



LAPORAN KASUS—CASE REPORT

Skabies dengan Infeksi Sekunder pada Sindrom Down

Mitha Yunda Pertiwi^{1*}, Dedianto Hidajat²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

²Staf Pengajar Bagian Dermatologi dan Venereologi, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram - RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat

***Korespondensi:**

mitha.pertiwi15@gmail.com

Abstrak

Skabies merupakan penyakit kulit yang disebabkan oleh *Sarcoptes scabiei*. Tanda dan gejala skabies seperti pruritus dan lesi kulit berupa papul kecil disertai kanalikulus serta eskoriasi. Apabila tidak segera diterapi, maka dapat terjadi komplikasi. Komplikasi yang sering ditemukan yaitu infeksi sekunder. Prinsip dalam penatalaksanaan skabies yaitu mengeradikasi tungau dengan terapi farmakologis, mencegah penyebaran skabies, dan mengatasi komplikasi. Seorang anak 1 tahun 7 bulan dengan sindrom down dikonsulkan ke poli kulit dan kelamin RSUD NTB dengan keluhan berupa bintik-bintik sejak 1 bulan yang lalu di bokong, kemaluan, sela jari kaki dan tangan, telapak tangan dan kaki, serta sekitar dada. Pasien lebih rewel, dan menggaruk bintik-bintik di malam hari. Terdapat keluarga yang mengalami keluhan serupa. Status lokalis lesi kulit berada di bokong, genitalia eksterna, thoraks, sela jari tangan dan kaki, serta telapak tangan dan kaki. Deskripsi lesi berupa papula-nodul disertai kanalikulus berwarna putih keabuan, berbatas tegas, lentikular, multipel, susunan diskret, dan distribusi regional disertai skuama. Selain itu terdapat pustul berwarna putih, berbatas tegas, bentuk milier, multipel, susunan diskret, dan distribusi regional disertai krusta. Pasien ini didiagnosis dengan skabies klinis dengan infeksi sekunder. Terapi kausatif yang diberikan kepada pasien yaitu krim permetrin 5%, serta diberikan terapi simtomatik dan infeksi sekunder. Selain mengobati pasien, pendekatan keluarga memiliki peran penting dalam mengeradikasi skabies.

Kata Kunci: Skabies Klinis, Pruritus, Infeksi Sekunder, Pendekatan Keluarga, Sindrom Down

PENDAHULUAN

Skabies merupakan penyakit kulit menular yang disebabkan oleh infeksi *Sarcoptes scabiei* var. hominis. *Sarcoptes scabiei* var. hominis merupakan ektoparasit spesifik pada manusia yang hidup di dalam stratum korneum sampai batas stratum granulosum.¹ Secara global, angka kejadian skabies mencapai 150-200 juta orang.²

Infestasi primer skabies biasanya bersifat asimtomatik dengan masa inkubasi sekitar 4-6 minggu. Tanda dan gejala seperti pruritus dan lesi kulit berupa papul kecil disertai kanalikulus serta eskoriasi dapat muncul dalam hitungan jam-hari setelah infestasi kedua. Jika skabies tidak segera diterapi, maka dapat terjadi komplikasi. Komplikasi yang sering terjadi yaitu infeksi sekunder yang dapat masuk melalui eskoriasi di kulit. Infeksi sekunder apabila tidak diterapi akan berkembang

menjadi *post streptococcal glomerulonephritis* dan *rheumatic heart disease*.³

Apabila diagnosis telah ditegakkan, maka pasien skabies harus segera diterapi. Selain mengobati pasien, pendekatan keluarga dalam mengeradikasi skabies memiliki peran yang penting untuk mencegah reinfestasi dan transmisi berulang. Pendekatan keluarga dapat dilakukan dengan mengatasi faktor predisposisi yang meningkatkan resiko penyebaran skabies. Terdapat beberapa faktor predisposisi yaitu kontak dengan individu yang menderita skabies, kebersihan diri yang kurang baik, tingkat pengetahuan rendah dan kelompok sosioekonomi rendah.⁴

Terdapat faktor predisposisi lain yang diduga berhubungan dengan skabies yaitu sindrom down.⁵ Sindrom down adalah kelainan genetik yang menyebabkan disabilitas intelektual.⁶ Sindrom

down jarang ditemukan pada pasien skabies klasik. Selain itu, peran sindrom down dalam skabies masih belum dipahami sepenuhnya.⁷ Dalam laporan kasus ini akan membahas terkait skabies yang disertai dengan infeksi sekunder pada pasien anak dengan sindrom down.

LAPORAN KASUS

Seorang anak laki-laki dengan sindrom down berusia 1 tahun 7 bulan dikonsulkan dari poli tumbuh kembang ke poli kulit dan kelamin RSUDP NTB dengan keluhan berupa bintik-bintik dan benjolan berwarna putih keabu-abuan di kulit. Bintik-bintik dan benjolan timbul pertama kali 1 bulan yang lalu di lipatan bokong, berjumlah sedikit namun semakin lama bertambah banyak. Bintik-bintik menyebar dari bokong ke sekitar kemaluan pasien, sela jari kaki dan tangan, telapak kaki dan tangan serta di sekitar dada. Menurut ibu pasien, pada malam hari pasien menjadi lebih rewel, dan tampak sering menggaruk bintik-bintik tersebut.

Pasien belum pernah mengalami keluhan seperti ini dan belum pernah diobati. Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat atau makanan. Pasien memiliki riwayat hipotiroid dan sindrom down.

Keluhan gatal-gatal pertama kali dialami oleh kakak pasien yang baru kembali dari pondok, kemudian diikuti oleh ayah dan ibu pasien. Menurut ibu pasien, mereka telah ke puskesmas dan diberikan obat minum 1 minggu yang lalu. Namun, setelah minum obat tidak terjadi perbaikan.

Riwayat kehamilan ibu, ibu pasien rutin memeriksakan kehamilannya. Tidak terdapat masalah selama ibu hamil. Usia maternal 43 tahun dan paternal 43 tahun. Pasien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara. Jarak usia pasien dengan kakaknya yaitu 10 tahun. Saat lahir pasien tidak langsung menangis. Ibu pasien tidak ingat usia kehamilan, berat badan lahir 2550 gram cukup bulan, dan panjang badan lahir tidak diketahui. Riwayat tumbuh kembang pasien belum bisa merangkak, belum bisa menumpuk 2 kubus, pasien bisa menunjukkan apa yang diinginkan, dan belum bisa menyebutkan 3-6 kata yang mempunyai arti. Riwayat imunisasi pasien lengkap.

Pasien tinggal satu rumah bersama ayah, ibu, dan kakaknya. Rumah pasien berada di kawasan padat penduduk. Ventilasi rumah pasien jarang

dibersihkan dan jendela rumah jarang terbuka sehingga sinar matahari tidak masuk ke dalam rumah. Pasien tidur berdua dengan ibu pasien. Pasien menggunakan handuk yang sama dengan ibunya. Sprei dan karpet yang digunakan jarang dibersihkan. Ayah pasien bekerja sebagai buruh dan termasuk dalam kelompok ekonomi menengah-bawah.

Keadaan umum pasien kompos mentis. Penilaian status gizi pasien yaitu berat badan 7,6 kg, panjang badang 73 cm, dan lingkar kepala 43 cm. Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan brakiosefali, lidah protrusi, mulut kecil, dan leher pendek.

Status lokalis lesi kulit berada di bokong, genitalia eksterna, thoraks, sela jari tangan dan kaki, serta telapak tangan dan kaki. Deskripsi lesi berupa papula-nodul disertai kanalikulul berwarna putih keabuan, berbatas tegas, bentuk lentikular, multipel, susunan diskret konfluens, dan distribusi regional disertai skuama. Selain itu terdapat pustul berwarna putih, berbatas tegas, bentuk milier, multipel, susunan diskret, dan distribusi regional disertai krusta. Pasien tidak dilakukan pemeriksaan mikroskopis maupun dermoskopi.

Pasien secara klinis didiagnosis dengan skabies disertai infeksi sekunder. Tatalaksana kausatif yang diberikan kepada pasien yaitu krim permetrin 5% yang digunakan satu kali di seluruh tubuh. Pasien diberikan tatalaksana sistemik berupa sefadroksil 2 x 2,5 ml, cetirizine 1 x 2,5 ml, serta tatalaksana topikal berupa kombinasi krim desoksimeson 0,25% dan krim kloramfenikol 2% yang digunakan 2 kali sehari pada lesi kulit. Selain itu, kami melakukan pendekatan keluarga dengan memberikan edukasi agar anggota keluarga serumah diobati, menjaga kebersihan lingkungan rumah dengan cara rutin membuka jendela rumah agar sinar matahari sampai ke dalam rumah, rutin membersihkan spre, tempat tidur, dan karpet di rumah pasien.

Status lokalis lesi sebelum terapi



Gambar 1. Lesi papula-nodul disertai skuama di bokong dan lesi papula-nodul-pustul disertai krusta di genital



Gambar 2. Lesi papula-nodul dan pustul disertai krusta di kaki



Gambar 3. Papul-nodul di sela jari dan telapak tangan

Status lokalis lesi setelah terapi 2 hari



Gambar 4. Masih terdapat lesi kulit papul-nodul di bokong dan genital yang mengalami perbaikan



Gambar 5. Terdapat lesi kulit papul-nodul di telapak tangan kiri dan kanan



Gambar 6. Terdapat lesi papul-nodul di kaki kiri dan kanan

DISKUSI

Pasien ini didiagnosis dengan sindrom down. Pada pasien ini didapatkan brakiosefali, lidah protrusi, mulut kecil, leher pendek, dan hipotiroid. Kasus skabies klasik jarang dilaporkan pada pasien dengan sindrom down, namun kasus krusta skabies cukup banyak ditemukan pada pasien sindrom down.⁵ Mekanisme sindrom down menjadi faktor predisposisi pada skabies masih belum dipahami sepenuhnya. Namun, terdapat 2 hipotesis mekanisme yaitu keterlambatan kognitif pada pasien dengan sindrom down menyebabkan kemampuan dalam menafsirkan pruritus berkurang dan gangguan sistem imun seperti limfopenia ringan sel B dan T serta gangguan proliferasi sel T.⁷



Pada pasien ini didapatkan keluhan pruritus terutama malam hari yang ditandai dengan pasien tampak lebih rewel dan menggaruk tangan pada malam hari. Terdapat riwayat ayah, ibu, dan kakak pasien mengalami keluhan yang serupa. Pada pemeriksaan status lokalis lesi didapatkan lesi kulit yang berada di bokong, genitalia eksterna, thoraks, sela jari tangan dan kaki, serta telapak tangan dan kaki. Deskripsi lesi kulit berupa papula-nodul disertai kanalikulus berwarna putih keabuan, berbatas tegas, bentuk lentikular, multipel, susunan diskret, dan distribusi regional disertai skuama. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan kriteria *International Alliance for the Control of Scabies (IACS) 2020*, pasien memenuhi kriteria skabies klinis.² Dalam penegakkan diagnosis skabies klinis, diagnosis lain perlu disingkirkan. Diagnosis banding skabies yang sering ditemukan yaitu dermatitis atopik, ekzema dishidrotik, pioderma, reaksi gigitan serangga dan dermatitis kontak.⁸ Diagnosis banding skabies dapat disingkirkan dengan mengetahui perbedaan dari gejala dan morfologi lesi.²

Kondisi sosial pasien tinggal satu rumah bersama ayah, ibu, dan kakaknya. Rumah pasien berada di kawasan padat penduduk. Ventilasi rumah pasien jarang dibersihkan dan jendela rumah jarang terbuka sehingga sinar matahari tidak masuk ke dalam rumah. Pasien tidur berdua dengan ibu pasien. Pasien menggunakan handuk yang sama dengan ibunya. Sprei dan karpet yang digunakan jarang dibersihkan. Keluarga pasien termasuk dalam kelompok ekonomi menengah-bawah. Keadaan tersebut dapat menjadi faktor predisposisi skabies pada pasien. Terdapat beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan skabies yaitu kontak secara langsung atau tidak langsung dengan individu yang menderita skabies, kebersihan diri yang kurang baik, tingkat pengetahuan tentang penyakit skabies rendah dan berasal dari kelompok sosioekonomi rendah.⁴

Pada pasien ini didapatkan lesi kulit lainnya berupa pustul berwarna putih, berbatas tegas, bentuk milier, multipel, susunan diskret, dan distribusi regional disertai krusta. Berdasarkan lesi tersebut, pasien dicurigai mengalami infeksi sekunder. Infeksi sekunder merupakan salah satu komplikasi skabies yang dapat disebabkan oleh

bakteri. Transmisi bakteri dapat terjadi secara tidak langsung melalui eskoriasi pada kulit atau secara langsung yang berasal dari tungau, hal ini karena tungau dan skibala mengandung *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus grup A*. Manifestasi infeksi sekunder berupa impetigo, furunkel atau selulitis serta dapat berkembang menjadi poststreptococcal glomerulonephritis dan rheumatic heart disease. Komplikasi lain yaitu pruritus post skabies yang bertahan beberapa hari-minggu setelah infestasi primer sebagai hasil reaksi hipersensitivitas terhadap tungau dan produk tungau.³

Tatalaksana kausatif yang diberikan kepada pasien yaitu krim permetrin 5% yang digunakan satu kali di seluruh tubuh. Pada pasien diberikan tatalaksana sistemik berupa sefadroksil 2 x 2,5 ml, cetirizine 1 x 2,5 ml, serta tatalaksana topikal berupa kombinasi krim desoksimeseton 0,25% dan krim kloramfenikol 2% yang digunakan 2 kali sehari pada lesi kulit. Selain itu, kami melakukan pendekatan keluarga dengan memberikan edukasi agar anggota keluarga serumah diobati, menjaga kebersihan lingkungan rumah dengan cara rutin membuka jendela rumah agar sinar matahari masuk ke dalam rumah, rutin membersihkan spre, tempat tidur, dan karpet di rumah pasien.

Prinsip dalam penatalaksanaan skabies yaitu mengeradikasi tungau dengan terapi farmakologis, mencegah penyebaran skabies, dan mengatasi komplikasi. Terapi farmakologis lini pertama yaitu krim permetrin 5% yang dioleskan di seluruh tubuh, kemudian diulangi dalam waktu satu minggu. Mekanisme kerja permetrin 5% yaitu mengganggu fungsi kanal natrium *Sarcoptes scabiei* sehingga menyebabkan depolarisasi membran sel saraf memanjang dan mengganggu proses neurotransmisi. Sedangkan tujuan dioleskan kembali permetrin setelah 1 minggu untuk meningkatkan efikasi terapi dengan cara membunuh telur tungau yang belum tereradikasi saat penggunaan pertama.⁸⁻¹⁰

Selain itu, pasien dengan skabies dapat diberikan terapi simtomatik. Keluhan pruritus pada skabies merupakan hasil reaksi hipersensitivitas terhadap tungau dan produk yang dihasilkan tungau.³ Jika terdapat keluhan pruritus dapat diberikan antihistamin. Penggunaan antihistamin akan menurunkan produksi sitokin proinflamasi, eosinofil, serta pelepasan mediator



inflamasi yang dihasilkan oleh sel mast dan basofil. Salah satu sediaan antihistamin yang sering digunakan yaitu cetirizine. Dosis pemberian cetirizine pada anak berusia 6 bulan hingga 2 tahun yaitu 2,5 mg/hari.¹¹ Pasien ini berusia 1 tahun 7 bulan dengan keluhan pruritus sehingga diberikan cetirizine sediaan sirup dengan dosis 1 x 2,5 ml.

Pasien ini diberikan terapi kortikosteroid topikal berupa krim desoksimeson 0.25% 2 kali/hari. Pemberian kortikosteroid topikal bertujuan untuk efek antiproliferatif dan vasokonstriktif. Efek antiproliferatif dapat menurunkan ukuran keratinosit dan proliferasi, sedangkan efek vasokonstriktif dapat menurunkan eritema di sekitar lesi dengan cara menghambat agen vasodilator seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin.

Desoksimeson 0.25% merupakan kortikosteroid dengan potensi tinggi. Pada pasien anak-anak, pemberian kortikosteroid potensi tinggi lebih efektif apabila digunakan dalam jangka pendek.¹²

Antibiotik topikal dan sistemik dapat diberikan untuk mengatasi komplikasi skabies. Pada pasien ini terdapat infeksi sekunder sehingga diberikan antibiotik sistemik berupa sefadroksil 2 x 2,5 ml dan antibiotik topikal berupa krim kloramfenikol 2% yang digunakan 2 kali/hari. Antibiotik sistemik digunakan pada kasus infeksi kulit yang luas atau imunodefisiensi. Sefadroksil termasuk sefalosporin generasi pertama. Sefalosporin generasi pertama efektif digunakan untuk methicillin-sensitive *S. Aureus* dan *Streptococcus* spp. Sefalosporin bekerja dengan cara menghambat sintesis protein. Dosis sefadroksil pada anak 1-6 tahun adalah 250 mg diberikan 2 kali/hari. Antibiotik topikal dapat diberikan pada kasus infeksi superfisial yang terlokalisir seperti impetigo.¹³ Pada pasien ini diberikan kombinasi antibiotik sistemik dan topikal karena infeksi kulit yang luas.

Selain mengobati pasien, pendekatan keluarga memiliki peran penting dalam mengeradikasi skabies. Pendekatan keluarga dapat dilakukan dengan mengatasi faktor predisposisi yang dapat menyebabkan skabies.⁴ Pendekatan keluarga pada pasien ini yaitu semua anggota keluarga diterapi dengan krim permetrin 5% karena menunjukkan gejala skabies. Tujuan pemberian permetrin pada semua anggota

keluarga agar dapat mengeradikasi tungau di dalam keluarga.¹⁰ Apabila semua anggota keluarga telah diberikan permetrin 5%, maka langkah selanjutnya yaitu memperbaiki kebersihan keluarga dengan mengedukasi agar menggunakan pakaian yang bersih, semua pakaian, sarung bantal, sprei, dan handuk yang digunakan sebelum terapi dicuci dengan air hangat dan dikeringkan dengan sinar matahari. Lantai, karpet, dan peralatan rumah lainnya harus dibersihkan.^{10,14} Selain itu keluarga pasien perlu diberikan intervensi berupa edukasi tentang skabies mulai dari definisi, gejala, cara penularan, cara mencegah, dan pengobatannya.

KESIMPULAN

Kelainan genetik seperti sindrom down diduga dapat menjadi faktor predisposisi skabies. Apabila diagnosis skabies telah ditegakkan, maka harus segera ditatalaksana agar tidak menimbulkan komplikasi. Komplikasi yang sering ditemukan adalah infeksi sekunder. Prinsip dalam penatalaksanaan skabies yaitu mengeradikasi tungau dengan terapi farmakologis, mencegah penyebaran skabies, dan mengatasi komplikasi. Selain mengobati pasien, pendekatan keluarga memiliki peran penting dalam mengeradikasi skabies. Pendekatan keluarga dapat dilakukan dengan mengatasi faktor predisposisi yang dapat menyebabkan skabies.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gawkrödger DJ, Ardern-Jones MR. *Dermatology An Illustrated Colour Text* fifth edition. Churchill Livingstone; 2012. 62–63 p.
2. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, Walton S, Boralevi F, Bernigaud C, Bowen AC, Chang AY, Chosidow O, Estrada-Chavez G, Feldmeier H, Ishii N, Lacarrubba F, Mahé A, Maurer T, Mahdi MMA, Murdoch ME, Pariser D, Nair PA, Rehmus W, Romani L, Tilakaratne D, Tuicakau M, Walker SL, Wanat KA, Whitfeld MJ, Yotsu RR, Steer AC, Fuller LC. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. *Br J Dermatol.* 2020;183(5):808–20.
3. Golant AK, Levitt JO. Scabies: A review of diagnosis and management based on mite biology. *Pediatr Rev.* 2012;33(1).
4. Sanei-Dehkordi A, Soleimani-Ahmadi M, Zare M, Jaberhashemi SA. Risk factors associated with scabies infestation among primary schoolchildren in a low socio-economic area in southeast of



- Iran. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):1–10.
5. Karthikeyan K, Murugaiyan R, Sengottian K. Crusted scabies presenting as palmoplantar psoriasis in Down's syndrome. *Indian Dermatol Online J.* 2015;6(2):140.
 6. Gupta NA, Kabra M. Diagnosis and Management of Down Syndrome. *Indian J Pediatr.* 2014;6:560–7.
 7. Lee K, Heresi G, Al Hammoud R. Norwegian Scabies in a Patient with Down Syndrome. *J Pediatr [Internet].* 2019;209:253-253.e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.01.057>
 8. Wheat CM, Burkhart CN, Burkhart CG, Cohen BA. Scabies, Other Mites, and Pediculosis. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk AH, Margolis, David J, McMichael AJ, Orringer JS, editors. *Fitzpatrick's Dermatology 9th edition.* New York: Me Graw Hill Education; 2019. p. 3274–7.
 9. Thompson R, Westbury S, Slape D. Paediatrics: How to manage scabies. *Drugs Context.* 2021;10:1–13.
 10. Banerji A. Scabies. *Paediatr Child Heal.* 2015;20:395–7.
 11. Thrap M. Antihistamines. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk AH, Margolis, David J, McMichael AJ, Orringer JS, editors. *Fitzpatrick's Dermatology 9th edition.* New York: Me Graw Hill Education; 2019. p. 3451–2462.
 12. Caplan A, Fett N, Werth V. Glucocorticoids. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk AH, Margolis, David J, McMichael AJ, Orringer JS, editors. *Fitzpatrick's Dermatology 9th edition.* New York: Me Graw Hill Education; 2019. p. 3383–94.
 13. Condon SC, Isada CM, Tomecki KJ. Systemic and Topical Antibiotics. In: Kang S, Amagai M, Bruckner A, Enk AH, Margolis, David J, McMichael AJ, Orringer JS, editors. *Fitzpatrick's Dermatology 9th edition.* New York: Me Graw Hill Education; 2019. p. 3405–22.
 14. Wang CH, Lee SC, Huang SS, Kao YC, See LC, Yang SH. Risk factors for scabies in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect [Internet].* 2012;45(4):276–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2011.12.003>