

LAPORAN KASUS

SKABIES



Oleh:

dr. Elmo A. Hidayat

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

**PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
PERIODE AGUSTUS 2023 – AGUSTUS 2024
PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH
2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Kasus

Skabies

Disusun oleh:

dr. Elmo A. Hidayat

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, 20 Desember 2023

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Kasus

Skabies

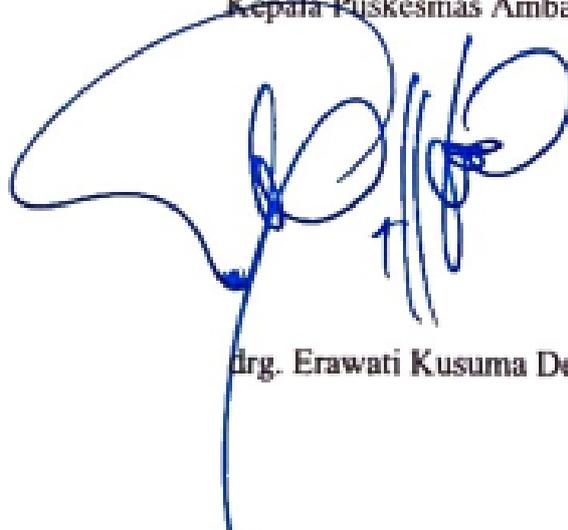
Disusun oleh:
dr. Elmo A. Hidayat

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, 20 Desember 2023

Kepala Puskesmas Ambal II

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long vertical line extending downwards.

drg. Erawati Kusuma Dewi

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan kasus yang berjudul Skabies dengan Infeksi Sekunder. Laporan kasus ini disusun dalam rangka memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia. Dalam menyusun laporan kasus ini, penulis, telah mendapatkan banyak bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat waktu. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih dan apresiasi kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kemampuan, serta kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan laporan kasus ini.
2. drg. Erawati Kusuma Dewi selaku kepala Puskesmas Ambal II yang telah banyak memberikan bimbingan, semangat, motivasi, serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
3. dr. Tyas Ratna Pangestika selaku pembimbing dan orang tua kami di Puskesmas Ambal II yang telah banyak memberikan bimbingan, semangat, motivasi, serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
4. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II atas kerjasama dan bantuannya selama kegiatan internsip berjalan.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan laporan kasus ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi penyempurnaan laporan kasus ini. Penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Kebumen, 16 Desember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	v
BAB I LAPORAN KASUS	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
BAB III PEMBAHASAN	6
BAB IV KESIMPULAN	16
DAFTAR PUSTAKA	17

BAB I

LAPORAN KASUS

A. Identitas Pasien

Nama : An. DA
Usia : 17 tahun
Alamat : Pagedangan, Kebumen
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status : Belum Menikah
Pekerjaan : Pelajar
Tanggal periksa : 23 September 2023
No. RM : 05-0032-03.0,

B. Anamnesis

Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis pada tanggal 23 September 2023 di Poli Umum Puskesmas Ambal II.

1. Keluhan Utama

Gatal di pantat sejak 1 minggu yang lalu

2. Keluhan Tambahan

Muncul lenting sudah pecah disekitar pantat dan sela-sela jari tangan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Puskesmas Ambal II pada tanggal 23 September 2023 dengan keluhan gatal di pantat sejak 1 minggu lalu. Gatal dirasakan dirasakan terus-menerus dan mengganggu aktivitas pasien. Gatal memberat terutama di malam hari dan membaik saat diberi antiseptik. Terdapat lenting di pantat dan sela-sela jari yang telah pecah 3 hari terakhir. Gatal di tangan sudah mulai membaik namun gatal tak tertahan saat malam hari Pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak ada riwayat kontak dengan bahan kimia.

Pasien pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya, kurang lebih 6 bulan lalu saat pulang dari pondok namun sudah sembuh. Awalnya keluhan muncul saat pasien di pesantren, kemudian pasien dijemput oleh orang tuanya karena keluhan tersebut sudah kurang lebih 1 minggu pasien dirumah keluhan diikuti oleh adiknya. Ibu pasien juga

mengalami hal serupa namun sudah pernah diobati 3 bulan lalu, sampai saat ini lenting pada pantat masih ada namun gatal tidak mengganggu. Pasien mengaku teman beda kamar di pesantren ada yang mengeluhkan hal serupa, pasien sering bergantian pakaian dan handuk di pesantren. Pakaian pasien dicuci pasien sendiri 2-3 hari setelah dipakai, mandi 1-2x sehari dengan sabun, namun pasien jarang mencuci tangan serta kaki sebelum dan setelah berkegiatan di luar rumah. Pasien mengaku mengganti sprei saat sudah terlihat kotor, menggunakan kasur dan bantal kapuk tetapi jarang menjemur keduanya. Saat di rumah pasien dan adiknya sering kali berbagi kasur dan tidur bersama.

4. Riwayat Penyakit Dahulu dan Pengobatan

Riwayat sakit serupa : Pernah saat kaka pertama pulang dari pesantren 6 bulan lalu

Riwayat tekanan darah tinggi : disangkal

Riwayat diabetes mellitus : disangkal

Riwayat penyakit jantung : disangkal

Riwayat alergi : disangkal

Riwayat monok dan operasi : disangkal

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat sakit serupa : diakui, Ibu, Kaka, dan Adik pasien memiliki keluhan serupa

Riwayat tekanan darah tinggi : disangkal

Riwayat diabetes mellitus : disangkal

Riwayat penyakit jantung : disangkal

Riwayat alergi : disangkal

Riwayat monok dan operasi : disangkal

6. Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien tinggal bersama Ayah, Ibu, dan ketiga adiknya, sementara kedua kakak pasien telah berkeluarga dan tinggal bersebelahan dengan rumah pasien. Teman-teman pasien memiliki kebiasaan yang kurang baik dimana mereka sering bergantian menggunakan handuk, dan bertukar pakaian ataupun sarung. Mereka mencuci pakaian sendiri 2-3 hari sekali. Mereka tidur di pesantren dengan 1 kamar berisi 6 orang dengan

kasur busa di tempat tidur bertingkat dari kayu. Mereka sangat jarang menjemur kasur. Mereka mengganti sprei 1-2 minggu sekali.

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Tampak sakit ringan, compos mentis
2. BB : 48 kg
TB : 150 cm
IMT : 21,8 kg/m² (normal)
3. Tekanan Darah : 100/76 mmHg
Nadi : 77 kali/menit regular
Suhu : 36.7°C
RR : 20 kali/menit
4. Status Generalis
 - a. Pemeriksaan Kepala
Bentuk : Bentuk simetris, mesosefal
Mata : Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), reflex cahaya (+/+), pupil bulat isokor 3 mm/3 mm
Telinga : Deformitas (-/-), discharge (-/-), serumen (-/-), inflamasi (-/-)
Hidung : Deformitas (-), discharge (-/-), napas cuping hidung (-/-)
Mulut : Bibir sianosis (-), mukosa mulut basah, lidah tidak kotor
Leher : Deviasi trakea (-), tidak teraba pembesaran KGB
 - b. Pemeriksaan Dada
Bentuk simetris, deformitas (-/-)
Paru
Inspeksi : Gerakan dada simetris, tidak ada yang tertinggal, retraksi sternocleidomastoid (-), retraksi suprasternal (-), retraksi interkostal (-)
Palpasi : Vocal fremitus kanan = kiri
Perkusi : Sonor pada kedua lapang paru
Auskultasi : Suara napas vesikuler (+/+), ronkhi kasar (-/-), wheezing (+/+)
Jantung
Inspeksi : Tidak tampak pulsasi ictus cordis
Palpasi : Iktus cordis tidak teraba
Perkusi : Batas jantung dbn
Auskultasi : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)

c. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi : datar, distensi (-), jejas (-)

Auskultasi : Bising usus (+) normal

Palpasi : Supel, hepar dan lien tidak teraba, nyeri tekan (-)

Perkusi : Timpani di seluruh regio abdomen

d. Pemeriksaan Ekstremitas

	Ekstremitas superior		Ekstremitas inferior	
	Dextra	Sinistra	Dextra	Sinistra
Edema	-	-	-	-
Sianosis	-	-	-	-
Akral hangat	+	+	+	+
CRT	<2 detik	<2 detik	<2 detik	<2 detik

e. Pemeriksaan mukosa/subkutan menyeluruh : pucat (-), sianosis (-), edema (-), turgor cukup

f. Status Lokalis



Nodul hingga pustule multipel di atas kulit dengan batas tegas pada regio gluteal hingga perianal distribusi lokalisata

Papul multipel di atas kulit eritematosa dengan batas tegas dan kanalikuli pada regio interdigitalis msnus dextra et sinistra

D. Usul Pemeriksaan Penunjang

Saat di Poliklinik tidak dilakukan pemeriksaan. Usulan pemeriksaan penunjang: *Burrow Ink Test, Skin scrapping, skin prick test.*

E. Diagnosis Kerja

Scabies

F. Diagnosis Banding

Creeping Eruption

Dermatitis Kontak Alergi

G. Tatalaksana

Tatalaksana Farmakologi

R/ Permetrin 5% (scabimite) Salp No I

S u e

R/ CTM 4 mg tab No X

S 3 dd 1 tab

Tatalaksana Non Farmakologi (Konseling & Edukasi)

1. Kompres luka dengan air hangat untuk mengurangi rasa gatal

H. Prognosis

Ad vitam : dubia ad bonam

Ad sanationam : dubia ad bonam

Ad functionam : dubia ad bonam

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Skabies atau gudik atau *the itch* adalah penyakit kulit menular yang disebabkan oleh infestasi dan sesitisasi terhadap tungau ektoparasit dan produknya, yakni *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Tungau tersebut pada tubuh membentuk terowong di kulit serta bermanifestasi gatal (PERDOSKI, 2017; Boediardja & Handoko, 2017). Secara harafiah, skabies berarti gatal pada kulit sehingga memunculkan aktivitas menggaruk pada kulit yang gatal tersebut. Saat ini skabies diketahui sebagai lesi kulit yang gatal yang muncul oleh aktivitas tungau (Setyaningrum, 2013).

Skabies masuk dalam daftar penyakit dengan tingkat kompetensi 4 sehinggasebagai dokter umum diharapkan mampu menyusun diagnosa klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

B. Epidemiologi

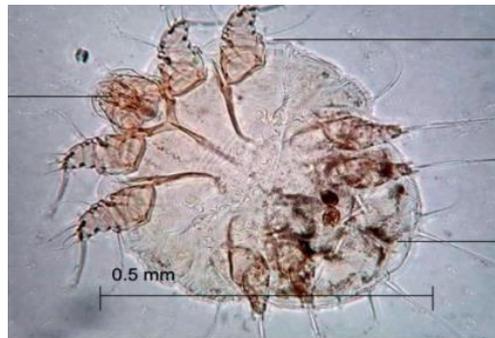
Penularan penyakit ini terjadi secara kontak langsung. Penyakit ini tersebar hampir diseluruh dunia terutama pada daerah tropis dan penyakit ini endemis di beberapa negara berkembang. Di beberapa wilayah lebih dari 50% anak-anak terinfestasi *Sarcoptes scabiei*. Scabies masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia. Prevalensi penyakit scabies di Indonesia adalah sekitar 6-27% dari populasi umum dan cenderung lebih tinggi pada anak-anak dan remaja. Menurut Kemenkes RI berdasarkan data dari Puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008 prevalensi skabies mencapai 5,6 – 12,95 % dan menempati urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering. Jumlah penderita skabies di Indonesia pada tahun 2011 sebanyak 2.9% dari keseluruhan penduduk, lalu meningkat pada tahun 2012 menjadi 3.6%. Pada tahun 2013, prevalensi scabies sebanyak 3.9% (Sungkar,1997 cit Ma'rufi, 2005). Beberapa faktor yang berperan dalam penyebaran scabies adalah : kondisi pemukiman yang padat, hygiene perorangan yang jelek, social ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan yang kurang baik, serta perilaku yang tidak mendukung kesehatan (Ma'rufi, 2005). Pada daerah yang berhawa dingin dan hygiene sanitasi yang kurang bagus banyak ditemukan kasus scabies

Studi epidemiologi memperlihatkan bahwa prevalensi scabies cenderung tinggi pada anak-anak serta remaja dan tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin serta ras. Skabies paling banyak terjadi pada kondisi lingkungan yang ditinggali oleh banyak orang, dengan higienitas buruk, status gizi buruk, atau tunawisma. Lingkungan yang padat penduduk dan kebiasaan bertukar pakaian atau handuk dapat mempercepat dan memperluas penyebaran (Beggs, 2005; Ismihayati, 2010).

C. Etiologi

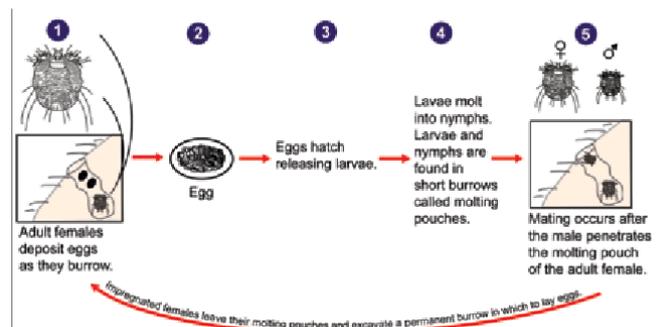
Skabies disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Tungau ini masuk ke dalam filum *Arthropoda*, kelas *Arachnida*, ordo *Acarina*, dan famili *Sarcoptidae*. *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis* dikenal sebagai tungau yang menyerang lewat kontak dengan manusia, berbeda dengan *Sarcoptes scabiei* varian animalis yang menyerang hewan seperti monyet, kambing, anjing, kucing dan kelinci (Djuanda *et al.*, 2009).

Sarcoptes scabiei var. *Hominis* jantan berukuran 200-240 mikron x 150-200 mikron, lebih kecil dibandingkan *Sarcoptes scabiei* betina yang berukuran 330-450 mikron x 250-350 mikron. Tungau ini berwarna putih, translusen, tidak bermata, berbentuk oval dengan punggung yang cembung dan bagian perut yang rata. Bentuk dewasa dari tungau ini memiliki empat pasang kaki, dua pasang di depan memiliki cakar disertai alat pengisap yang berfungsi sebagai pelek. Alat pengisap ini membantu tungau untuk berpegangan saat berjalan. Dua pasang kaki di belakang pada betina berakhir dengan rambut, sedang pada jantan pasangan kaki ketiga berakhir dengan rambut dan kaki keempat berakhir dengan alat perekat. Bagian dorsal *Sarcoptes scabiei* tertutup oleh garis transversal dan sisik sisik segitiga. Anus berada di dekat dorsal (Banzhaf *et al.*, 2013).



Gambar 1. Morfologi *Sarcoptes scabiei* (Beggs, 2005)

Tungau skabies dapat hidup pada lingkungan yang lembab dan pada suhu kamar (21°C dengan kelembapan relatif 40-80%). Tungau masih dapat hidup di luar tubuh hospes selama 24-36 jam (Beggs, 2005).



Gambar 2. Siklus Hidup *Sarcoptes scabiei* (Beggs, 2005).

Terjadi kopulasi antara tungau *Sarcoptes scabiei* jantan dan betina. Tungau jantan biasanya mati setelah kopulasi. Tungau betina yang sudah dibuahi akan menggali terowongan pada epidermis kulit dan menghabiskan sisa hidupnya selama satu hingga dua bulan untuk bertelur. Kanalikuli terbentuk sepanjang 2-3 mm dan bertelur 2-3 telur per hari. Telur berbentuk oval, memiliki ujung yang membulat dan terdiri dari dua lapisan yaitu lapisan dalam yang tembus pandang dan lapisan luar. Telur akan menetas setelah 3-4 hari dan menjadi larva yang mempunyai 3 pasang kaki. Setelah itu larva akan berubah menjadi nimfa yang memiliki empat pasang kaki dalam 3-4 hari. Nimfa terlihat seperti tungau dewasa, hanya saja ukurannya lebih kecil. Waktu yang diperlukan *Sarcoptes scabiei* dari telur hingga menjadi tungau dewasa sekitar 8-12 hari (CDC, 2010).

D. Patomekanisme

Sarcoptes scabiei yang merupakan parasit obligat melengkapi seluruh siklus hidupnya pada tubuh manusia yakni di kulit manusia. Tungau akan merusak lapisan epidermis kulit secara mekanis sehingga dapat menerobos masuk ke dalam tubuh manusia. Tungau hanya menggali pada lapisan epidermis kulit sepanjang *stratum corneum* hingga *stratum granulosum* namun tidak akan menggali hingga menembus dermis. Tungau akan menggali dengan mulutnya kemudian memakan kulit, cairan dan jaringan yang keluar saat proses penggalian. Tungau akan mengeluarkan zat yang dapat menghambat aktivasi dari respon imun *innate* pada manusia sehingga memungkinkan tungau melanjutkan siklus hidupnya tanpa dikenali oleh sistem imun (Bergstrom, 2009; Swe, 2014).

Penyakit skabies memiliki onset gejala dari infeksi primer tertunda yakni 4-6 minggu, sehingga rasa gatal timbul 1 bulan setelah infestasi primer serta adanya infestasi kedua sebagai manifestasi respon imun terhadap tungau maupun sekret yang dihasilkan terowongan di bawah kulit. (Hicks dan Elston, 2009; Swe, 2014).

Kegiatan tungau skabies dalam menggali lubang secara mekanis di kulit manusia dapat menyebabkan rasa gatal dan inflamasi pada penderita. Hasil metabolisme tungau merupakan alergen yang dapat menyebabkan reaksi hipersensitivitas sehingga menyebabkan rasa gatal yang parah, kerontokan rambut dan pembentukan eksudat kering. Rasa gatal akan membuat penderita menggaruk tempat lesi dan menimbulkan erosi serta ekskoriasi (Wall, 2012).

Hick dan Elston (2009) menyatakan bahwa tungau skabies dapat memicu reaksi hipersensitivitas tipe I dan tipe IV. Pada reaksi tipe I, hasil metabolisme tungau yang masuk ke dalam tubuh menimbulkan respon imun berupa peningkatan produksi IgE (Imunoglobulin E). Di epidermis antigen tungau bertemu dengan IgE pada sel mast. Hal ini mengakibatkan degranulasi sel mast yang berakibat sel mast mengeluarkan mediator-mediator inflamasi seperti histamin.

Pada reaksi hipersensitif tipe IV, gejala baru akan timbul sekitar 4 – 6 minggu setelah proses sensitisasi tungau terhadap tubuh. Reaksi ini akan menimbulkan papul-papul dan nodul inflamasi serta peningkatan jumlah sel limfosit T pada infiltrat kutaneus (Burns, 2010). Kelainan yang menyerupai dermatitis ini dapat terjadi lebih luas dari lokasi tungau dengan efloresensi yang dapat berupa papul, vesikel, nodul, dan urtika (Handoko, 2010).

E. Cara Penularan

Penularan scabies dapat melalui kontak langsung ataupun tidak langsung. Kontak langsung misalnya berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual sedangkan secara tidak langsung seperti saat tungau berpindah melalui objek pakaian, selimut, handuk dan seprai. Jumlah rata-rata tungau pada awal infestasi adalah sekitar lima sampai sepuluh ekor. Penyakit ini sangat berkaitan dengan kebersihan perseorangan dan lingkungan, terutama jika berada di wilayah yang padat penghuni (Handoko, 2010).

F. Gambaran Klinis

Terdapat 4 tanda kardinal pada penyakit scabies (Handoko, 2010):

1. Pruritus nokturnal

Penderita biasanya akan mengeluhkan bahwa gatal terasa memberat hingga malam hari. Hal ini disebabkan aktivitas tungau lebih tinggi pada keadaan yang lembab.

2. Kelompok orang

Penyakit ini sering menyerang orang yang tinggal di rumah yang sama atau berada di daerah dengan kepadatan penduduk yang tinggi.

3. Terowongan / kanalikuli

Tempat predileksi ditemukannya terowongan *Sarcoptes scabiei* di lapisan kulit yang tipis dan lipatan seperti sela jari tangan, pergelangan tangan, siku bagian dalam, pinggang, punggung, dan lipatan paha. Terowongan pada tempat predileksi akan berbentuk garis lurus atau berkelok ke bawah dengan panjang sekitar 1 cm dari ujung terowongan berbentuk papul.

4. Ditemukannya tungau

Tungau dapat ditemukan di dalam terowongan dengan menggunakan metode pemeriksaan kerokan kulit.

Manifestasi klinis dengan infestasi primer dari skabies muncul 4 – 6 minggu setelah infeksi. Akan tetapi dalam kasus re-infeksi, reaksi seperti gatal bisa muncul lebih cepat yakni 24 – 48 jam setelah infeksi. Tanda dan gejala dari infestasi skabies serupa dengan keadaan kulit lainnya seperti gigitan serangga, dermatitis kontak, reaksi alergi seperti papular urtikaria dan infeksi kulit yang antara lain folikulitis, impetigo, dan tinea sehingga cukup menyulitkan dalam penegakan diagnosis. Selain itu, gatal yang hebat akan menimbulkan aktivitas menggaruk yang hebat pula pada pasien sehingga aktivitas menggaruk inilah yang memicu lesi maupun infeksi sekunder (Walton, 2007). Erupsi dari skabies disebabkan karena infestasi dari tungau. Masa inkubasi sebelum tersa gejala muncul sekitar 3 – 6 minggu. Hal ini dapat dipercepat hanya 2 – 4 pada kasus infestasi berulang (Arlan, 2016).

G. Penegakan Diagnosis

Hingga saat ini belum ditemukan metode penegakan diagnosis yang benar-benar akurat dalam menegakan diagnosis skabies. Diagnosis skabies saat ini lebih sering ditegakkan menggunakan diagnosis presumtif yang didasarkan pada anamnesis dan distribusi papul atau lesi inflamasi lain di tubuh penderita. Dapat pula dilakukan pemeriksaan fisik tambahan berupa *Burrow Ink Test* dengan cara meneteskan tinta pada daerah lesi, mendiampkannya kemudian dihapus menggunakan alkohol. Hasil tes dinyatakan positif jika terlihat garis berwarna akibat masuknya tinta ke dalam terowongan (Mika, 2012).

Walaupun diagnosis presumtif yakni anamnesis dan pemeriksaan morfologi serta distribusi lesi bisa menjadi petunjuk diagnosis, namun diagnosis definitif infeksi skabies terletak pada penemuan tungau dewasa, telur, maupun feses tungau melalui pemeriksaan penunjang kerokan kulit atau biopsi. Tungau dapat ditemukan pada terowongan di kulit (Mika, 2012).

H. Diagnosis Banding

Prurigo simpleks atau prurigo papul tampak dalam berbagai macam tingkat perkembangan dan ditemukan paling sering pada orang dengan usia dewasa. Tempat yang sering terkena adalah badan dan bagian ekstensor ekstremitas. Wajah dan bagian kepala yang berambut juga dapat terkena. Lesi biasanya muncul dalam kelompok-kelompok, sehingga papul-papul, vesikel-vesikel dan jaringan parut sbagai tingkat perkembangan terakhir dapat terlihat pada saat yang bersamaan (Wiyardi, 2007). Kategori prurigo termasuk juga dermatitis alergi atau kontak yang tidak jelas penyebabnya.

Creeping eruption merupakan kelainan kulit khas berupa kanalikuli berkelok-kelok dan progresif akibat larva cacing tambang. Penyakit ini dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa akibat higienitas yang kurang baik. Lokalisasi lesi terutama punggung tangan, kaki, anus, bokong, paha dan telapak kaki. Terdapat papul dan vesikel disertai dengan kanalikuli, *Creeping eruption* dapat diobati dengan obat cacing seperti albendazol dan pemberian antihistamin untuk mengurangi rasa gatal (Siregar, 2004).

I. Penatalaksanaan

Tata laksana skabies ini bisa dimulai dengan memberikan edukasi mengenai penatalaksanaan secara umum kepada penderita skabies. Edukasi yang dapat diberikan antara lain (Karthikeyan, 2015):

1. Pengobatan skabisid topikal yang diberikan dioleskan ke kulit sebaiknya dilakukan pada malam hari sebelum tidur.
2. Mandi teratur dengan air hangat dan keringkan badan setelahnya.
3. Hindari menyentuh mulut dan mata dengan tangan
4. Ganti secara teratur pakaian, handuk, spre, dan selimut yang digunakan, selalu cuci dengan teratur dan bila perlu rendam dengan air panas. Tungau akan mati pada suhu $\geq 130^{\circ}$.
5. Menjemur pakaian, handuk, spre, selimut serta kasur yang dipakai tidur di bawah sinar matahari.
6. Hindari penggunaan pakaian, handuk, spre bersama anggota keluarga serumah.
7. Setiap anggota keluarga serumah sebaiknya mendapatkan pengobatan yang sama dan ikut menjaga kebersihan.

Pengobatan skabies baik oral maupun topikal disyaratkan harus efektif terhadap telur, tungau dewasa dan produknya, mudah dipakai, non-toksik dengan efek samping rendah, tidak mengiritasi, aman untuk semua usia dan terjangkau biayanya (Hicks dan Elston, 2009).

Penggunaannya untuk orang dewasa skabisid topikal harus dioleskan ke seluruh tubuh kecuali wajah dan kulit kepala. Pada pasien anak dan skabies berkrusta, area wajah dan kulit kepala juga harus dioleskan skabisid topikal. Untuk untuk menghilangkan ruam dan gatal yang tidak membaik pada pasien setelah pemberian terapi skabisid yang lengkap dapat diberikan steroid topikal, anti histamin, maupun steroid sistemik jangka pendek (Handoko, 2010).

Pemilihan obat untuk pengobatan skabies didasarkan pada pertimbangan mengenai keefektifan, potensial toksisitas, tipe skabies, dan usia pasien. Penelitian RCT yang membandingkan efikasi antar-obat topikal skabies masih sangat kurang. Obat-obat anti scabies yang tersedia dalam bentuk topikal antara lain (Mika, 2012):

1. Belerang endap (sulfur presipitatum) dengan kadar 4-20% dalam bentuk salep atau krim. Kekurangannya adalah berbau dan mengotori pakaian dan kadang dapat menimbulkan iritasi.
2. Emulsi benzyl-benzoas (20-25%) efektif terhadap semua stadium, diberikan setiap malam selama tiga hari. Obat ini sulit diperoleh dan sering memberi iritasi.
3. Gama benzene heksa klorida (gameksan) kadarnya 1% dalam krim atau losio, termasuk obat pilihan karena efektif terhadap semua stadium, mudah digunakan dan jarang iritasi. Pemberiannya cukup sekali, kecuali jika masih ada gejala diulang seminggu kemudian.
4. Krotamiton 10% dalam krim atau losia juga merupakan obat pilihan, memiliki dua efek sebagai anti scabies dan anti gatal. Harus dijauhkan dari mukosa.
5. Permetrin 5% merupakan obat yang paling sering dipakai, kurang toksik dibandingkan gameksan dan memiliki efektivitas yang sama. Aplikasi pada seluruh tubuh dan dihapus setelah 8-10 jam, biasanya digunakan sebelum tidur.

J. Komplikasi

Komplikasi pada penderita biasanya muncul akibat gatal hebat yang memicu penderita untuk menggaruk secara intens hingga menimbulkan erosi dan ekskoriiasi. Lesi bekas garukan inilah yang menjadi tempat masuk bakteri penyebab infeksi sekunder. Infeksi sekunder oleh bakteri pada skabies bisa menyebabkan komplikasi seperti impetigo, limfangitis, ektima, folikulitis, furunkel, dan selulitis yang juga bisa menyebabkan glomerulonefritis post-streptococcal. Glomerulonefritis post-streptococcal bisa terjadi karena *skabies-induced pyoderma* yang disebabkan oleh *Streptococcus pyogenes* (Golant, 2012).

K. Prognosis

Penyakit skabies bisa disembuhkan dan dapat memberi prognosis yang baik dengan memperhatikan beberapa hal yakni pemilihan dan cara pemakaian obat, syarat pengobatan, dan menghilangkan faktor predisposisi seperti higienitas personal dan lingkungan (Handoko, 2010).

Ruam dan gatal karena skabies mungkin akan menetap lebih dari 2 minggu setelah terapi selesai. Ketika gejala dan tanda masih menetap lebih dari 12 minggu, terdapat beberapa kemungkinan yang dapat dijelaskan diantaranya resistensi terapi, kegagalan terapi, reinfeksi dari anggota keluarga lain atau teman sekamar, alergi obat, atau perburukan gejala karena reaktivitas silang dengan antigen dari penderita skabies lainnya (Leung, 2011).

BAB III

PEMBAHASAN

Pasien datang ke Puskesmas Ambal II pada tanggal 23 September 2023 dengan keluhan gatal di pantat sejak 1 minggu lalu. Gatal dirasakan dirasakan terus-menerus dan mengganggu aktivitas pasien. Gatal memberat terutama di malam hari dan membaik saat diberi antiseptik. Terdapat lenting di pantat dan sela-sela jari yang telah pecah 3 hari terakhir. Gatal di tangan sudah mulai membaik namun gatal tak tertahan saat malam hari Pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak ada riwayat kontak dengan bahan kimia.

Pasien pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya, kurang lebih 6 bulan lalu saat pulang dari pondok namun sudah sembuh. Awalnya keluhan muncul saat pasien di pesantren, kemudian pasien dijemput oleh orang tuanya karena keluhan tersebut sudah kurang lebih 1 minggu pasien dirumah keluhan diikuti oleh adiknya. Ibu pasien juga mengalami hal serupa namun sudah pernah diobati 3 bulan lalu, sampai saat ini lenting pada pantat masih ada namun gatal tidak mengganggu. Pasien mengaku teman beda kamar di pesantren ada yang mengeluhkan hal serupa, pasien sering bergantian pakaian dan handuk di pesantren. Pakaian pasien dicuci pasien sendiri 2-3 hari setelah dipakai, mandi 1-2x sehari dengan sabun, namun pasien jarang mencuci tangan serta kaki sebelum dan setelah berkegiatan di luar rumah. Pasien mengaku mengganti sprei saat sudah terlihat kotor, menggunakan kasur dan bantal kapuk tetapi jarang menjemur keduanya. Saat di rumah pasien dan adiknya sering kali berbagi kasur dan tidur bersama.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, compos mentis, kesan status gizi baik. N: 77 x/menit, irama regular, RR : 20 x/menit, S : 36,7 C. Pemeriksaan fisik didapatkan Nodul hingga pustule multipel di atas kulit dengan batas tegas pada regio gluteal hingga perianal distribusi lokalisata, Papul multipel di atas kulit eritematosa dengan batas tegas dan kanalikuli pada regio interdigitalis msnus dextra et sinistra. Pemeriksaan penunjang *Burrow Ink Test* dan *Skin Scrapping* tidak dilakukan karena keterbatasan alat.

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa An. DA menderita skabies yang dicetuskan oleh beberapa faktor intrinsik yang dapat diubah dan tidak dapat diubah, selain itu juga faktor dari ekstrinsik.

Terapi farmakologis yang bisa diberikan adalah antihistamin seperti Chlorpheniramine maleat, cetirizin atau loratadin dan skabisid topikal seperti sulfur presipitatum, emulsi benzyl benzoate, gameksan, krotamiton dan permethrin 5%. Salep permethrin 5% yang paling sering

digunakan adalah skabisid topikal. Selain itu, terapi non farmakologis yang bisa disarankan meliputi ganti secara teratur pakaian, handuk, sprei, yang digunakan, selalu cuci dengan teratur dan direndam dengan air panas, jemur kasur secara teratur dibawah sinar matahari dan hindari penggunaan pakaian, handuk, sprei bersama anggota keluarga serumah dan teman bermain.

BAB IV

KESIMPULAN

Skabies atau gudik atau *the itch* adalah penyakit kulit menular yang disebabkan oleh infestasi dan sesitisasi tungau ektoparasit dan produknya, yakni *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Penyakit ini menyerang orang yang tinggal secara komunal, mudah menular melalui kontak langsung. Terdapat empat tanda cardinal yang sangat mudah diamati yaitu, gatal pada malam hari, tinggal di lingkungan yang kepadatan penduduknya tinggi, kanalikuli pada manifestasinya, dan telur tungau seperti titik-titik hitam di ujung kanalikuli. Penatalaksanaan yang utama adalah memberikan salp permethrin 5% dan juga obat simptomatik lainnya. Penatalaksanaan yang menyeluruh juga dibutuhkan yaitu mengobati semua orang yg tinggal di lingkungan komunal tersebut baik secara farmakologi dan nonfarmakologi. Tatalaksana secara non farmakologi yang penting dilakukan yaitu dengan menjaga higienitas seluruh penghuni lingkungan komunal tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlian, L., Marjorie, M. 2016. *Sarcoptes scabiei*: genomics to proteomics to biology. *Parasites Vectors* 9: 380.
- Beggs, J., et al. 2005. *Scabies Prevention And Control Manual*. Michigan Department Of Community Health, USA. 4-6, 10
- Bergström, FC., Simone R., Masego J., Pobert NP., Ashley MB., David JK., et al. 2009. Scabies Mite Inactivated Serine Protease Paralog Inhibit the Human Complement System. *Journal Immunology*. 182 (12): 17
- Burns, D.A. 2010. Diseases Caused by Arthropods and Other Noxious Animals. Hal 37 – 47. Dalam: Tony B, Stephen B, Neil C, Christopher G (Eds). *Rooks Textbook of Dermatology* 8th edition. USA: Blackwell publishing.
- CDC. 2010. Scabies. [online]. Available at: cdc.gov/parasites/scabies/biology.html. Diakses tanggal: 3 Juli 2018.
- Djuanda, A., Hamzah, M., Aisah, S., dll. 2017. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, edisi ke-7, cetakan ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Golant, A.K dan Jacob O.L. 2012. Scabies: A Review of Diagnosis and Management Based on Mite Biology. *Pediatrics in Reviews*. 33 (1): 1-10
- Handoko, RP. 2010. Skabies. Hal 122-125. Dalam: Adhi D, Mochtar H dan Siti A (Eds). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Badan Penerbit FKUI: Jakarta.
- Hicks, M.I dan Elston, D.M. 2009. Scabies. *Dermatologic Therapy*. 22: 279-292
- Ismihayati, S.N., Pawiono, Suparyanto. 2010. Hubungan Perilaku Pencegahan Penyakit Skabies Santriwati dengan Kejadian Skabies di Asrama Al-Kholilayah Pondok Pesantren Darul Ulum Peterongan Jombang. *Jurnal Metabolisme*, vol. 2 (4): 28-33.
- Karthikeyan, K. 2015. Treatment of Scabies: Newer Perspectives. *Postgraduate Medical Journal*. (951) 7-11
- Leung, V dan Miller, M. 2011. Detection of Scabies: A Systematic Review of Diagnostic Methods. *Canadian Journal Infectious Disease Medical Microbioly*. 22 (4): 143 – 146

- Ma'rufi, I., Keman, S., Notobroto, H.B. 2005. Faktor sanitasi lingkungan yang berperan terhadap prevalensi penyakit skabies: studi pada santri di pondok pesantren Kabupaten Lamongan. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Vol. 2 (1): 11-18
- Mika, A., Simon L.R., Frida C.M., Charlene W., Pearl M.S., et al. 2012. Novel Scabies Mite Serpins Inhibit the Three Pathways of the Human Complement System. *Plos One*. 7 (7): 1- 5
- PERDOSKI. 2017. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin di Indonesia*. Jakarta.
- Setyaningrum, Y.I. 2013. Skabies Penyakit Kulit Yang Terabaikan: Prevalensi, Tantangan Dan Pendidikan Sebagai Solusi Pencegahan. Makalah disampaikan dalam Seminar Nasional X Pendidikan Biologi FKIP UNS, Surakarta.
- Siregar, R.S. 2004. Skabies. Dalam: *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*; edisi 2. Jakarta: EGC, p: 172-173.
- Swe, P.M., Martha Z., Andrew K., Lutz K., Katja F. 2014. Scabies Mites Alter the Skin Microbiome and Promote Growth of Opportunistic Pathogens in a Porcine Model. *PLOS Neglected Tropical Disease*. 8 (8): 2-6
- Walton, SF dan Bart JC. 2007. Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations. *Clinical Microbiology Review*. 20 (2): 268-279.
- Wiryadi, B.E. 2007. Prurigo. Dalam: *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*; edisi Kelima. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, p: 115-116