

Pendekatan Diagnosis dan Penatalaksanaan Skabies pada Remaja: Sebuah Laporan Kasus

Amelia Nazwa Hanum¹, Tutik Ernawati²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Skabies merupakan suatu infeksi kulit yang diakibatkan oleh *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* yang penularannya berkaitan erat dengan kontak langsung dan kondisi lingkungan. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan pendekatan diagnosis dan penatalaksanaan skabies pada remaja dengan riwayat kontak erat dan keluhan serupa pada lingkungan sekitarnya. Seorang remaja laki-laki berusia 16 tahun datang dengan keluhan gatal pada kedua tangan dan kaki sejak tiga minggu, terutama pada malam hari dan sela-sela jari. Keluhan disertai bentol kemerahan yang sebagian dilaporkan berisi nanah. Pasien memiliki riwayat kontak langsung dan bertukar pakaian dengan teman, serta terdapat keluhan serupa pada adik dan teman dekatnya. Pemeriksaan status lokalis menunjukkan papul dan nodul eritematosa multipel berbatas tegas, berbentuk linear, pada area tangan, kaki, ketiak, perut, hingga bokong. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan. Berdasarkan temuan klinis dan epidemiologis, diagnosis skabies ditetapkan pada tingkat klinis sesuai kriteria International Alliance for the Control of Scabies (IACS) 2020, dengan keterbatasan berupa tidak adanya konfirmasi pemeriksaan penunjang. Pasien diberikan krim permetrin 5% dan cetirizine 10 mg sekali sehari, disertai edukasi mengenai penggunaan obat, kebersihan barang pribadi, pencegahan penularan, dan pentingnya penanganan kontak erat. Kasus ini menekankan pentingnya mengintegrasikan temuan klinis dan riwayat epidemiologis, menyatakan keterbatasan diagnostik secara transparan, serta memperhatikan pengendalian penularan dalam penatalaksanaan skabies.

Kata kunci: Permetrin, pruritus, remaja, skabies

Diagnostic Approach and Management of Scabies in an Adolescent: A Case Report

Abstract

Scabies is a skin infection caused by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, with transmission closely associated with direct contact and environmental conditions. This case report aims to describe the diagnostic approach and management of scabies in an adolescent with a history of close contact and similar complaints among surrounding contacts. A 16-year-old male adolescent presented with a three-week history of itching affecting both hands and feet, particularly at night and in the interdigital spaces. The symptoms were accompanied by reddish bumps, some of which were reported to contain pus. The patient reported frequent direct contact and clothing exchange with friends, while similar complaints were reported in his younger sibling and close friend. Local examination revealed multiple well-defined erythematous papules and nodules in a linear distribution over the hands, feet, axillae, abdomen, and buttocks. No ancillary diagnostic examinations were performed. Based on the clinical and epidemiological findings, the diagnosis of scabies was established at the clinical level according to the 2020 criteria of the International Alliance for the Control of Scabies (IACS), with the limitation of lacking confirmatory diagnostic testing. The patient was treated with 5% permethrin cream and cetirizine 10 mg once daily, accompanied by education on medication use, personal belongings hygiene, transmission prevention, and the importance of managing close contacts. This case highlights the importance of integrating clinical findings with epidemiological history, transparently reporting diagnostic limitations, and addressing transmission control in scabies management.

Keywords: Adolescent, permethrin, pruritus, scabies

Korespondensi: Amelia Nazwa Hanum, alamat: Sukamenanti, Kedaton, Bandar Lampung, HP 085171727833, e-mail nazwaahanum@gmail.com

Pendahuluan

Skabies adalah salah satu infeksi parasit yang sering dijumpai di masyarakat. Penyakit ini disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei*, dengan jumlah kasus yang mencapai sekitar 455 juta per tahun di seluruh dunia.¹ Menurut data *World Health Organization* (WHO), skabies termasuk dalam kelompok penyakit tropis terabaikan (*neglected tropical diseases*)

dan menjadi salah satu target pengendalian yang diharapkan tercapai pada tahun 2030.²

Angka kejadian skabies bervariasi di berbagai wilayah dunia. Berdasarkan analisis Global Burden of Disease (GBD) 2021, jumlah kasus baru skabies secara global meningkat selama periode 1990–2021, meskipun angka insidensi terstandarisasi menurut usia menunjukkan penurunan. Pada tahun 2021, Asia Tenggara termasuk tiga wilayah dengan

jumlah kasus skabies tertinggi di dunia, bersama Asia Timur dan Asia Selatan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa skabies masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan beban penyakit yang besar, terutama di wilayah tropis.⁷

Di negara dengan pendapatan tinggi, skabies umumnya ditemukan pada lingkungan dengan kepadatan tinggi seperti rumah sakit dan lembaga pemasyarakatan.⁵ Penyakit ini dapat terjadi pada berbagai jenis kelamin, meskipun laki-laki cenderung mengalami durasi lesi yang lebih lama dibandingkan perempuan.⁵ Selain itu, tingkat pendidikan yang lebih tinggi dikaitkan dengan penurunan risiko kejadian skabies.⁶ Kebiasaan berbagi pakaian dan tempat tidur serta kebersihan diri yang kurang juga menjadi faktor risiko penting dalam penularan penyakit ini.⁷

Di Indonesia, kejadian skabies menunjukkan variasi yang cukup luas. Sebuah penelitian pada pondok pesantren di Brebes, Jawa Tengah, melaporkan bahwa 32,2% santri mengalami skabies, dengan mayoritas penderita berusia 13–15 tahun.⁸ Selain itu, studi di pesantren wilayah Jakarta Timur menemukan prevalensi sebesar 51,6% pada santri.⁹ Sementara itu, penelitian di Manado menunjukkan bahwa 56% santri laki-laki terinfeksi skabies.¹⁰

Skabies banyak ditemukan pada lingkungan dengan kepadatan penduduk tinggi, seperti asrama, yang dapat meningkatkan risiko penularan melalui kontak erat.¹¹ Penatalaksanaan skabies meliputi penegakan diagnosis berdasarkan temuan klinis dan riwayat epidemiologis, pemberian terapi yang sesuai, serta edukasi mengenai penggunaan obat dan pencegahan penularan untuk mengurangi risiko reinfeksi. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan pendekatan diagnosis dan penatalaksanaan skabies pada remaja dengan riwayat kontak erat dan keluhan serupa pada orang di sekitarnya. Kasus ini dilaporkan untuk memberikan gambaran klinis mengenai penanganan skabies di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama serta menekankan pentingnya memperhatikan riwayat kontak dan edukasi pencegahan penularan dalam tata laksana pasien.

Kasus

An. DPH, laki-laki berusia 16 tahun, datang ke Puskesmas diantar oleh kakak sepupunya dengan keluhan utama berupa gatal pada kedua tangan dan kedua kaki sejak kurang lebih tiga minggu sebelum pemeriksaan. Sejak tiga minggu yang lalu, pasien mengalami rasa gatal yang hilang timbul terutama pada malam hari, tanpa disertai lesi kulit yang jelas. Sejak dua minggu yang lalu, mulai muncul bentol-bentol kecil berwarna kemerahan yang sebagian berisi nanah namun saat ini sudah kering. Lesi tersebut semakin bertambah banyak dan membesar setiap harinya. Gatal terutama dirasakan pada sela-sela jari tangan dan kaki, kemudian meluas ke bagian tubuh lainnya. Pasien mengaku baru pertama kali mengalami keluhan tersebut.

Pasien tinggal bersama nenek dan seorang adiknya. Adik pasien diketahui juga mengalami keluhan serupa 2 minggu setelah keluhan awal pasien dirasakan, namun belum melakukan pengobatan. Pasien saat ini bersekolah di kelas satu SMK dan memiliki seorang teman dekat yang juga mengalami keluhan serupa. Berdasarkan keterangan kakak sepupu pasien, pasien sering melakukan kontak langsung dengan teman-temannya dan memiliki kebiasaan bertukar pakaian, terutama saat bermain bersama.

Pasien mengaku belum memberikan terapi obat-obatan terhadap keluhan yang dialaminya. Adanya riwayat alergi, atopi, dan kontak dengan bahan alergen serta iritan maupun hewan disangkal oleh pasien. Di rumah, pasien tidur bersama adiknya di kasur yang sama sehingga risiko untuk terjadinya penularan penyakit lebih besar. Adanya riwayat aktivitas seksual disangkal oleh pasien.

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 100/71 mmHg, frekuensi nadi 81 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Berat badan pasien 46 kg dan tinggi badan 165 cm dengan IMT 16,9 kg/m². Berdasarkan penilaian status gizi menggunakan standar WHO 2007, didapatkan TB/U yaitu $\geq -2SD$ yang termasuk kategori normal, dan IMT/U yaitu $-2SD$ s/d $+1SD$ yang termasuk kategori gizi baik.

Pemeriksaan status generalis menunjukkan keadaan umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran kompos mentis, serta tanda-tanda vital dalam batas normal. Keseluruhan pemeriksaan general kepala, leher, thoraks dan abdomen dalam batas normal. Pemeriksaan ekstremitas menunjukkan akral hangat, CRT < 2 detik, dan tidak ada edema.



Gambar 1. Foto lesi

Pemeriksaan dermatologis pada seluruh permukaan tubuh menunjukkan lesi kulit pada area predileksi skabies. Pada regio interdigitalis manus bilateral, dorsum manus, volar carpalis, cruris bilateral, dorsum pedis, serta area axillaris, periumbilicalis, lumbalis, dan glutealis, ditemukan papul dan nodul eritematosa multipel, berbatas tegas, berukuran miliar hingga numular (2-15 mm) sebagian tersusun linear dengan distribusi regional simetris. Pada regio interdigitalis manus dan dorsum manus tampak makula eritematosa berbatas tegas disertai ekskoriiasi. Selain itu, terdapat juga erosi, ekskoriiasi linear, krusta tebal keputihan hingga kecokelatan, serta bercak hiperpigmentasi pasca-inflamasi dan

likifikasi di regio cruris akibat garukan kronis. Pada regio interdigitalis manus, ditemukan kanalikuli (*burrow*) linear tipis berwarna putih keabu-abuan sepanjang 2-4 mm samar akibat tertutup krusta dan ekskoriiasi. Pada regio genitalis (penis dan skrotum), kepala, wajah, mukosa, serta kuku secara umum dalam batas normal.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk mengonfirmasi diagnosis skabies tidak dilakukan karena keterbatasan fasilitas pemeriksaan di Puskesmas. Pemeriksaan kerokan kulit untuk mengidentifikasi tungau, telur, atau skibala, dermoskopi, dan tes tinta tidak dilakukan. Pemeriksaan KOH maupun pewarnaan Gram juga tidak dilakukan untuk mengevaluasi kemungkinan diagnosis banding. Dengan demikian, diagnosis ditegakkan berdasarkan integrasi temuan klinis dan riwayat epidemiologis tanpa konfirmasi pemeriksaan penunjang. Keterbatasan ini perlu dipertimbangkan dalam menilai tingkat kepastian diagnosis dan kemungkinan diagnosis banding.

Diagnosis dan Tatalaksana

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan skabies (ICD-10: B86; ICPC-2: S72). Diagnosis dipertimbangkan berdasarkan keluhan gatal yang memberat pada malam hari, terutama di sela-sela jari tangan dan kaki, serta riwayat kontak erat dengan teman dan anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa. Pemeriksaan dermatologis menunjukkan papul dan nodul eritematosa multipel berukuran 2–15 mm, sebagian tersusun linear, dengan distribusi simetris pada regio interdigitalis dan dorsum manus, volar carpalis, cruris bilateral, dorsum pedis, aksila, periumbilikal, lumbal, dan gluteal. Ditemukan pula kanalikuli (*burrow*) linear tipis pada regio interdigitalis manus, meskipun tampak samar akibat krusta dan ekskoriiasi. Berdasarkan temuan tersebut, diagnosis skabies dinilai sesuai dengan gambaran klinis dan epidemiologis. Menurut kriteria *International Alliance for the Control of Scabies* (IACS) 2020, kategori diagnosis pasien memenuhi kategori B, yaitu skabies klinis.

Tatalaksana medikamentosa pada pasien berupa krim permetrin 5% sebagai

terapi utama skabies dan cetirizine 10 mg sekali sehari untuk mengurangi keluhan pruritus. Krim permetrin 5% dianjurkan dioleskan secara merata pada kulit dari leher hingga ujung kaki, termasuk sela-sela jari tangan dan kaki, area di bawah kuku, lipatan kulit, regio periumbilikal, bokong, serta genitalia eksternal. Krim dibiarkan selama 8–12 jam, umumnya semalaman, kemudian dibilas. Penggunaan krim diulang pada hari ke-7 untuk meningkatkan keberhasilan terapi. Cetirizine 10 mg diberikan sekali sehari untuk meredakan pruritus, dengan durasi pemberian disesuaikan berdasarkan respons klinis dan toleransi pasien.

Tatalaksana nonmedikamentosa meliputi edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara penularan skabies, pentingnya menjaga kebersihan diri, serta menghindari penggunaan pakaian, handuk, dan barang pribadi secara bergantian. Pasien dan keluarga juga diedukasi mengenai pentingnya menghindari kontak kulit langsung yang berkepanjangan selama penanganan dan memastikan seluruh kontak erat mendapatkan evaluasi serta pengobatan secara bersamaan sesuai indikasi untuk mencegah penularan berulang. Anggota keluarga yang tinggal serumah, termasuk adik dan nenek pasien, serta teman dekat yang memiliki riwayat kontak erat perlu dievaluasi terhadap kemungkinan infeksi skabies. Selain itu, pakaian, handuk, dan sprei yang digunakan dalam tiga hari sebelum pengobatan dianjurkan untuk dicuci menggunakan air panas dengan suhu minimal 50–60°C dan dikeringkan menggunakan suhu panas. Barang yang tidak dapat dicuci dapat disimpan dalam kantong plastik tertutup selama sedikitnya 72 jam. Pasien dapat kembali beraktivitas di sekolah setelah menjalani pengobatan pertama sesuai regimen yang diberikan dan mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Keluarga juga dianjurkan untuk memantau munculnya keluhan serupa pada kontak erat serta melakukan pemeriksaan ulang apabila keluhan menetap atau timbul kembali.

Pembahasan

Skabies merupakan infeksi kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei var. hominis*.¹² Penyakit ini terutama ditandai oleh pruritus dan berbagai morfologi lesi kulit pada

lokasi predileksi tertentu.¹³ Penularan terutama terjadi melalui kontak kulit-ke-kulit yang erat dan berkepanjangan, sedangkan penularan melalui pakaian, linen, atau benda yang terkontaminasi dapat terjadi pada kondisi tertentu.¹⁴ Lingkungan dengan kepadatan tinggi dan interaksi sosial yang intens dapat meningkatkan risiko transmisi skabies.¹⁵

Pada kasus ini, pasien merupakan remaja laki-laki berusia 16 tahun dengan keluhan utama berupa gatal pada kedua tangan dan kaki sejak tiga minggu sebelum pemeriksaan. Keluhan terutama memberat pada malam hari dan paling dirasakan pada sela-sela jari tangan dan kaki. Pruritus nokturnal merupakan salah satu karakteristik klinis yang penting pada skabies.¹² Rasa gatal pada skabies terjadi akibat respons imun terhadap tungau, telur, dan produk ekskresi tungau.¹⁵ Pada infeksi pertama, manifestasi klinis dapat muncul beberapa minggu setelah pajanan karena diperlukan waktu untuk terbentuknya respons hipersensitivitas terhadap antigen tungau.¹⁵

Perjalanan penyakit pada pasien juga mendukung diagnosis skabies. Pada awalnya pasien hanya mengalami gatal yang hilang timbul tanpa lesi kulit yang jelas, kemudian berkembang menjadi bentol kemerahan yang semakin bertambah banyak dan membesar. Manifestasi klinis skabies dapat berupa papul eritematosa, vesikel, pustul, nodul, serta ekskoriiasi akibat garukan.¹² Morfologi lesi dapat bervariasi sesuai dengan usia, durasi infeksi, respons imun, serta adanya garukan berulang.¹⁵ Pada pasien ini, riwayat munculnya bentol yang sebagian berisi nanah dapat menggambarkan adanya lesi pustular atau kemungkinan infeksi bakteri sekunder yang perlu dipertimbangkan dalam evaluasi klinis.¹⁶

Temuan pada pemeriksaan status lokalis menunjukkan papul hingga nodul eritematosa multipel dengan batas tegas, berukuran miliar hingga numular, dan berdistribusi regional pada regio interdigitalis manus bilateral, dorsum manus, volar carpalis, cruris bilateral, dorsum pedis, serta area axillaris, periumbilicalis, lumbalis, dan glutealis. Tangan dan terutama sela-sela jari merupakan salah satu lokasi predileksi utama skabies.¹² Lokasi predileksi lainnya meliputi pergelangan tangan, siku, aksila, daerah periumbilikal, pinggang, bokong, dan genitalia.¹² Pada anak

dan remaja, distribusi lesi dapat lebih luas dibandingkan pada orang dewasa.¹³

Pada kasus ini terdapat adanya *burrow* atau terowongan skabies, yang terlihat samar akibat krusta dan ekskoriiasi. *Burrow* dapat sulit ditemukan karena ukurannya kecil dan dapat tertutupi oleh ekskoriiasi maupun perubahan inflamasi akibat garukan.¹² *Burrow* merupakan salah satu temuan yang paling spesifik untuk skabies dan dapat dicari menggunakan pemeriksaan klinis maupun dermoskopi. Pemeriksaan mikroskopis kerokan kulit juga dapat digunakan untuk menemukan tungau, telur, atau skibala sebagai konfirmasi diagnosis.¹⁷

Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan secara klinis berdasarkan kombinasi pruritus nokturnal, predileksi lesi pada sela-sela jari, gambaran lesi kulit, serta riwayat kontak erat dengan individu yang mengalami keluhan serupa. Pendekatan tersebut sesuai dengan prinsip diagnosis skabies yang mengintegrasikan karakteristik klinis dan epidemiologis pasien.¹² Riwayat epidemiologis semakin memperkuat diagnosis karena adik pasien dan seorang teman dekat diketahui mengalami keluhan yang serupa. Adanya keluhan serupa pada anggota keluarga atau kontak erat merupakan petunjuk penting pada pasien dengan kecurigaan skabies.¹⁴

Riwayat pasien yang sering melakukan kontak langsung dengan teman serta kebiasaan bertukar pakaian juga menjadi faktor yang relevan dalam kasus ini. Transmisi utama skabies terjadi melalui kontak kulit-ke-kulit yang erat dan berkepanjangan.¹⁴ Penularan melalui fomites seperti pakaian, handuk, atau linen dapat terjadi, meskipun peran transmisi tidak langsung lebih terbatas pada skabies klasik dibandingkan kontak langsung.¹⁴ Oleh karena itu, kebiasaan bertukar pakaian pada pasien perlu menjadi fokus edukasi untuk mengurangi risiko penularan kepada orang lain.

Selain itu, kepadatan hunian merupakan salah satu faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko penularan skabies. Kondisi hunian dengan jumlah penghuni yang relatif banyak dibandingkan luas tempat tinggal dapat meningkatkan frekuensi kontak kulit langsung dan penggunaan tempat tidur atau barang pribadi secara bersama-sama.^{19,26} Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya, Kota

Padang, menunjukkan adanya hubungan bermakna antara kepadatan hunian kamar dan kejadian skabies, dengan nilai $p = 0,002$ dan $OR = 4,5$.²⁷ Temuan tersebut menunjukkan bahwa kepadatan hunian perlu diperhatikan dalam upaya pencegahan penularan, terutama pada keluarga dengan beberapa anggota yang mengalami keluhan serupa.

Diagnosis banding skabies pada pasien dengan pruritus dan lesi papulonodular multipel meliputi impetigo/pioderma, dermatitis dishidrotik, urtikaria papular akibat gigitan serangga, dan skabies nodular. Impetigo atau pioderma perlu dipertimbangkan karena pasien menunjukkan erosi, ekskoriiasi, dan krusta tebal berwarna keputihan hingga kecokelatan yang dapat berkaitan dengan infeksi bakteri sekunder akibat garukan. Namun, distribusi lesi yang luas pada area predileksi skabies, disertai kanalikuli (*burrow*) pada regio interdigitalis manus, lebih mendukung skabies sebagai diagnosis utama.²⁰

Dermatitis dishidrotik (pompholyx) dapat menyebabkan pruritus intens pada telapak tangan, sisi jari, dan telapak kaki, terutama berupa vesikel kecil yang dalam. Diagnosis ini kurang mendukung karena pasien menunjukkan papul dan nodul eritematosa multipel pada berbagai regio tubuh, termasuk pergelangan tangan, aksila, periumbilikal, lumbal, dan gluteal, serta ditemukan kanalikuli yang mengarah pada infeksi skabies.^{20,21}

Urtikaria papular akibat gigitan serangga dapat memberikan gambaran papul multipel yang gatal, terkadang disertai ekskoriiasi dan krusta. Meskipun demikian, distribusi lesi pada area predileksi skabies, susunan sebagian lesi secara linear, keberadaan kanalikuli, serta riwayat keluhan serupa pada kontak erat lebih mendukung skabies. Skabies nodular juga perlu dipertimbangkan karena dapat menimbulkan nodul eritematosa yang sangat gatal, terutama pada area genital dan lipatan tubuh. Namun, pada pasien ini, lesi nodular ditemukan bersama papul multipel dan kanalikuli pada sela jari, sehingga lebih sesuai dengan skabies dengan manifestasi papulonodular daripada skabies nodular terisolasi. Secara keseluruhan, kombinasi distribusi lesi pada area predileksi, morfologi papul dan nodul, ditemukannya kanalikuli, serta keluhan serupa pada kontak erat memperkuat diagnosis skabies.^{20,22}

Infeksi bakteri sekunder merupakan salah satu komplikasi skabies yang perlu diperhatikan, terutama akibat kerusakan sawar kulit dan garukan berulang.¹⁶ Bakteri seperti *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes* dapat menyebabkan infeksi sekunder pada lesi skabies.¹⁶ Pada pasien ini tidak ditemukan tanda infeksi sistemik seperti demam dan tidak dilaporkan adanya tanda inflamasi berat sehingga terapi antibiotik sistemik tidak menjadi bagian dari tatalaksana yang diberikan.

Tujuan utama pengobatan skabies adalah eradikasi tungau, mengurangi gejala, mencegah komplikasi, serta memutus rantai penularan.¹² Pemilihan terapi perlu mempertimbangkan usia pasien, jenis skabies, luas lesi, kondisi imunologis, dan kemungkinan kepatuhan terhadap pengobatan.¹⁵ Pada kasus ini, pasien merupakan remaja dengan gambaran yang sesuai dengan skabies klasik tanpa tanda yang mengarah pada skabies krustosa sehingga terapi topikal merupakan pilihan yang sesuai.¹²

Pasien diberikan permetrin 5% sebagai terapi utama. Permetrin 5% merupakan salah satu terapi lini pertama untuk skabies dan memiliki efektivitas serta profil keamanan yang baik.¹² Permetrin bekerja dengan mengganggu fungsi kanal natrium pada sistem saraf tungau sehingga menyebabkan paralisis dan kematian tungau.¹⁸ Penggunaan permetrin juga dapat diterapkan pada kelompok usia anak dan remaja dengan profil keamanan yang baik.¹⁸

Pemilihan permetrin pada kasus ini sesuai dengan rekomendasi terapi skabies klasik. Permetrin 5% direkomendasikan sebagai salah satu terapi utama, sedangkan ivermectin oral dapat dipertimbangkan pada kondisi tertentu seperti kegagalan terapi topikal, keterbatasan penggunaan terapi topikal, atau skabies krustosa.¹² Dengan kondisi pasien yang masih tergolong skabies klasik dan tidak ditemukan faktor khusus yang mengharuskan terapi sistemik, penggunaan permetrin secara topikal merupakan pilihan yang rasional.

Keberhasilan terapi permetrin 5% sangat dipengaruhi oleh ketepatan cara aplikasi, cakupan area kulit, dan kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan. Permetrin dioleskan secara merata pada seluruh area kulit yang direkomendasikan, umumnya dari

leher hingga ujung kaki, termasuk sela-sela jari tangan dan kaki, bawah kuku, lipatan kulit, umbilikus, bokong, dan genitalia, kemudian dibiarkan selama 8–14 jam sebelum dibersihkan.^{23,25} Pedoman European Guideline for the Management of Scabies dan rekomendasi Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI) menganjurkan pengulangan aplikasi setelah sekitar satu minggu, sedangkan CDC menyebutkan bahwa aplikasi kedua dengan interval sekitar satu minggu dapat diperlukan untuk mengeradikasi tungau yang masih bertahan setelah aplikasi pertama.^{23,24,25} Pada kasus ini, pasien melaporkan telah mengulangi penggunaan krim permetrin 5% pada hari ketujuh dan menunjukkan perbaikan klinis saat kontrol hari ke-14, berupa lesi yang mengering dan menghilangnya keluhan pruritus. Penatalaksanaan juga perlu mencakup pengobatan secara bersamaan terhadap anggota rumah tangga dan kontak erat yang berisiko, meskipun tidak bergejala, untuk mengurangi risiko reinfeksi.^{23,25}

Pasien juga diberikan cetirizine 10 mg sekali sehari sebagai terapi simptomatik untuk mengurangi pruritus. Antihistamin dapat digunakan sebagai terapi tambahan untuk membantu mengontrol keluhan gatal dan meningkatkan kenyamanan pasien.¹⁵

Aspek penting lainnya pada kasus ini adalah penatalaksanaan kontak erat. Pasien tinggal bersama nenek dan adiknya, dengan riwayat keluhan serupa pada adik. Selain itu, pasien memiliki teman dekat dengan keluhan yang sama. Pengobatan hanya terhadap pasien yang bergejala dapat menyebabkan terjadinya reinfeksi apabila kontak erat yang terinfeksi tidak mendapatkan terapi.¹⁴ Oleh karena itu, anggota keluarga dan kontak erat perlu diidentifikasi, diperiksa, dan diberikan terapi yang sama seperti pasien untuk menghindari penularan berulang.¹⁴

Pengendalian lingkungan juga menjadi bagian dari upaya mencegah reinfeksi. Pakaian, handuk, spre, dan linen yang digunakan pasien perlu dicuci dan dikeringkan secara adekuat.¹⁴ Barang yang tidak dapat dicuci dapat dipisahkan atau ditangani dengan cara yang sesuai untuk mengurangi kemungkinan keberlangsungan tungau di lingkungan.¹ Meskipun transmisi melalui fomites lebih terbatas pada skabies klasik, pengelolaan

barang pribadi tetap penting terutama pada pasien dengan kontak erat dan kebiasaan berbagi pakaian seperti pada kasus ini.¹⁴

Edukasi kepada pasien dan keluarga menjadi sangat penting karena ditemukan kesenjangan pengetahuan mengenai penyakit. Orang tua pasien menganggap keluhan sebagai gatal biasa, sedangkan pasien belum memahami mekanisme penularan maupun pentingnya terapi terhadap kontak. Pengetahuan mengenai penyakit dan kepatuhan terhadap pengobatan merupakan komponen penting dalam keberhasilan pengendalian skabies, terutama pada lingkungan dengan penularan yang terus berlangsung.¹⁴

Pada kasus ini, edukasi diberikan mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan barang pribadi serta menghindari kebiasaan bertukar pakaian. Edukasi juga perlu mencakup cara penularan skabies, cara penggunaan obat yang benar, pentingnya menangani kontak erat, serta upaya mencegah reinfeksi. Intervensi tersebut diperlukan karena pengobatan skabies tidak hanya bertujuan mengeradikasi tungau pada individu, tetapi juga mengurangi risiko transmisi di lingkungan sekitar.¹⁴

Puskesmas memiliki peran penting dalam deteksi dini, penegakan diagnosis klinis, pemberian terapi, edukasi kesehatan, serta pemantauan kemungkinan penularan berulang pada tingkat keluarga dan masyarakat. Upaya tersebut dapat diperkuat melalui komunikasi dan kerja sama dengan pihak sekolah, khususnya apabila pasien merupakan anak usia sekolah atau terdapat dugaan beberapa kasus dengan keluhan serupa. Sekolah dapat berperan dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada orang tua, mendorong pemeriksaan bagi siswa yang mengalami gatal dan ruam kulit yang mencurigakan, serta mengurangi kebiasaan berbagi pakaian, handuk, dan perlengkapan pribadi.²⁸ Pendekatan kolaboratif antara fasilitas pelayanan kesehatan, keluarga, dan sekolah diharapkan dapat meningkatkan penemuan kasus, kepatuhan terhadap pengobatan, serta mencegah penularan berkelanjutan.

Laporan kasus ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, diagnosis skabies ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis. Pemeriksaan penunjang,

seperti kerokan kulit untuk identifikasi tungau, telur, atau skibala melalui mikroskopi, maupun dermoskopi, tidak dilakukan karena keterbatasan fasilitas pemeriksaan yang tersedia. Dengan demikian, diagnosis dalam laporan ini bersifat klinis dan tidak dikonfirmasi melalui identifikasi parasit secara langsung.²⁰ Kedua, anggota keluarga dan kontak erat pasien yang mengalami keluhan serupa tidak menjalani pemeriksaan klinis secara langsung oleh tenaga kesehatan. Mereka dianjurkan menggunakan krim permetrin 5% dengan ketentuan pemakaian yang sama seperti pasien untuk mengurangi kemungkinan penularan berulang. Oleh karena tidak dilakukan pemeriksaan langsung, diagnosis skabies pada kontak tersebut tidak dapat dipastikan.

Simpulan

Skabies pada remaja dapat dikenali melalui integrasi anamnesis, pemeriksaan dermatologis menyeluruh, dan riwayat epidemiologis. Pada kasus ini, pruritus nokturnal, lesi papulonodular pada area predileksi, ditemukannya kanalikuli (burrow) pada sela jari tangan, serta riwayat keluhan serupa pada kontak erat mendukung diagnosis skabies klinis. Kasus ini menekankan pentingnya pemeriksaan kulit secara menyeluruh, penanganan serentak terhadap kontak erat yang berisiko, serta edukasi mengenai penggunaan obat, pencegahan penularan, dan pengelolaan barang pribadi untuk mengurangi risiko reinfeksi. Namun, interpretasi temuan perlu mempertimbangkan keterbatasan laporan, yaitu tidak dilakukannya pemeriksaan penunjang untuk mengonfirmasi diagnosis serta tidak adanya pemeriksaan langsung terhadap anggota keluarga dan kontak erat yang mengalami keluhan serupa. Oleh karena itu, diagnosis pada kontak tersebut tidak dapat dipastikan dan keberhasilan penanganan secara keseluruhan belum dapat dinilai secara objektif.

Daftar Pustaka

1. Mitchell E, Wallace M, Marshall J, Whitfeld M, Romani L. Scabies: current knowledge and future directions. *Front Trop Dis.* 2024;5:103389.
2. World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable

- Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Ferhatosmanoglu A, Baykal Selcuk L, Arica IE. Risk factors and lesion patterns in treatment-resistant scabies: impact of sex, age, and comorbidities. *Acta Parasitol.* 2025;70(3):116.
4. Delie AM, Bogale EK, Anagaw TF, Tiruneh MG, Fenta ET, Adal O. Global prevalence and predictors of scabies among prisoners: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1894.
5. Trasia RF. Scabies in Indonesia: epidemiology and prevention. *IPHJ.* 2020;1(2):30-8.
6. Tavoletti G, Avallone G, Sechi A, Cinotti E, Veraldi S, Micali G. Scabies: an updated review from epidemiology to current controversies and future perspectives. *Travel Med Infect Dis.* 2025;67:102878.
7. Li J, Liu Z, Xia X. The disability-adjusted life years (DALYs), prevalence and incidence of scabies, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(12). doi:10.1371/journal.pntd.0012775.
8. Hernanda MF, Kesetyaningsih TW. Hubungan pengetahuan dan perilaku dengan kejadian skabies di Pondok Pesantren X di Brebes, Jawa Tengah. *Health Med Sci.* 2024;1(3):1-12.
9. Ratnasari AF, Sungkar S. Prevalensi skabies dan faktor-faktor yang berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. *eJKI.* 2014;2(1):7-12.
10. Fikri M, Wahongan G, Bernaus J. Prevalensi skabies pada santri laki-laki Pondok Pesantren Darul Istiqamah Manado tahun 2023. *J Kedokt Komunitas Trop.* 2024;12(1):557-62.
11. Azdajic MD, Beslic I, Gasic A, Ferara N, Pedic L, Lugovic-Mihic L. Increased scabies incidence at the beginning of the 21st century: what do reports from Europe and the world show? *Life (Basel).* 2022;12(10):1598.
12. Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülâyim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. *Int J Dermatol.* 2024;63(12):1642-56. doi:10.1111/ijd.17327.
13. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):533-48. doi:10.1016/j.jaad.2019.05.109.
14. Engelman D, Cantey PT, Marks M, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet.* 2019;394(10192):81-92. doi:10.1016/S0140-6736(19)31136-5.
15. Iyengar L, Chong AH, Steer AC. Scabies: a clinical update. *Med J Aust.* 2024;221(10):558-63. doi:10.5694/mja2.52505.
16. Thompson MJ, Engelman D, Gholam K, Fuller LC, Steer AC. Systematic review of the diagnosis of scabies in therapeutic trials. *Clin Exp Dermatol.* 2017;42(5):481-7. doi:10.1111/ced.13152.
17. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118(41):695-704. doi:10.3238/arztebl.m2021.0296.
18. Widaty S, Miranda E, Cornain EF, Rizky LA. Scabies: update on treatment and efforts for prevention and control in highly endemic settings. *J Infect Dev Ctries.* 2022;16(2):244-51. doi:10.3855/jidc.15222.
19. May PJ, Tong SYC, Steer AC, Currie BJ, Andrews RM, Carapetis JR, et al. Treatment, prevention and public health management of impetigo, scabies, crusted scabies and fungal skin infections in endemic populations: a systematic review. *Trop Med Int Health.* 2019;24(3):280-93. doi:10.1111/tmi.13198.
20. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol.* 2020;183(5):808-20. doi:10.1111/bjd.18943.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of scabies [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 Jan 12 [cited 2026 Oct 12]. Available from:

- <https://www.cdc.gov/scabies/signs-symptoms/>
22. DermNet New Zealand. Scabies: diagnosis and treatment with images [Internet]. Auckland: DermNet New Zealand Trust [cited 2026 Oct 12]. Available from: <https://dermnetnz.org/topics/scabies>
 23. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical care of scabies [Internet]. Atlanta: CDC; 2023 Dec 18 [cited 2026 Oct 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html>
 24. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(8):1248-53. doi:10.1111/jdv.14351.
 25. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Panduan praktik klinis bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta: PERDOSKI; 2017.
 26. Centers for Disease Control and Prevention. How scabies spreads [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 Feb 23 [cited 2026 Oct 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/scabies/causes/>
 27. M S, Gustia R, Anas E. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian skabies di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2015. *J Kesehat Andalas*. 2018;7(1):51-8. doi:10.25077/jka.v7i1.779.
 28. World Health Organization. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571768/>