

MANAGEMENT OF SCABIES IN CHILDREN ORPHANAGE

Abubakar, R, S.Ked

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Scabies is a skin condition caused by mites. This show symptoms such as intense itching at night in the crevices of the fingers, back and genitals. internal and external data in the form of a boy aged 6 years, living in orphanages, light activity, less personal and environmental hygiene, curative treatment patterns, density residence. Complaints of itching, especially at night repeatedly since about three months and experienced by some occupants orphanagesplace where patients live, not been treated previously.Having obtained a holistic intervention clinical decline and increased personal and environmental hygiene. The handling of family medicine effective in treatment of scabies. Where not only clinically but also solve the problem of tackling the risk of internal, external, and the environment.

Keywords: *Environmental sanitation, Scabies*

Abstrak

Skabies merupakan suatu kondisi kulit yang diakibatkan oleh tungau. Ini menampilkan gejala seperti gatal yang hebat pada waktu malam di celah-celah jari, bagian punggung dan alat kelamin. Didapatkan data internal dan eksternal berupa anak laki-laki berusia 6 tahun, hidup dalam panti asuhan, aktifitas ringan, kebersihan diri dan lingkungan kurang, pola berobat kuratif, kepadatan tempat tinggal. Keluhan gatal terutama malam hari berulang sejak kurang lebih tiga bulan dan dialami sebagian penghuni panti asuhan dimana tempat pasien tinggal, tidak pernah diobati sebelumnya. Setelah dilakukan intervensi secara holistik didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan kebersihan diri dan lingkungan. Penanganan kedokteran keluarga efektif dalam penatalaksanaan skabies. Dimana tidak hanya menyelesaikan masalah klinis tetapi juga menanggulangi resiko internal, eksternal, dan lingkungan.

Kata kunci : Sanitasi lingkungan, Skabies

.....
Korespondensi : Abubakar, R| green_robby@yahoo.com



Pendahuluan

Skabies merupakan suatu kondisi kulit yang diakibatkan oleh tungau. Ini menampilkan gejala seperti gatal yang hebat pada waktu malam di celah-celah jari, bagian punggung dan alat kelamin. Skabies mempunyai epidemiologi yang luas sejak 3000 tahun dahulu di Asia Tengah, Cina dan India. Wabah skabies dapat terjadi secara lokal atau secara besar-besaran yaitu epidemik atau pandemik. Banyak faktor yang berperan dalam terjadinya skabies. Faktor predisposisi yang umum adalah seperti kepadatan penduduk, imigrasi, kebersihan yang buruk, status gizi buruk, tunawisma, demensia, dan kontak seksual. Langsung kulit ke kulit antara 15-20 menit yang dibutuhkan untuk menularkan tungau dari satu orang ke orang lain.^{1,2}

Prevalensi skabies di seluruh dunia dilaporkan sekitar 300 juta kasus per tahun.^{3,4} Prevalensi skabies di Indonesia menurut Depkes RI berdasarkan data dari puskesmas seluruh Indonesia tahun 2008 adalah 5,6%-12,95%. Skabies di Indonesia menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering.⁵ Dibeberapa negara berkembang seperti Indonesia, penyakit skabies dapat terjadi endemik secara kronis pada beberapa kelompok dewasa muda dalam lingkungan keluarga, pada kelompok sekolah berasrama dan panti asuhan. Salah satu faktor pendukung terjadinya penyakit skabies adalah sanitasi yang buruk dan dapat menyerang manusia yang hidup secara berkelompok, yang tinggal di asrama, barak-barak tentara, rumah tahanan, dan pesantren maupun panti asuhan.⁶

Populasi yang dipilih yaitu penghuni panti asuhan mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya skabies. Penghuni panti asuhan juga mudah terinfeksi karena kepadatan dan kesesakan pada tempat tinggal yang memudahkan proses penularan sesuatu penyakit. Panti asuhan di kecamatan Rajabasa yang dipilih untuk penatalaksanaan pasien secara holistik ini adalah panti asuhan Kemala Puji. Pengetahuan penghuni panti asuhan ini mengenai perilaku hidup yang bersih dan sehat masih dipersoalkan.

Kasus

An. A, umur 6 tahun, seorang anak yang tinggal di panti asuhan datang ke puskesmas dengan keluhan gatal-gatal pada seluruh tubuh sejak kurang lebih tiga bulan yang lalu. Gatal dirasakan terutama pada malam hari di daerah sela-sela jari, tangan, lipatan bokong, punggung dan perut. Pasien sering menggaruk bagian tubuh yang gatal. Pasien belum pernah berobat sebelumnya. Selain pasien, anggota panti asuhan yang lainnya juga memiliki keluhan yang sama yaitu 20 anak dari 74 anak penghuni panti asuhan.

Pasien juga sering menggunakan pakaian yang sama berulang kali sebelum dicuci, menggunakan spreng yang jarang diganti dan dicuci. Saat mandi pasien menggunakan handuk yang bergantian dengan anak lainnya. Dalam sehari pasien mandi sebanyak dua kali. Aktifitas sehari-hari pasien bermain dengan anak panti asuhan lainnya.

Ibu asuh pasien mengaku tiga bulan lalu yang pertama kali mengalami gatal-gatal adalah salah satu anak lain yang



pulang dari menginap di asrama temannya. Beberapa hari kemudian keluarga panti asuhan yang kontak dengan anak tersebut mengalami keluhan yang sama. Orangtua asuh pasien tidak mengetahui apakah di lingkungan sekitar rumah panti asuhan memiliki keluhan yang sama. Hal ini menyebabkan orang sekitar pasien merasa khawatir dan mengganggu aktivitas sehari-hari.

Pasien terbiasa tidak makan pagi, biasanya pagi hari pasien hanya meminum teh manis dan terkadang memakan jajanan pasar bahkan sesekali pasien tidak makan apapun di pagi hari, tetapi pasien teratur makan siang dan makan malam. Makanan sehari-hari dengan lauk beraneka ragam, seperti ikan, telur, ayam, tahu atau tempe yang berganti-gantian dalam seminggu, namun pasien sedikit mengkonsumsi sayuran. Pasien tidak rutin berolahraga.

Pasien tinggal di panti asuhan bersama pemilik panti Tn.R (52 tahun), istri pemilik panti Ny.A (46 tahun), dan 74 anak panti lainnya mulai dari bayi sampai dewasa. Pola pengobatan keluarga merupakan kuratif, dimana anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja. Riwayat penyakit keluarga pasien tidak diketahui karena pasien dari kecil tidak tinggal bersama orangtuanya karena sejak bayi usia 3 hari pasien diserahkan di panti asuhan oleh neneknya.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 36,6°C; frek. nadi: 94x/menit; frek. nafas: 24x/menit; berat badan: 19 kg; tinggi badan: 101 cm; status gizi: baik (IMT: 18,6 kg/m²). Status

generalis : Mata, telinga dan hidung dalam batas normal. Tenggorokan pharynx tidak hiperemis, tonsil T1-T1, leher KGB tidak terdapat pembesaran. Regio thorax : pulmo dan cor dalam batas normal, Abdomen dalam batas normal. Ekstermitas superior dalam batas normal. Status neurologis:Reflek fisiologis normal, reflek patologis (-), Motorik dan sensorik dalam batas normal. Status lokalis:Di seluruh tubuh terutama di daerah tangan bawah, sela jari tangan dan kaki terdapat papul multiple berukuran milier sewarna kulit sebagian eritematosa.

Diagnosis pasien berupa Skabies (ICD-X B.86). Terapi Medikamentosa yaitu Salep 2-4 digunakan minimal 3 hari berturut-turut pada malam seluruh tubuh kecuali wajah, dan Antihistamin sedatif CTM untuk mengurangi gatal diberikan 3 kali sehari, dan terapi Non Medikamentosa yaitu memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien, memberikan penjelasan kepada pasien dan seluruh orang panti untuk melakukan tindakan menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Lalu rajin mencuci pakaian, handuk, seprai, membersihkan dan menjemur tempat tidur dan sofa yang digunakan, memberikan penjelasan kepada pasien dan seluruh orang panti mengenai cara pemakaian obat serta menyuruh seluruh orang yang terkena keluhan sama seperti pasien untuk menjalani pengobatan.

Pembahasan

Pada studi kasus ini dilakukan pada An.A berumur 6 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan gatal diseluruh tubuh terutama malam hari



sejak ± 3 bulan yang lalu. Penyebab keadaan ini adalah lingkungan tempat tinggal yang padat, kebersihan lingkungan dan kebersihan perorangan yang kurang sehingga dapat menjadikannya tempat hidup tungau *Sarcoptes scabiei*.

Diagnosis skabies pada pasien ditegakkan atas dasar gatal pada seluruh tubuh terutama pada daerah sela-sela jari, tangan, lipatan bokong, punggung dan perut. Selain pasien, anggota panti asuhan yang lainnya juga memiliki keluhan yang sama yaitu 20 anak yang terkena dari 74 anak penghuni panti asuhan.

Skabies disebabkan oleh infestasi ektoparasit. Ektoparasit adalah organisme parasit yang hidup pada permukaan inang, menghisap darah atau mencari makan pada rambut, bulu, kulit dan menghisap cairan tubuh inang. Infestasi ektoparasit pada kulit keberadaannya membuat rasa tidak nyaman, dapat menyebabkan kehidupan yang tidak sehat secara signifikan. Infestasi ektoparasit bersifat sporadik, epidemik dan endemik.^{7,8} Tungau ektoparasit penyebab skabies adalah *Sarcoptes scabiei* var *hominis* ordo *Acariformes*, family *Sarcoptidae*, Genus *Sarcoptes*. *Sarcoptes scabiei* var *hominis* menular melalui kontak manusia dengan manusia.^{9,10}

Faktor predisposisi terinfeksi skabies adalah kepadatan penduduk, imigrasi, kebersihan diri yang buruk, gizi buruk, tunawisma, demensia, dan kontak seksual. Kontak langsung kulit ke kulit selama 15-20 menit dapat memindahkan tungau dari seseorang ke orang lainnya.^{11,12}

Penegakkan diagnosis skabies dilakukan atas dasar terpenuhinya 2 dari 4 tanda kardinal, yaitu 1) pruritus nokturnal artinya gatal pada malam hari yang disebabkan karena aktifitas tungau ini lebih tinggi pada suhu yang lembab dan panas, 2) penyakit ini menyerang manusia secara berkelompok misalnya dalam sebuah keluarga biasanya seluruh anggota keluarga terkena infeksi, 3) adanya terowongan (kunikulus) pada tempat-tempat predileksi yang berwarna putih atau keabu-abuan, berbentuk garis lurus atau berkelok rata-rata panjang 1 cm, pada ujung terowongan ini ditemukan papul atau vesikel, tempat predileksinya biasanya merupakan tempat dengan stratum korneum yang tipis yaitu: sela-sela jari tangan, pergelangan tangan bagian volar, siku bagian luar, lipatan ketiak bagian depan, areola mammae (wanita), umbilikus, bokong, genitalia eksterna (pria), dan perut bagian bawah. dan 4) ditemukan tungau.¹³

Cara menemukan tungau, yaitu: 1) carilah mula-mula terowongan, kemudian pada ujung yang terlihat papul atau vesikel dicongkel dengan jarum dan diletakkan diatas sebuah kaca objek, lalu ditutup dengan kaca penutup dan dilihat dengan mikroskop cahaya, 2) dengan cara menyikat dengan sikat dan ditampung diatas selembar kertas putih dan dilihat dengan kaca pembesar, 3) dengan membuat biopsi irisan. Caranya: lesi dijepit dengan dua jari kemudian dibuat irisan tipis dengan pisau dan diperiksa dengan mikroskop cahaya, 4) dengan biopsi eksisional dan diperiksa dengan pewarnaan HE.¹³



Diagnosis pasti dengan ditemukannya kutu, telur atau feces *Sarcoptes scabiei* secara mikroskopik dengan KOH 10%, uji tinta, tetrasiklin fluoresesitest, atau mineral minyak. Metode lain dengan epiluminescence light microscopy dan *Sarcoptes scabiei* DNA.^{11,14}

International Classification of Disease (ICD) menjadi alat diagnostik standar di dunia yang merupakan kode beragam informasi kesehatan yang digunakan untuk statistik dan epidemiologi, manajemen kesehatan, alokasi sumber daya, monitoring dan evaluasi, penelitian, perawatan primer pencegahan dan pengobatan. ICD-X disahkan Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 1990 dan mulai digunakan di negara-negara anggota WHO sejak tahun 1994. Revisi 11 klasifikasi telah dimulai dan akan berlanjut sampai tahun 2017.¹⁵ Pada aspek klinis kasus ini menggunakan kode ICD-X dimana penyakit skabies dikodekan dengan B.86 tentang Penyakit-penyakit Parasitik dan Infeksi Kutu Rambut, Infestasi Tungau dan Infestasi lainnya.

Pada kunjungan pasien ke Puskesmas diberi medikamentosa salep 2-4 yang dioleskan pada seluruh tubuh kecuali bagian wajah, minimal pemberian 3 hari. Hal ini sesuai dengan tatalaksana skabies. Salep 2-4 dipakai selama 2-3 hari karena obat ini hanya dapat membunuh tungau dan nimfa tetapi tidak dapat membunuh telur sehingga menunggu telur menetas menjadi nimfa membutuhkan waktu 3 hari. Obat ini juga aman untuk bayi walaupun obat ini memiliki bau yang tidak enak.^{16,17} Pasien juga diberikan antihistamin sedatif untuk

mengurangi rasa gatal yaitu CTM tiga kali sehari.

Obat-obat anti-skabies idealnya memiliki syarat berikut: efektif untuk semua stadium tungau, tidak iritasi dan tidak toksik, tidak berbau dan tidak mengotori, tidak merusak dan mewarnai pakaian, mudah diperoleh dengan harga yang murah. Namun demikian, tidak mungkin untuk mendapatkan pengobatan yang ideal seperti tersebut diatas.^{18,19}

Salep 2-4 terdiri dari asam salisilat 2% dan sulfur 4%. Obat ini sudah dipakai sejak dahulu untuk pengobatan skabies. Obat ini dipakai malam hari selama 3 hari berturut-turut. Penularan skabies terutama melalui kontak langsung yang erat, maka untuk keberhasilan terapi seluruh keluarga yang tinggal dalam satu rumah harus diobati dengan anti skabies secara serentak. Penularan melalui kontak tidak langsung seperti melalui perlengkapan tidur, pakaian, atau handuk memegang peranan penting maka dilakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk mencuci pakaian, spre, gorden, dan menjemur sofa dan tempat tidur. Hal ini dilakukan untuk mematikan semua tungau dewasa dan telur sehingga tidak terjadi kekambuhan.²⁰

Selain salep 2-4, ada obat antiskabies yang dapat digunakan yaitu emulsi benzyl-benzoat (20-25%), krim linden, krim permetrin 5%, lotio malation 0,5%, solusio sulfiram 25%, krim krotamiton 10%, dan ivermektin.²¹ Pengobatan skabies terbaik adalah topikal permetrin atau oral ivermectin, tetapi regimen optimal masih belum jelas.^{22,23,24}

Permetrin bekerja dengan cara mengganggu polarisasi dinding sel saraf



parasit yaitu ikatan dengan natrium, hal ini memperlambat repolarisasi dinding sel sehingga terjadi paralise parasit. Obat terbaik skabies adalah topikal permetrin yang efektif pada semua stadium tungau. Permetrin dengan kadar 5% dalam krim, kurang toksik dibandingkan gameksan, efektivitasnya sama, aplikasi hanya sekali dan dihapus setelah 10 jam. Bila belum sembuh diulangi setelah seminggu.²⁵

Pemberian permetrin 5% pada penderita skabies memberikan kesembuhan klinis 100%. Sedangkan penderita yang menggunakan salep 2-4 memberikan kesembuhan klinis dengan presentase 87,5%. Hal ini tidak ada perbedaan yang bermakna ($p=0,0484$) dalam penyembuhan klinis skabies antara penggunaan permetrin 5% dengan salep 2-4.²⁵

Prognosis pada penyakit ini dengan memperhatikan pemilihan obat, serta syarat pengobatan dan menghilangkan faktor predisposisi maka penyakit ini dapat diberantas dan memberi prognosis baik.²⁶ Masalah lingkungan rumah pada keluarga adalah kepadatan penghuni rumah, ventilasi dan penerangan di dalam rumah yang masih kurang dan banyaknya pakaian ditumpuk dan digantung disembarang tempat, yang merupakan lingkungan yang baik untuk berkembang biaknya parasit seperti skabies.

Simpulan

Diagnosis skabies ditegakkan atas dasar terpenuhinya 2 dari 4 tanda kardinal, yaitu pruritus nokturnal, menyerang manusia secara berkelompok, ditemukan terowongan, dan ditemukan tungau. Pilar

penatalaksanaan skabies terdiri dari edukasi mengenai penyebab penyakit, penularan, kebersihan diri sendiri dan lingkungan serta cara pemakaian obat dan intervensi farmakologis semua anggota keluarga yang terkena. Harus ada perubahan perilaku berupa pola hidup bersih dan sehat serta mengobati seluruh anggota keluarga yang sakit, skabies akan sulit dihentikan dan berulang. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang dalam hal klinis tetapi juga terhadap psikososialnya, oleh karnanya diperlukan pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komperhensif dan berkesinambungan.

Daftar Pustaka

1. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. 2012, Scabies in the developing world—its prevalence, compilation, and management, *Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. April 2012;18(4):313-23.
2. Whitehall J, Kuzulugil D, Sheldrick K, Wood A. Burden of paediatric pyoderma and scabies in North West Queensland, *Journal of paediatric and child health*. 2013;49(2):141-3.
3. Badri, M. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Bandung; 2008.
4. McCarthy JS. Scabies: More than just an imitation. *Postgrad Med J* 2004; 80:382-387.
5. Prevalensi skabies di Indonesia tahun 2008. [Internet] 2009 Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. [Cited 2014 May 14] Available from: www.depkes.go.id
6. Astuti, Yuni. *Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Skabies Pada Pondok Pesantren*. Medan : Universitas Sumatra Utara; 2008.
7. Ciftci IK, Karaca S, Dogru O, Cetinkaya Z, & Kulac K. Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey. *Korean Journal of Parasitology*; 2006; 44, 95-98.
8. Orkin, Miltoin & Howard L. Scabies and Pediculosis. *Fitzpatrick's Dermatology in*



- General Medicine, 7th. USA: McGrawHill. 2008. 2029-31.
9. Chosidow O. Scabies. *The New England Journal of Medicine*; 2006; 354: 1718-1727.
 10. Stone, S., Jonathan N., Rocky, E. Bacelieri. Scabies. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 5th. USA: McGrawHill. 2008; 2677-80.
 11. Hicks MI, Elston DM. Scabies *Dermatologic Therapy*. 2009; 22/279-292.
 12. Ma'rufi, L., Keman, S., Notobroto, H. Faktor Sanitasi Lingkungan yang Berperan terhadap Prevalensi Penyakit Skabies Studi pada Santri di Pondok Pesantren Kabupaten Lamongan. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 2005(2):11-17.
 13. Djuanda A, Hamzah M, Aisah S. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. *Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*. 2005.
 14. Henge, R. Ulrich. Scabies: a Ubiquitous Neglected Skin Disease. *Pubmed Med. J*. 2006. December. 6:769-777.
 15. International Classification of Disease (ICD). [Internet] 2014 WHO: [Cited 2014 May 13] Available from : www.who.int/classifications/icd/en/
 16. Kartowigno, Soenarto. Sepuluh Besar Kelompok Penyakit Kulit. *Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*: 2012.
 17. Karthikeyan K. Treatment of Scabies. *Postgrad Med J* 2005;81:7-11.
 18. Handoko, RP. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: 2007.
 19. Currie J.B., James S., McCarthy. Permethrin and Ivermectin for Scabies. *New England J Med*. 2010. February:362/717-724.
 20. Gold, O.P. Basic Personal Hygiene: Knowledge and Practices among School Children Aged 6-14 Years in Abraka, Delta State, Nigeria. *Tropical Medicine* 6(1):5-11.
 21. Shimose L, Munoz-Prince LS. Diagnosis, Prevention, and treatment of scabies. 2013; 15(5):426-31.
 22. Dourmishev AL, Dourmishev LA., Schwartz RA. Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. *International Journal Dermatol*. 2005;44:981-988.
 23. Sule HM., Thacher TD. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate lotion for scabies in Nigerian patients. *American Journal of Topical Medicine and Hygiene* 2007;76(2):392-5.
 24. Khan I, Yasmin R. Ivermectin in the treatment of scabies. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 2007;17:78-83.
 25. Chandra EN. Uji banding Efektifitas Krim Permetrin 5% dan Salep 2-4 pada pengobatan Skabies. Semarang : Universitas Diponegoro; 2004.
 26. Sungkar S. Skabies. Jakarta: Yayasan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia: 2005.