkan sekitar 20 – 30% dengan prevalensi pada anak > 50 %.² Prevalensi tertinggi skabies mengikuti wilayah geografis, seperti negara Afrika, Amerika Selatan, Australia, dan Asia Tenggara.³

Kasus skabies di Asia Tenggara masih memiliki angka kejadian yang tinggi, termasuk di Indonesia. Skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit yang paling sering dijumpai yaitu terdapat 704 kasus skabies yang merupakan 5,77% dari seluruh kasus baru. Prevalensi skabies di seluruh Indonesia pada tahun 2017 adalah sekitar 5,6-12,9% dan merupakan penyakit kulit terbanyak ketiga di Indonesia.⁶

Pasien dengan skabies di Provinsi Lampung, pada tahun 2018 berjumlah 7960 orang, yang mengalami peningkatan signifikan dari tahun 2016 yang berjumlah 2.941.⁷ Prevalensi skabies di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Sari Natar – Kecamatan Natar selama tahun 2014 – 2015, skabies menempati urutan ketiga dari sepuluh besar penyakit menular. Berdasarkan data di poli umum Puskesmas Tanjung Sari Natar menunjukkan bahwa kasus skabies ± 14 kasus setiap bulannya.

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

Kasus

An. GG, laki-laki berusia 3 tahun datang diantar oleh ibunya ke Puskesmas Tanjung Sari Natar pada tanggal 25 Mei 2023 dengan keluhan gatal di kedua sela-sela jari tangan dan telapak tangan. Keluhan sudah dirasakan pasien sejak 1 minggu yang lalu. Awalnya keluhan berupa bintil kemerahan seukuran ujung jarum pentul, yang muncul di sela-sela jari dan telapak tangan kemudian menyebar ke paha dan kaki pasien. Keluhan gatal dirasakan pasien semakin memberat terutama pada malam hari namun, keluhan gatal tidak

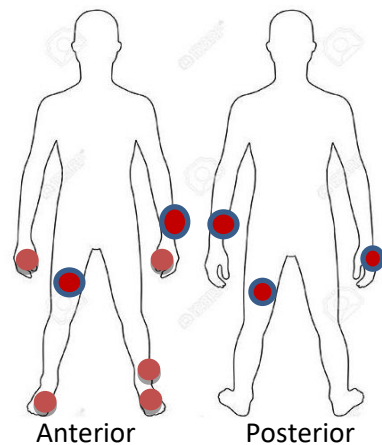
memberat saat berkeringat. Pasien tidak memiliki riwayat alergi, riwayat digitigit serangga disangkal. Selama ini, pasien belum pernah berobat.

Menurut ibu pasien, keluhan gatal pada anaknya muncul karena anaknya kurang menjaga kebersihan diri, seperti bermain di tanah tanpa menggunakan sandal dan setelah bermain diluar hanya mencuci tangan dengan air saja bahkan kadang tidak mencuci tangan. Keluhan serupa awalnya dialami oleh ibu dan kakak pasien. Keluhan gatal di keluarga pasien tersebut muncul setelah kakak sepupu pasien yang memiliki keluhan gatal juga menginap di rumah pasien selama libur sekolah. Kakak sepupu pasien tersebut bersekolah di pondok pesantren.

Pasien sehari-hari mandi sehari dua kali yaitu pada pagi dan sore hari, mengganti baju sebanyak dua kali. Namun, apabila pasien berkeringat setelah aktivitas, pasien jarang mengganti pakaian. Ibu pasien mengatakan tidak ada jadwal rutin untuk mengganti sprei, sarung bantal, selimut, dan handuk serta jarang menjemur kasur. Ibu pasien juga mengatakan bahwa kebiasaan pasien dan keluarga yang terkadang menggunakan handuk bersamaan. Karena keluhan dirasakan semakin mengganggu dan khawatir akan menyebar ke bagian tubuh yang lain sehingga ibu pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Puskesmas Tanjung Sari Natar dengan harapan keluhan pasien bisa membaik dan tidak terjadi kekambuhan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, status gizi normal. Pemeriksaan status generalis kesan normal. Pada pemeriksaan lokalis didapatkan satu dermatologis sebagai berikut:

Pada regio dorsum manus dextra et sinistra, pedis dekstra et sinistra, dan femoralis dekstra et sinistra tampak papula sewarna kulit sebagian eritema, multiple, berbatas tegas, ukuran miliar, tersebar diskret.



Gambar 1. Status Dermatologis

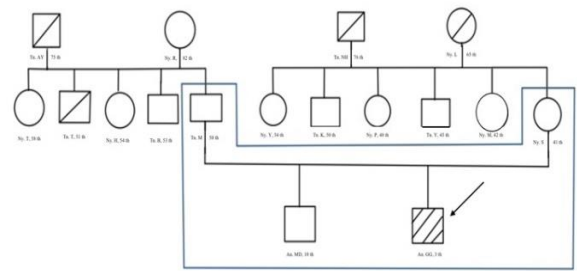
Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Pasien tinggal bersama ayah (50 tahun), ibu (41 tahun), dan kakak (10 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar, keluarga sering berkumpul bersama setiap malam hari, pasien banyak menghabiskan waktu bersama kakak dan ibunya. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi kedua orang tua, dan keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga bergantung pada penghasilan ayah yang bekerja sebagai pedagang dengan pendapatan per hari keluarga berkisar Rp. 40.000 – Rp. 50.000 yang digunakan untuk menghidupi empat orang di keluarga ini.

Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke layanan kesehatan atau perilaku kuratif. Pasien belum memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Tanjung Sari Natar yang berjarak 1,5 kilometer dari rumah pasien. Pasien tidak kesulitan menjangkaunya karena biasa di antar menggunakan transportasi pribadi.

Genogram Keluarga

Berikut genogram keluarga An.GG

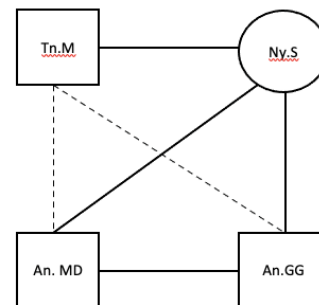


Gambar 2. Genogram Keluarga An. GG

Keterangan :

- ☐ : Laki-laki meninggal
- : Perempuan meninggal
- ☐ : Laki-laki hidup
- : Perempuan hidup
- : Tinggal serumah
- ▣ : Pasien

Hubungan Antar Keluarga



Gambar 3. Hubungan Keluarga An. GG

Keterangan :

- : Hubungan erat
- - - - : Hubungan kurang erat

Family APGAR Score

APGAR	Skor
Adaptation Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	1
Growth Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
Affection Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta	2
Resolve Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
Total	9

Dari data di atas dapat diketahui *jumlah Family APGAR Score* dari keluarga An. GG adalah Sembilan (9) (termasuk kategori jumlah skor 8-10: *highly functional*) sehingga tidak ada disfungsi keluarga.

Family SCREEM Score

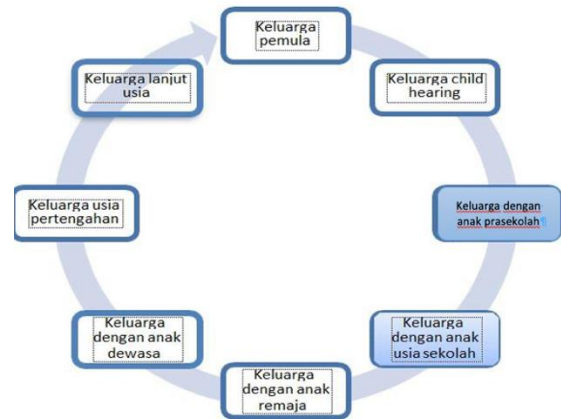
Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan *SCREEM Score*, dengan hasil antara lain:

Tabel 1. Family SCREEM Analysis An. GG (3 tahun)

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 dalam keluarga kami	√			
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		√		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√		
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	√			
E'1	Pengalaman dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		√		
E'2	Pengalaman 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 membantu keluarga kami		√		
TOTAL			28		

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil 28, dapat disimpulkan bahwa fungsi keluarga An. GG memiliki sumber daya yang memadai.

Family Lifecycle

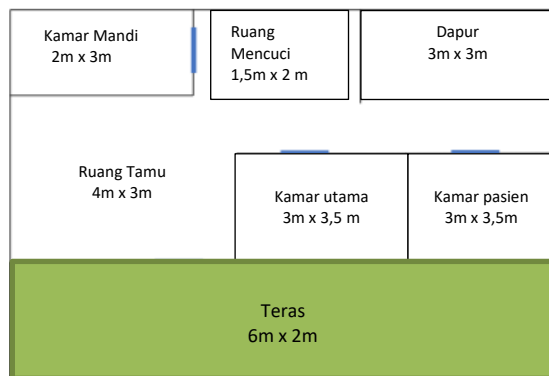


Gambar 4. Family Lifecycle

Data Lingkungan Rumah

Dari hasil wawancara dan kunjungan didapatkan pasien tinggal di rumah pribadi. Jarak rumah ke puskesmas 1,5 kilometer. Rumah berukuran 8 x 15 m. Pasien tinggal dirumah bersama ayah dan ibunya. Rumah tidak tingkat dan memiliki satu ruang tamu, dua kamar tidur, satu dapur, dan satu kamar mandi berserta ruang mencuci. Lantai rumah dilapisi dengan semen, dinding berupa bata merah. Atap rumah berupa genteng. Penerangan dan ventilasi kurang baik. Kebersihan rumah secara keseluruhan kurang baik. Rumah sudah menggunakan listrik. Jarak antara rumah pasien dan rumah lainnya memiliki jarak sekitar 3 m. Sumber air didapatkan dari sumur. Kamar mandi menggunakan jamban jongkok. Untuk minum pasien menggunakan air galon isi ulang. Tempat sampah berada diluar rumah. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat.

Denah Rumah



Gambar 5. Denah rumah keluarga An. GG

Aspek 1 yaitu diagnostik holistik awal pada pasien : alasan kedatangan muncul bintil kemerahan disertai gatal terutama pada malam hari, di kedua sela-sela jari dan telapak tangan, paha dan kedua kaki pasien; kekhawatiran: ibu pasien khawatir bintil akan bertambah banyak dan meluas, keluhan gatal tidak menghilang dan penyakit tidak sembuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari; harapan: bintil kemerahan disertai gatal dapat hilang dan tidak terjadi kekambuhan sehingga pasien dapat beraktivitas seperti biasa; persepsi: menurut ibu pasien penyakit kulit ini adalah penyakit kulit menular yang disebabkan karena pasien kurang menjaga kebersihan. Aspek 2, diagnosis klinik adalah skabies (icd 10: b86). Aspek 3, risiko internal yaitu : pasien merupakan anak usia prasekolah yang belum menyadari pentingnya *personal hygiene* mengenai kebersihan diri seperti mandi dua kali sehari menggunakan air dan sabun dan mencuci tangan sehabis bermain di luar, mencuci tangan sebelum dan sehabis makan serta mencuci tangan setelah BAK maupun BAB, kebiasaan pasien yang tidak rutin mengganti pakaian setelah aktivitas yang menimbulkan keringat . Aspek 4, risiko eksternal yaitu : kurangnya pengetahuan ayah dan ibu pasien tentang skabies yang diderita pasien mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat, kakak sepupu pasien yang memiliki keluhan gatal dan bersekolah di pondok pesantren menginap dirumah pasien selama libur sekolah, kebiasaan pasien dan keluarga pasien yang jarang mencuci spre, sarung bantal, selimut, dan handuk serta menjemur kasur, kebiasaan

pasien dan keluarga pasien yang terkadang menggunakan handuk secara bersamaan. Aspek 5, derajat fungsional berada di derajat fungsional satu, yaitu pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit.

Intervensi yang akan diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal yang belum diketahui mengenai penyakit pasien seperti definisi, gejala spesifik, predileksi, cara penularan, tatalaksana, pencegahan, dan cara penggunaan obat untuk mencegah kemungkinan terjadinya keluhan berulang dan mencegah terjadinya penularan baik yang terjadi secara kontak langsung dan kontak tidak langsung. Intervensi dilakukan terbagi atas *patient centered, family focus*, dan *community oriented*. *Patient Centered*, Tatalaksana farmakologi yaitu mengobati penyakit dengan memberikan krim permetrin 5% dan memberikan antihistamin berupa cetirizine tablet 1 x 5 mg/hari untuk mengurangi gejala gatal. Terapi non farmakologi yaitu : mengedukasi pasien untuk menjaga kebersihan diri seperti mandi dua kali sehari menggunakan air dan sabun dan mencuci tangan sehabis bermain di luar, mencuci tangan sebelum dan sehabis makan serta mencuci tangan setelah BAK maupun BAB dan mengedukasi pasien untuk mengganti pakaian apabila aktivitas menimbulkan keringat.

Tatalaksana *family focused* memberikan edukasi ke ayah dan ibu pasien mengenai skabies termasuk definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, dan penatalaksanaannya, dan cara penggunaan obat, mengharuskan keluarga yang memiliki keluhan serupa untuk diberikan pengobatan serentak serta memberi edukasi untuk menghindari dahulu kontak dengan pasien atau penderita dengan gejala serupa, memberikan edukasi mengenai pentingnya kebersihan diri dan lingkungan sekitar rumah serta cara penanganan linen infeksius untuk mengeradikasi tungau secara tepat, meliputi mencuci spre, sarung bantal, selimut, dan handuk dengan cara yang benar yaitu merendam dengan air panas dan dijemur dibawah terik matahari; menjemur kasur dan bantal di bawah sinar matahari, mengedukasi

ayah dan ibu pasien untuk menghindari penggunaan handuk bersamaan dengan anggota keluarga lain. Tatalaksana *community oriented* yaitu memberikan edukasi pada keluarga untuk menyampaikan kepada teman pasien dan tetangga pasien untuk memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat apabila muncul keluhan serupa.

Diagnostik holistik akhir, pada aspek 1- aspek personal yaitu : alasan kedatangan: Keluhan gatal sejak satu minggu yang lalu diikuti dengan bintil-bintil kecil seukuran jarum pentul berisi cairan bening di area gatal yang kemudian digaruk dan pecah sudah berkurang; kekhawatiran: Rasa khawatir pada ibu pasien akibat keluhan gatal dan bintil akan semakin meluas sudah berkurang. Pasien sudah dapat tidur nyenyak pada malam hari; harapan: Harapan ibu pasien sebagian tercapai karena bintil dan keluhan gatal sudah berkurang. Ibu pasien berharap proses penyembuhan semakin cepat dan keluhan seperti ini tidak kembali berulang; upaya: Ibu pasien sudah mengikuti anjuran yang diberikan saat intervensi baik mengenai higiene maupun cara pemakaian obat dan sudah jauh lebih memahami mengenai penyebab dan penularan penyakit pasien. Aspek 2, diagnosis klinis adalah skabies (ICD 10: B86). Aspek 3, risiko internal yaitu pasien sudah lebih memperhatikan dan menyadari pentingnya *personal hygiene* seperti mandi dua kali sehari menggunakan air dan sabun dan mencuci tangan sehabis bermain di luar, mencuci tangan sebelum dan sehabis makan serta mencuci tangan setelah BAK maupun BAB dan kebiasaan pasien yang tidak rutin mengganti pakaian setelah kegiatan yang berkeringat sudah tidak dilakukan lagi. Aspek 4, risiko eksternal yaitu : ayah dan ibu pasien sudah mengetahui tentang skabies yang diderita pasien mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat, keluarga dengan keluhan serupa, yaitu ibu dan kakak pasien sudah memeriksakan diri ke puskesmas, mencuci spre, sarung bantal, dan handuk setiap 2 minggu sekali dengan cara yang benar yaitu merendam dengan air panas dan dijemur dibawah terik matahari; menjemur kasur dan bantal di bawah sinar matahari sudah dilakukan, setiap anggota

keluarga sudah menghindari penggunaan handuk secara bersamaan. Aspek 5, derajat fungsional, derajat fungsional 1 (satu), pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti keadaan sebelum sakit.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien An. GG, laki-laki berusia 3 tahun, dengan skabies yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis, dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit yang diderita pasien merupakan penyakit yang dapat menular dan penyembuhannya bergantung pada kepatuhan pasien dan keluarga mengenai penyakit ini. Masalah kesehatan yang dibahas dalam kasus ini adalah seorang anak laki-laki berusia 3 tahun datang diantar oleh ibunya ke Puskesmas Tanjung Sari Natar pada tanggal 25 Mei 2023 dengan keluhan gatal di sela-sela jari tangan dan telapak tangan sejak 1 minggu yang lalu.

Pada pertemuan pertama kali pada tanggal 25 Mei 2023 di poliklinik MTBS Puskesmas Tanjung Sari Natar dilakukan anamnesis secara holistik dan pemeriksaan fisik dan selanjutnya dilakukan *informed consent*. Pada anamnesis didapatkan keluhan gatal di sela-sela jari tangan dan telapak tangan sejak 1 minggu awalnya berupa bintil kemerahan seukuran ujung jarum pentul di sela jari tangan dan telapak tangan lalu menyebar ke paha dan kaki pasien. Keluhan gatal dirasakan memberat pada malam hari. Di keluarga pasien, ibu dan kakak pasien memiliki keluhan yang sama dengan pasien.

Berdasarkan anamnesis yang didapatkan bahwa sesuai dengan teori mengenai skabies yang merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* dan produknya.¹ Skabies memiliki 4 tanda kardinal, yaitu pruritus nokturna, menyerang sekelompok manusia, ditemukan adanya terowongan (kunikulus) pada tempat predileksi, dan ditemukan adanya tungau.¹ Pada pasien ditemukan adanya dua dari empat tanda kardinal skabies, yaitu pruritus nokturna dan menyerang secara kelompok.

Dari hasil pemeriksaan fisik nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,5°C, berat badan 14 kg, tinggi badan 98 cm. Status

gizi pasien berdasarkan BB/U, TB/U, BB/TB oleh Kemenkes didapatkan hasil normal. Pemeriksaan status generalis didapatkan kesan dalam batas normal.

Pemeriksaan status dermatologis pada regio dorsum manus dextra et sinistra, pedis dekstra et sinistra, dan femoralis dekstra et sinistra tampak papula sewarna kulit sebagian eritema, multiple, berbatas tegas, ukuran miliar, tersebar diskret. Hal ini sesuai dengan teori dimana lesi patognomonis penyakit skabies berupa terowongan berkelok yang dapat disertai dengan lesi primer maupun sekunder, seperti vesikel, papula, makula, ekskoriiasi, nodus, dan pustule.¹⁰ Tempat predileksi skabies adalah sela jari tangan, pergelangan tangan, bokong, siku, ketiak, periumbilikus, genital, dan paha.¹⁰ Namun, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut melalui pemeriksaan mikroskopik untuk memastikan diagnosis skabies.

Penegakkan diagnosis skabies pada pasien An.GG berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada infeksi *Sarcoptes scabiei* didapatkan adanya empat tanda cardinal yaitu pruritus nokturna, menyerang sekelompok orang, terdapat terowongan (kunikulus), dan ditemukannya tungau skabies. Pada pasien ini didapatkan dua dari empat tanda kardinal yaitu pruritus nokturna dan menyerang secara berkelompok. Gold standar penegakkan diagnosis skabies dengan menggunakan metode konvensional, yaitu dengan pemeriksaan kerokan kulit dengan mikroskop yang memiliki tingkat akurasi < 50%.⁹

Tatalaksana yang diberikan pada pasien ini berupa krim permethrin 5% dan antihistamin cetirizine tablet 1 x 5 mg/hari untuk mengurangi gejala gatal. Krim permethrin dengan kadar 5% dioleskan pada kulit, dengan pemakaian hanya satu kali, dan dibersihkan dengan mandi setelah 8–10 jam. Pengobatan kembali diulang setelah seminggu apabila masih didapatkan keluhan. Salep permethrin 5% ini tidak dianjurkan pada bayi di bawah usia 2 bulan.^{1,11} Pemberian antihistamin oral dapat mengurangi keluhan gatal.¹¹

Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pada kunjungan pertama ini, didapatkan daftar masalah 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.

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 yang cukup padat penduduk dimana jarak antara satu rumah ke rumah yang lain adalah 3 meter. Kebersihan rumah pasien secara keseluruhan kurang baik.

Pada aspek *human biology*, didapatkan masalah berupa keluhan gatal di sela-sela jari tangan dan telapak tangan menyebar ke paha dan kaki pasien sejak satu minggu yang lalu. Pasien merupakan anak usia prasekolah yang belum menyadari pentingnya *personal hygiene* dan kebiasaan pasien yang tidak rutin mengganti pakaian setelah aktivitas yang menimbulkan keringat.

Pada aspek psikososial, didapatkan masalah berupa kurangnya pengetahuan ayah dan ibu pasien tentang skabies mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat. Pasien juga memiliki kakak sepupu yang memiliki keluhan gatal dan bersekolah di pondok pesantren dan menginap dirumah pasien selama libur sekolah. Kebiasaan pasien dan keluarga yang jarang mengganti dan mencuci sprei, sarung bantal, dan handuk, serta terkadang menggunakan handuk secara bersamaan. Masalah tersebut mendasari intervensi yang akan dilakukan yang mencakup pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit skabies, mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat.

Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah ke bawah. Pada fungsi perilaku kesehatan keluarga lebih mengutamakan pengobatan secara kuratif dibandingkan preventif. Didapatkan masalah berupa pasien belum menyadari pentingnya *personal hygiene* dan jarang mengganti baju setelah berkeringat. Pasien dan keluarga belum mengetahui hubungan kebersihan dengan penularan penyakit yang dialami. Keluarga pasien tidak mengetahui bahwa penyakit ini dapat meluas

dan dapat dengan mudah menular ke orang sekitar melalui kontak langsung. Keluarga pasien juga tidak mengetahui pentingnya menjaga higienitas lingkungan rumah yang berperan penting terhadap proses penyembuhan pasien.

Kunjungan kedua dilakukan pada 5 Juni 2023 dengan tujuan yaitu untuk melakukan intervensi sesuai dengan masalah yang diidentifikasi. Sebelum intervensi, ibu pasien diminta untuk menjawab 10 soal *pretest* yang berhubungan dengan skabies dan didapatkan skor 40 dari 100. Intervensi dilakukan dengan menggunakan media berupa poster mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat.



Gambar 6. Intervensi

Kunjungan ketiga dilakukan pada 10 Juni 2023 dengan tujuan mengevaluasi hasil intervensi. Sebelumnya, dilakukan anamnesis pada ibu pasien didapatkan keluhan gatal pada pasien sudah berkurang, pasien tidak lagi menggaruk bagian tubuhnya yang gatal, dan pasien bisa tertidur nyenyak. Selanjutnya, ibu pasien diminta untuk menjawab 10 soal *post test* yang berhubungan dengan skabies dan didapatkan skor 100.



Gambar 7. Status lokalis post intervensi membaik

Tabel 2. Hasil peningkatan setelah intervensi

Variable	Pretest	Posttest	Kesimpulan
Pengetahuan	40	100	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 60 poin
Keluhan	Gatal terutama pada malam hari dan bintil kemerahan seukuran jarum pentul	Gatal terutama pada malam hari dan bintil kemerahan seukuran jarum pentul sudah mulai berkurang	Keluhan gatal dan bintil kemerahan sudah berkurang
Perilaku mencuci tangan	Jarang mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun	Sudah mulai mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun	Sudah mencuci tangan menggunakan air mengalir dan sabun
Perilaku memakai handuk bersamaan	Keluarga pasien terkadang menggunakan handuk secara bersamaan	Keluarga pasien sudah tidak menggunakan handuk secara bersamaan	Seluruh anggota keluarga pasien sudah menggunakan handuk masing-masing
Tidak ada jadwal rutin untuk mengganti sprei, sarung bantal, selimut, dan handuk serta jarang menjemur kasur.	Jarang mencuci sprei, sarung bantal, selimut, dan handuk, serta jarang menjemur kasur	Sudah mencuci sprei, sarung bantal, selimut, dan handuk, serta jarang menjemur kasur setiap 2-4 minggu sekali	Menerapkan kebiasaan mencuci dan mengganti sprei, sarung bantal, selimut, dan handuk serta rutin menjemur Kasur tiap minimal 2 minggu sekali

Pasien dan keluarga dianjurkan agar menjalani pola hidup bersih dan sehat, dan dianjurkan juga jika salah satu keluarga yang masih terkena skabies agar menghindari kontak fisik yang terlalu intens, dan tidak mencampur barang-barang miliknya dengan anggota keluarga lainnya untuk menurunkan risiko penularan. Faktor pendukung dalam penyelesaian masalah pasien dan keluarga adalah keluarga pasien sudah mengetahui mengenai penyakit skabies, cara penularan, dan pencegahannya. Seluruh anggota keluarga menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dan penerapan pengetahuan yang didapatkan. Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan dalam proses penyelesaian masalah pasien dan keluarga karena pasien dan keluarga melakukan proses pengobatan sesuai dengan anjuran yang

diberikan.

Simpulan

Penatalaksanaan dengan pendekatan kedokteran keluarga berbasis *evidence-based medicine* dilakukan secara komprehensif. Pasien diberikan edukasi terkait *personal hygiene* yang baik. Pasien juga Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan memberikan edukasi tentang penyakit skabies mengenai definisi, penyebab, tanda dan gejala, predileksi, cara penularan, tatalaksana, dan cara penggunaan obat. Evaluasi pada pasien didapatkan hasil berupa keluhan berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit skabies, cara pengobatan yang benar, dan perubahan perilaku dalam menjaga kebersihan diri maupun lingkungan.

Daftar Pustaka

1. Boediardja, Handoko. Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Depok: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2016.
2. WHO. WHO Informal Consultation on a Framework for Scabies Control. 2020. Tersedia dari: <http://www.apps.who.int/>
3. Micali G, Lacarrubba F, Verzi AE, Chosidow O, Schwartz RA. Scabies: Advances in Noninvasive Diagnose. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016.
4. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. 2017.
5. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study. 2019.
6. Mutiara H, Syailindra F. Skabies. *J Major*. 5(2): 37-42. 2016.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
8. Wahyu SD, Hamka, Zaitun S. Tingkat pengetahuan dan kejadian skabies di pondok pesantren. *Jurnal Keperawatan Wiyata*. 2018.
9. Gunardi KY, Sungkar S, Irawan Y, Widaty S. 2022. Level of evidence diagnosis scabies berdasarkan Oxford Centre for evidence-based medicine. Jakarta: Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
10. McMeniman E, Holden L, Kearns T. 2011. Skin disease in the first two years of life in aboriginal children in East Arnhem land. *Australia J Dermatol*.
11. Perdoski. Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (Perdoski). 2017.
12. Gunardi KY, Sungkar S, Irawan Y, Widaty S. Level of Evidence Diagnosis Skabies Berdasarkan Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Jakarta: Departemen Dermatologi dan Venerologi FKUI. 2022.
13. Prasetyo GNS. Skabies Beserta Penatalaksanaannya: Sebuah Laporan Kasus. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2017.
14. Kurniati, Zulkarnain I, Listiawan MY. Kesesuaian Gambaran Klinis Patognomonis Infestasi Skabies dengan Kepositifan Pemeriksaan Dermoskop dan Kerokan Kulit. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. 2014.
15. Dewi MK, Wathoni N. Artikel Review: Diagnosis dan Regimen Pengobatan Skabies. Bandung: Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran. 2017.
16. Burkhart CN, Burkhart CG. Scabies, Other Mites, and Pediculis. Dalam Wolff K, Goldsmith LA, Freedberg IM, Kozlowski ST, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editor. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill. 2012.
17. Shimose L, Munoz-Price LS. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Scabies. *Curr Infect Dis Rep*. 2013.
18. Putri YY, Astuti RDI, Bhatara T. Karakteristik Tanda Kardinal Penyakit Skabies pada Santri di Pesantren.

Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung. 2020.

19. Koduri UK. Burrow Ink Test (BIT) Done by The Patient and Analyzed through Telemedicine to Diagnose Scabies in Covid Era: Our Experience. India: Indian Association of Dermatology, Venereology, and leprology. 2021.
20. Barrio-Diaz PB, Vera-Kellet C. The Burrow Ink Test: A Simple Method to Improve the Diagnosis of Scabies. Santiago: Department of Dermatology, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Catolica de Chile. 2021.