



Pemberian Tatalaksana Secara Holistik Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga pada Anak Perempuan Berusia 11 Tahun dengan Varisela di Wilayah Kerja Puskesmas Panjang

Muthia Aya Syahmalya¹, Fitria Saftarina²

^{1,2} Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Muthia Aya Syahmalya, alamat Perum Ragom Gawi Permai 1 Blok G1 No.19, Kota Bandar Lampung, e-mail mutiaaya30@gmail.com

ABSTRAK

Salah satu penyakit menular yang sering terjadi pada anak-anak disebabkan oleh infeksi virus *Varicella Zoster* (VZV) yang disebut sebagai varisela atau cacar air. Penulis telah menerapkan prinsip pelayanan keluarga dengan pendekatan yang holistik meliputi *patient-centered*, *family approach*, dan *community-oriented* yang berbasis pada *Evidence Based Medicine*. Laporan kasus ini menggunakan data dari hasil autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan fisik, data keluarga, lingkungan, psikososial sebagai data primer yang didapatkan saat kunjungan rumah. Selain itu, penulis juga menggunakan data rekam medis pasien sebagai data sekunder. Selama penulisan laporan, penilaian dilakukan secara holistik pada diagnosis awal dan akhir yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Anak Z, anak perempuan usia 11 tahun, mengeluh adanya gangguan kulit berupa lenting-lenting merah yang muncul pada tangan dan kaki sejak 1 hari sebelumnya, disertai rasa gatal dengan cairan kental. Lenting-lenting tersebut muncul di tangan kemudian menyebar ke wajah, tubuh, dan kaki. Lenting berbentuk vesikel dengan dasar eritema, bulat, ukuran miliar, multiple, dan berbatas tegas. Pasien didiagnosis Varisela berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik sebagai dasar pemberian terapi yang sesuai. Dilakukan evaluasi terapi farmakologis dan non-farmakologis yang menunjukkan peningkatan yang dinilai melalui *follow up*, *pretest*, dan *posttest*. Penatalaksanaan secara holistik penting bagi pasien dengan penyakit Varisela untuk mengidentifikasi masalah yang mencakup aspek biologi, psikologi, dan social, guna mencapai keberhasilan terapi dan pencegahan penularan ke orang lain.

Kata Kunci: Kedokteran Keluarga, Tatalaksana Holistik, Varisela.

Providing Holistic Management Through Family Medicine Approach to an 11-Year-Old Girl with Varicella in Panjang Community Health Center

ABSTRACT

One of the infectious diseases that commonly occurs in children is caused by the Varicella Zoster Virus (VZV), known as varicella or chickenpox. The author applied the principles of family-centered care using a holistic approach, including patient-centered, family-focused, and community-oriented strategies based on Evidence-Based Medicine. This case report utilizes data obtained through autoanamnesis, alloanamnesis, physical examination, as well as family, environmental, and psychosocial information collected during home visits as primary data. Additionally, the author used the patient's medical records as secondary data. The assessment was conducted holistically, covering both the initial and final diagnoses through quantitative and qualitative methods. Child Z, an 11-year-old girl, presented with a skin condition characterized by red blisters that first appeared on her hands and feet one day prior, accompanied by itching and filled with thick fluid. The blisters began on the hands and later spread to the face, trunk, and feet. They appeared as vesicles with erythematous bases, round in shape, miliaria-sized, multiple in number, and well-defined. The diagnosis of varicella was made based on anamnesis and physical examination, serving as the foundation for appropriate therapy. Evaluation of both pharmacological and non-pharmacological interventions showed improvement, as assessed through follow-up, pretest, and posttest evaluations.

Holistic management is essential for patients with varicella to identify and address biological, psychological, and social issues in order to achieve successful therapy outcomes and prevent transmission to others.

Keywords: Family Medicine, Holistic Management, Varicella.

DOI :

LATAR BELAKANG

Insidensi varisela atau *chickenpox* hampir terjadi di seluruh dunia dengan prevalensi terbanyak angka kejadiannya ada di Amerika Serikat dan Inggris yang merupakan negara-negara beriklim sedang. Setiap tahunnya terjadi sekitar 100-150 kematian dari 4 juta kasus varisela dan pasien yang membutuhkan rawat inap hingga 10.000 pasien per tahunnya.^(1,2) Umumnya varisela terjadi atau menyerang anak-anak (90%). Pada saat sebelum adanya vaksinasi, kejadian varisela di tiap negara bervariasi, seperti di India dengan tingkat terendah terdapat 74/100.000 populasi yang dilaporkan di tahun 1973; dan paling tinggi ada di Singapura dengan 798/100.000 populasi di tahun 1999. Setelah dilakukan vaksin, terutama di wilayah Asia-Pasifik, insidensi tahunan varisela menurun menjadi 17,8/100.000 hingga 323/100.000.⁽²⁾

Anak-anak rentan untuk terinfeksi virus varicella, yaitu lebih dari 90%, terutama saat sebelum memasuki usia 15 tahun. Angka kejadian varisela juga dipengaruhi oleh musim, meningkat kejadiannya pada musim dingin dan musim semi di negara beriklim sedang. Serangan varisela mencapai 70-90% pada individu yang rentan, seperti pada anak-anak yang belum imunisasi maupun yang *immunocompromised*, karena sifatnya sangat menular.^(1-4,6)

Jalur transmisi virus varicella dari manusia ke manusia lain dapat melalui *droplet* (melalui inhalasi dan mulut; dan kontak langsung dengan penderita). Kekebalan tubuh segera terbentuk setelah seseorang terinfeksi untuk pertama kali, sehingga seseorang yang pernah terinfeksi varisela biasanya tidak akan mengalami infeksi ulang. Oleh karena itu, sistem kekebalan tubuh memiliki peran yang sangat penting. Virus varicella yang berada dalam keadaan dorman di ganglion sel saraf dapat aktif kembali jika sistem kekebalan

tubuh melemah, yang memungkinkan seseorang untuk mengalami varisela lagi, bahkan disertai komplikasi pada beberapa kasus yaitu dapat menyebabkan herpes zoster, yang jarang terjadi pada anak-anak tetapi lebih umum pada orang dewasa.^(1,3,5)

Virus varicella menyerang kulit dan mukosa dan gejala yang ditimbulkan seperti sakit kepala, demam, ruam kemerahan dan badan lemas yang dirasakan selama kurang lebih 1 minggu. Lesi kulit yang ditimbulkan bentuknya polimorfik dan banyak ditemukan pada batang tubuh. Penyakit ini dapat sembuh sendiri karena sifatnya *self-limiting disease*. Tatalaksana varisela adalah antivirus yang bekerja menghambat replikasi virus varicella. Selain itu juga, pencegahan terjadinya varisela dapat melalui imunisasi. Di Indonesia, pemberian vaksin varicella merupakan vaksin pilihan, bukan program imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah, sehingga masyarakat menanggung sendiri biaya imunisasi.^(7,8)

Dalam kasus ini, seorang anak perempuan berusia 11 tahun yang menderita varisela memerlukan penatalaksanaan yang lebih komprehensif, yang mencakup aspek kuratif, promotif, dan preventif. Selain itu, upaya penatalaksanaannya tidak hanya melibatkan pasien, tetapi juga memerlukan partisipasi aktif keluarga untuk mencapai hasil terapi yang optimal. Hal ini dikarenakan penyakit varisela sangat menular dan keluarga maupun orang-orang disekitarnya berisiko mengalami penyakit yang sama. Selain itu, pasien pada kasus ini adalah seorang anak-anak yang masih memerlukan bantuan keluarga dalam penanganan penyakitnya.^(1,8)

TUJUAN PENELITIAN

Menerapkan prinsip pendekatan kedokteran keluarga, yaitu memberikan pelayanan medis

yang holistik dan komprehensif berdasarkan masalah klinis dan faktor risiko yang ada, serta melakukan penatalaksanaan dengan pendekatan yang berfokus pada pasien (*patient-centered*) dan keluarga (*family approach*), yang semua itu didasarkan pada *Evidence-Based Medicine*.

METODE

Studi ini merupakan laporan kasus yang menggunakan data primer yang diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis dari anggota keluarga, pemeriksaan fisik, serta kunjungan rumah ke tempat pasien. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis menyeluruh yang dilakukan pada tahap awal, selama proses, dan pada akhir penelitian, baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

HASIL

Data Klinis

Anamnesis

An. Z, seorang pelajar perempuan berusia 11 tahun, datang ke Poli Umum Puskesmas Rawat Inap Panjang pada tanggal 7 Oktober 2024, bersama ibunya, dengan keluhan utama berupa lenting-lenting berukuran kepala jarum pentul yang muncul di wajah, perut, punggung, paha, dan tangan sejak satu hari yang lalu. Keluhan tersebut diawali dengan demam, yang kemudian disertai dengan munculnya lenting-lenting di telapak tangan, disertai rasa gatal dan panas. Ibu pasien melaporkan bahwa tiga hari sebelumnya, pasien mengeluh demam yang berlangsung terus-menerus, tanpa adanya fluktuasi suhu atau peningkatan pada malam hari. Demam tidak dipengaruhi oleh waktu atau aktivitas. Setelah demam muncul, lenting-lenting dengan dasar kemerahan mulai terlihat di telapak tangan, yang semakin banyak dan meluas. Pasien merasakan gatal yang sangat mengganggu, hingga menggaruk lenting-lenting tersebut. Rasa gatal muncul hilang timbul, namun tidak meningkat pada malam hari. Ibu pasien juga melaporkan bahwa pasien sering menggaruk lenting-lenting tersebut karena rasa gatal, bahkan terkadang lenting-lenting tersebut pecah. Pasien juga mengeluhkan sensasi panas di sekitar lenting-

lenting tersebut, tetapi keluhan itu tidak menyebar ke bagian tubuh lainnya.

Satu hari sebelum datang ke Puskesmas, demam pasien mulai menurun, meskipun lenting-lenting tersebut semakin menyebar ke wajah dan tubuh disertai rasa gatal dan panas. Pasien tidak memiliki riwayat keluhan serupa sebelumnya, dan riwayat penyakit cacar atau campak juga disangkal. Tidak ada anggota keluarga yang mengeluhkan keluhan serupa, namun 15 hari sebelumnya, teman pasien mengeluhkan gejala yang sama. Riwayat penyakit pada keluarga, seperti cacar, campak, atau gigitan tungau, juga disangkal. Pasien diketahui memiliki kebiasaan jarang mencuci tangan dan kurang menjaga kebersihan makanan. Pasien tidak memiliki riwayat bepergian ke luar kota atau kontak dengan hewan peliharaan. Pasien khawatir bahwa ruam berisi cairan ini akan mengganggu aktivitas sehari-harinya sebagai pelajar SD kelas 5 dan meninggalkan bekas keropeng di tubuhnya.

Menurut keterangan pasien, teman sekelasnya mengalami keluhan serupa 15 hari yang lalu. Ibu pasien melaporkan bahwa meskipun sedang sakit, pasien tetap makan tiga kali sehari dengan porsi yang cukup. Pasien juga aktif berinteraksi dengan teman-temannya di sekolah dan rutin mengikuti ekstrakurikuler Taekwondo di sekolah. Bahkan saat sakit, pasien masih tetap berinteraksi dengan teman-temannya baik di sekolah maupun di rumah. Ventilasi dan pencahayaan di rumah pasien kurang baik, sehingga sirkulasi udara dan cahaya yang masuk ke dalam rumah terbatas.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: compos mentis dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) sebesar 15 (E4V5M6); pasien tampak kooperatif, frekuensi nadi: 78x/menit; frekuensi pernafasan: 18x/menit; suhu tubuh: 37,0°C. Berat badan 23 kg dan tinggi badan 137 cm. Berdasarkan tabel CDC status gizi pasien masuk dalam kategori gizi kurang.

Status Generalis

Kepala: Bentuk kepala bulat; rambut hitam panjang, tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata; lesi (+)

Mata Kanan : Injeksi konjungtiva (-), injeksi sklera (-), sklera ikterik (-), secret (-)

Mata Kiri : Konjungtiva hiperemis (-), injeksi konjungtiva (-), lesi (+), masa (-), secret (-)

Telinga lesi (-), hiperemis (-), sekret (-).

Hidung: sekret (-), NCH (-), lesi (+)

Bibir: Bibir kering (-), sianosis (-), pucat (-).

Leher: Simetris, trakea ditengah, pembesaran KGB(-), pembesaran tiroid(-).

Jantung:

I : Iktus kordis tidak tampak.

P: Iktus kordis teraba pulsasi pada SIC 5 linea midclavicular sinistra

P: Batas jantung kanan di SIC 4 linea sternalis dekstra, batas jantung kiri di SIC 5 2 jari medial linea midklavikularis sinistra.

A: Bunyi jantung I/II regular, murmur (-)

Paru:

I: Tampak simetris, lesi (+), retraksi dinding dada (-), pernafasan tertinggal (-).

P: Fremitus taktil simetris kanan dan kiri, nyeri tekan (-), massa (-).

P: Sonor di seluruh lapang paru.

A: Vesikular (+/+), rhonki (-), wheezing (-).

Abdomen:

I : Cembung, lesi (+).

A: Bunyi peristaltik usus kesan normal.

P: Timpani seluruh region abdomen.

P: Nyeri tekan (-), hepatsplenomegali (-).

Ekstremitas:

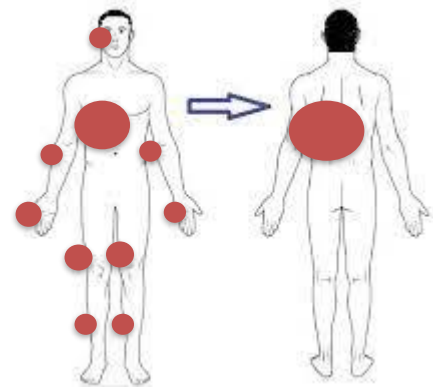
Superior: Akral hangat, CRT < 2 detik, edema (-/-), lesi (+).

Inferior: Akral hangat, CRT < 2 detik, edema (-), lesi (+).

Status Dermatologis

Regio fascialis, thorakalis, abdominalis, trunkus posterior, brachii-antebrachii dextra et sinistra, manus dextra et sinistra, femur-cruris dextra et sinistra terdapat lesi dengan efloresensi papul dengan dasar eritem, batas

tegas, bentuk bulat, multiple, ukuran miliar sampai lentikuler, diskret, tersebar regional.



Gambar 1. Status Dermatologis

Keterangan:

● : Regio yang mengalami kelainan kulit

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini, namun temuan klinis sudah mendukung penegakan diagnosis.

DATA KELUARGA

Pasien adalah anak pertama dari tiga bersaudara dan tinggal bersama ayah, ibu, serta adik perempuan dan adik laki-lakinya. Keluarga pasien termasuk dalam kategori keluarga inti (nuclear family). Berdasarkan siklus keluarga menurut Duvall, keluarga pasien berada pada tahap IV, yaitu keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun). Jarak rumah pasien dari Puskesmas Panjang sekitar 5 kilometer.

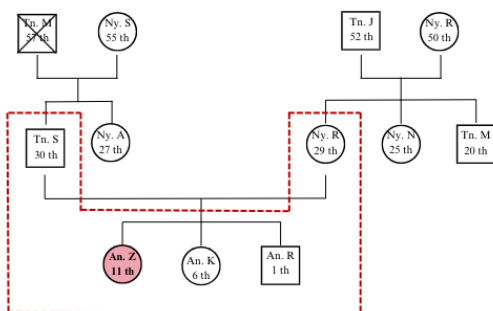
Pasien adalah seorang anak perempuan berusia 11 tahun yang masih duduk di bangku sekolah. Ayah pasien berusia 30 tahun dan bekerja sebagai buruh, sementara ibu pasien berusia 29 tahun dan berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Adik perempuan pasien berusia 6 tahun, dan adik laki-lakinya berusia 1 tahun. Pasien dan keluarganya pergi ke puskesmas untuk pemeriksaan jika ada keluhan kesehatan. Seluruh anggota keluarga terdaftar dalam program asuransi kesehatan BPJS. Pendapatan bulanan keluarga pasien sekitar

Rp3.000.000 yang diperoleh dari pekerjaan ayah pasien, yang digunakan untuk mencukupi kebutuhan hidup 5 anggota keluarga. Kebutuhan material keluarga cukup terpenuhi hingga tingkat kebutuhan sekunder.

Komunikasi antar anggota keluarga berjalan dengan baik dan lancar. Keluarga pasien sering berkumpul setiap hari di ruang tengah. Pemecahan masalah dalam keluarga dilakukan melalui musyawarah keluarga, dan seluruh keputusan penting mengenai keluarga diambil oleh suami pasien sebagai kepala keluarga.

Genogram

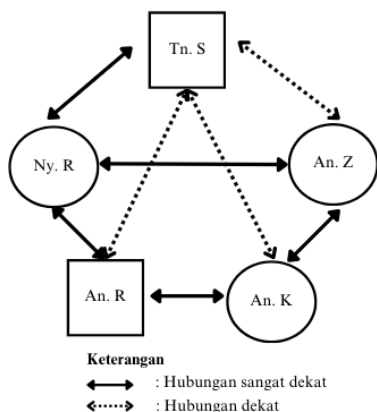
Genogram keluarga An. Z usia 11 tahun dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Genogram Keluarga An.Z (dibuat oleh Muthia Aya Syahmalya Pada 13 Oktober 2024)

Family Map

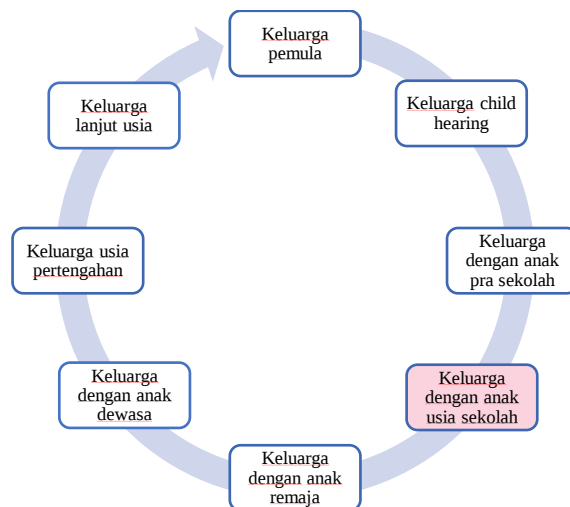
Family Map keluarga An. Z dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Hubungan Antar Keluarga

Family Life Cycle

Siklus hidup keluarga An. Z dapat dilihat pada gambar 4, berada dalam tahapan keluarga dengan anak usia sekolah.



Gambar 4. Family Life Cycle Keluarga An.Z

Family APGAR Score

Family APGAR Score keluarga An. Z dapat dilihat pada Tabel 1.

	APGAR	Skor
<i>Adaptation</i>	Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
<i>Partnership</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya	2
<i>Growth</i>	Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya	2
<i>Affection</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan, dan cinta	2
<i>Resolve</i>	Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama	2
Total		10

Tabel 1. Family APGAR

Adaptation : 2
Partnership : 2
Growth : 2
Affection : 2
Resolve : 2

Total *Family APGAR Score* : 10 (fungsi keluarga baik).

Family SCREEM

Family SCREEM keluarga An. Z dapat dilihat pada Tabel 2.

	Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit	SS	S	TS	STS
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	V			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	V			
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	V			
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami	V			
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	V			
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		V		
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami	V			
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	V			
E'1	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit		V		
E'2	Pengetahuan dan Pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami		V		
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	V			
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	V			
Total		33			

Tabel 2. Family SCREEM Pasien An.Z

Social : 6

Cultural: 6

Religion: 5

Economic: 6

Education: 4

Medical: 6

Total Family SCREEM :33

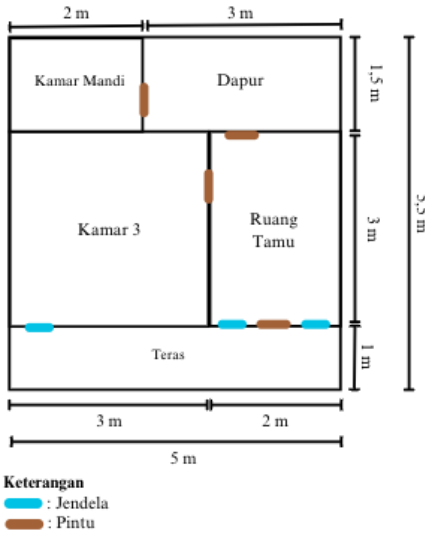
Dari hasil analisis *family SCREEM* yang dilakukan, disimpulkan bahwa dalam keluarga An. Z memiliki sumber daya yang adekuat.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk di Rumah pasien merupakan rumah permanen dengan ukuran 5 m x 5,5 m yang dihuni oleh 5 orang anggota keluarga. Rumah ini memiliki 1 kamar tidur, 1 WC, 1 kamar mandi, 1 dapur, dan 1 ruang tengah yang juga berfungsi sebagai ruang makan dan ruang tamu. Atap rumah terbuat dari asbes, dindingnya terbuat dari bata, dan lantainya menggunakan kayu. Ventilasi di rumah kurang memadai, dengan hanya satu jendela di kamar tidur.

Di kamar tidur terdapat kasur yang langsung diletakkan di lantai. Kamar mandi dilengkapi dengan ember dan WC jongkok. Rumah ini menggunakan aliran listrik dengan

pembayaran sistem token. Sumber air minum berasal dari air rebusan yang diperoleh dari pompa listrik. Limbah dan sampah dibuang secara rutin ke belakang rumah dan diambil oleh petugas kebersihan.



Gambar 5. Denah Rumah An.Z

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Reason for Encounters	Code	Keterangan
Pruritus	S02	Kulit terasa gatal
Rash generalized	S07	Timbul lenting-lenting kemerahan pada daerah telapak tangan kemudian menyebar ke wajah perut dan kaki
Feeling ill	A05	Sejak 3 hari yang lalu pasien merasa tidak enak badan dan demam

Tabel 3. Aspek Personal An.Z

Diagnostik Klinis awal

- ICD X: B01 (Varicella)
- ICPC 2 : A72 (Chickenpox)

Risiko Internal

- Pasien sering menggaruk area bintil di badan yang menyebabkan bintil pecah dan menjadi keropeng (ICD-10 L98.9)
- Pasien memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang dialaminya, yaitu mengenai penyebab, cara penularan, upaya pengobatan, dan komplikasi varicella (ICD-10 Z76.8)
- Pasien jarang mandi karena khawatir dapat memperparah penyakit pada kulitnya (ICD-10 Z72.89)
- Pasien sering lupa mencuci tangan setelah kegiatan di luar rumah, sebelum dan sesudah makan (ICD-10 Z72.89)
- Pasien tidak pernah mendapat vaksin varicella

Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga masih kurang mengenai penyakit pasien (ICD-10 Z63.8):
 - Definisi
 - Penyebab
 - Pencegahan penularan
 - Pengobatan
- Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah memiliki ventilasi yang kurang baik
- Lingkungan sekolah: sekolah memungkinkan kontak dengan banyak orang dan teman-teman pasien ada yang memiliki Riwayat terkena varicella
- Persepsi keluarga menyebabkan pasien jarang mandi karena khawatir dapat memperparah penyakit kulitnya.

Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1, yaitu pasien masih mampu untuk melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit (melakukan kegiatan sehari-hari).

RENCANA INTERVENSI

Patient Centered

Non Medikamentosa

- Edukasi kepada pasien mengenai penyakit varisela, penyebab, pencegahan penularan, dan pengobatan melalui poster.
- Edukasi kepada pasien untuk tidak menggaruk bintil, menaburkan bedak ke area keropeng.
- Edukasi pasien untuk istirahat di rumah selama 14 hari, tidak melakukan kegiatan diluar dan menghindari kontak dengan orang lain sampai penyakit sembuh agar mencegah penularan penyakit.
- Edukasi dan motivasi pasien terkait *personal hygiene* untuk mandi 2 kali sehari (pagi dan sore) dengan diusap halus saja, segera mandi setelah selesai berkegiatan diluar setiap sore hari, selalu mencuci tangan setiap beraktivitas dari luar rumah, sebelum dan sesudah makan.
- Edukasi keluarga untuk membersihkan seluruh pakaian, alat tidur dan kain-kain yang berhubungan dengan pasien.
- Memberikan edukasi mengenai kepatuhan minum obat dan cara pemakaian obat topikal (bedak untuk kulit yang kering (lenting) dan salep untuk lesi kulit yang basah (lenting yang sudah pecah)).

Medikamentosa

Terapi medikamentosa yang diberikan pada pasien.

- Asiclovir tab 4 x 400 mg selama 7 hari setelah makan
- Asiclovir salep 2x1 pada lenting
- CTM 3 x 4 mg bila gatal
- Bedak salicyl 2x1
- Multivitamin syr 2x1 cth
- Paracetamol 3 x 250mg

Family focused

- Edukasi kepada keluarga pasien mengenai penyakit varicella, penyebab, gejala, pengobatan, dan pencegahan melalui poster.

- Edukasi dan motivasi dari keluarga agar pasien membiasakan diri untuk mandi 2 kali sehari, segera mandi setelah selesai berkegiatan diluar setiap sore hari, dan selalu mencuci tangan setiap beraktivitas dari luar rumah, sebelum dan sesudah makan.
- Edukasi keluarga dalam mengingatkan pasien untuk menggunakan obat sesuai anjuran dari dokter, dan istirahat di rumah selama 14 hari.

Community oriented

- Memberikan edukasi dan informasi mengenai penyakit varicella dan cara penularannya ke tetangga di lingkungan rumah pasien, serta mengenai alur pengobatan ke layanan kesehatan terdekat jika terdapat keluhan serupa
- Memberikan edukasi dan motivasi ke tetangga untuk membuka jendela rumah setiap pagi hingga sore, agar rumah mendapatkan ventilasi udara yang baik.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

Aspek Personal

- Alasan kedatangan: keluhan lenting-lenting sudah membaik dan memudar
- Kekhawatiran: Lenting-lenting pada kulit hilang dengan mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran dan penyakit tidak mengganggu aktivitas
- Harapan: Penyakit dapat sembuh dan dapat beraktivitas normal seperti sebelumnya.
- Persepsi: Pasien mengetahui infeksi pada kulit dan dapat sembuh dengan pengobatan yang benar di puskesmas. Menjaga kebersihan diri merupakan salah satu cara untuk mempercepat penyembuhan serta mencegah terjadinya penularan.

Aspek Klinik

- ICD X: B01 (Varicella)
- ICPC: A72 (Chickenpox)

Aspek Risiko Internal

- Pasien tidak menggaruk area bintil di badan yang menyebabkan bintil pecah dan menjadi keropeng.
- Pasien memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit yang dialaminya.
- Pasien tetap menjaga kebersihan diri untuk mempercepat penyembuhan serta mencegah terjadinya penularan.
- Pasien rutin mencuci tangan setelah kegiatan di luar rumah, sebelum dan sesudah makan.

Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga meningkat mengenai penyakit pasien:
 - Definisi
 - Penyebab
 - Pencegahan penularan
 - Pengobatan
- Lingkungan rumah yang tertata rapi, ventilasi rumah memenuhi kriteria rumah sehat, tidak lembab.

PEMBAHASAN

An. Z, seorang pelajar perempuan berusia 11 tahun, datang ke Poli Umum Puskesmas Rawat Inap Panjang pada 7 Oktober 2024, ditemani ibunya, dengan keluhan utama berupa lenting-lenting kecil di wajah, tubuh, dan tangan yang terasa gatal dan panas sejak satu hari yang lalu. Pasien mengalami tiga kali pertemuan, yang dimulai dengan pertemuan pertama di Pelayanan Pemeriksaan Umum (BP Umum). Pada pertemuan pertama, dilakukan anamnesis terkait keluhan umum, kondisi keluarga, sosial, psikososial, dan ekonomi, serta pemeriksaan fisik. Pertemuan kedua, pasien diberi intervensi termasuk pengisian pre-test secara langsung, dan pada pertemuan

ketiga dilakukan evaluasi dengan pengisian post-test.

Pada pertemuan pertama, anamnesis dilakukan dengan keluhan utama berupa lenting-lenting pada wajah, perut, punggung, tangan, dan paha yang terasa gatal. Manifestasi klinis varicella berupa lesi superfisial yang terletak di epidermis, dengan bentuk seperti "dew drops on a rose petal" yang memiliki ukuran bervariasi. Lenting-lenting pada kulit pasien merupakan fase erupsi dari varicella, dimulai dari makula yang berubah menjadi vesikel, kemudian pecah menjadi krusta. Lesi berbentuk vesikel sangat menular karena mengandung virus yang banyak, sedangkan lesi yang telah kering tidak menular.^(9,10)

Demam pasien tidak dipengaruhi oleh waktu atau aktivitas. Ibu pasien mengungkapkan bahwa pasien sering menggaruk lenting-lenting tersebut karena rasa gatal yang sangat mengganggu. Pasien juga mengeluhkan sensasi panas di sekitar lenting-lenting tersebut, tetapi keluhan ini tidak menyebar ke bagian tubuh lainnya. Pada varicella, lesi pertama muncul sebagai makula, lalu berkembang menjadi vesikel, dan akhirnya menjadi krusta, yang tidak lagi menular setelah kering.^(5,10,11)

Berdasarkan informasi dari ibu pasien, ini adalah pertama kalinya pasien mengalami keluhan seperti ini, yang menunjukkan bahwa pasien belum memiliki kekebalan tubuh terhadap virus Varicella Zoster, dan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gejala serupa. Penularan VZV bisa terjadi melalui udara (aerogen), kontak langsung, atau secara transplasental. Droplet yang terbawa udara memainkan peran utama dalam mekanisme transmisi, meskipun infeksi juga bisa terjadi melalui kontak langsung.^(1,12)

Penderita varisela terinfeksi melalui saluran pernapasan atas dan orofaring, kemudian virus menyebar ke pembuluh darah dan kelenjar limfe melalui pintu masuk (port d'entry). Proses penyebaran virus ini dikenal sebagai viremia primer. Tubuh berusaha mengeliminasi virus dengan sistem pertahanan yang non-spesifik, serta kekebalan terhadap virus tersebut. Jika upaya ini gagal, virus berkembang biak dan menyebabkan viremia sekunder, yang terjadi sekitar dua minggu setelah infeksi. Virus Varicella Zoster menyebar dari pembuluh darah ke mukosa dan epidermis, yang menyebabkan erupsi kulit. Setelah itu, virus memasuki ujung saraf sensorik dan menetap dalam keadaan laten di ganglion dorsalis posterior. Pada pasien An. Z, interaksi langsung dengan teman yang menderita penyakit serupa 15 hari sebelum pasien mengeluhkan demam kemungkinan menjadi penyebab infeksi varisela. Virus ini dapat masuk ke tubuh melalui droplet yang terhirup atau kontak langsung dengan lesi kulit penderita lain.^(10,13)

Berat badan pasien 23 kg dan tinggi badan 137 cm, yang menunjukkan bahwa berdasarkan tabel CDC, status gizi pasien berada pada kategori gizi kurang. Pada pemeriksaan dermatologis, ditemukan lesi di berbagai area seperti wajah, dada, perut, punggung, lengan, tangan, dan paha. Lesi ini berupa papul dengan dasar eritema, batas tegas, berbentuk bulat, berukuran miliari hingga lentikuler, tersebar secara regional. Gambaran ini konsisten dengan erupsi kulit pada varisela, yang dimulai dari makula, berkembang menjadi vesikel, dan akhirnya menjadi krusta.^(1,5,9)

Tujuan penatalaksanaan varisela adalah untuk mempercepat penyembuhan penyakit, mengatasi erupsi kulit, dan mencegah komplikasi. Penatalaksanaan secara holistik pada pasien An. Z dilakukan dalam tiga pertemuan. Pertemuan pertama pada tanggal 9 Oktober 2024, yang mencakup anamnesis,

pemeriksaan fisik, dan pembahasan lebih lanjut mengenai kondisi pasien serta persetujuan untuk melibatkan keluarga dalam proses pengobatan.

Penatalaksanaan varisela terdiri dari tindakan non-medis dan medis. Tindakan non-medis meliputi anjuran untuk tidak menggaruk lesi kulit agar menghindari gesekan dan pecahnya vesikel, serta istirahat yang cukup selama 14 hari dan tetap di rumah sampai sembuh. Penatalaksanaan medikamentosa pasien An. Z diberikan anti virus yaitu asiklovir 4 x 800mg/hari selama 7 hari; chlorpeniramine maleat (CTM) tablet 2 x 4mg/hari bila gatal, multivitamin syr 2x1, asiklovir salep 2 x 1, dan bedak salicyl talk 2 x 1. Pemberian asiklovir dimaksudkan untuk menekan atau menghambat replikasi dari virus *varicella zoster* dengan dosis 4x800 mg/hari per oral selama 7 hari untuk anak-anak, analgetik dan antipiretik parasetamol jika demam, topikal yaitu cair calamine lotion untuk mengurangi rasa gatal. Asiklovir merupakan antivirus turunan guanosisin siklik yang selektif terhadap infeksi virus VZV, *Herpes Simplex Virus* (HSV) tipe 1, HSV-2, dan *Ebsteinbar Virus* (EBV). Asiklovir bekerja dengan menghambat sintesis DNA virus ketika virus masuk ke dalam sel. Asiklovir secara bermakna dapat mengurangi jumlah total lesi, lama gejala, dan *viral shedding* pada pasien dengan varisela, sehingga asiklovir dijadikan sebagai *gold standard* pengobatan varisela. Pengobatan topikal dapat diberikan yaitu bedak cair calamine lotion untuk mengurangi rasa gatal. Krim asiklovir dapat diberikan namun secara substansial kurang efektif dibandingkan terapi asiklovir oral. antihistamin untuk menghilangkan rasa gatal antihistamin yang digunakan adalah chlorpeniramine maleat dengan dosis dua kali sehari 4 mg.^(1,5,7,13,14)

Terapi yang telah diberikan yaitu asiklovir 4 x 800 mg, bedak calamine, salep asiclovir, dan CTM. Tujuan dilakukan kunjungan ketiga yaitu untuk melakukan *pre test* dan intervensi terhadap pasien dan keluarganya sesuai masalah yang diidentifikasi. Pada *pre test*, terdapat 20 pertanyaan terkait penyakit

pasien. Intervensi dilakukan setelah *pre test* dengan menggunakan media poster mengenai penyakit varisela yaitu definisi, penyebab, gejala, pengobatan kepada pasien, dan pencegahan penularannya. Berdasarkan 20 pertanyaan yang diajukan, ibu pasien menjawab 11 pertanyaan. Terdapat peningkatan skor dari *pre test* sebesar ke *post test* sebesar 30 poin. Pasien mendapatkan skor 55 pada *pre test* dimana hal ini menunjukkan pengetahuan ibu pasien dan pasien terkait varicella secara umum masih kurang.

Edukasi merupakan elemen yang sangat penting dan menjadi prioritas dalam penatalaksanaan pasien. Kegiatan edukasi dilakukan dengan pendekatan patient-centered dan family-focused. Pada pendekatan patient-centered, edukasi difokuskan pada pasien mengenai penyakit varisela, termasuk penyebab, cara pencegahan penularan, dan pengobatan, yang disampaikan melalui poster. Selain itu, pasien diberikan edukasi untuk tidak menggaruk bintil, serta menggunakan bedak calamine lotion pada area lesi untuk mengurangi gesekan kulit dan mencegah pecahnya vesikel. Pasien juga diingatkan untuk beristirahat yang cukup selama 14 hari, tidak keluar rumah hingga sembuh, serta meningkatkan kebersihan diri dengan mandi dua kali sehari dan selalu mencuci tangan setelah beraktivitas di luar rumah. Hal ini penting karena masa inkubasi varisela adalah 14-16 hari setelah terpapar virus, sehingga pasien perlu tetap di rumah untuk mencegah penularan kepada orang lain. Meningkatkan kebersihan diri juga penting untuk mencegah penyebaran penyakit.^(3,14)

Kunjungan ketiga dilakukan pada 03 November 2024. Tujuan dilakukan kunjungan ketiga yaitu untuk melakukan *post test* terhadap pasien dan keluarganya sesuai masalah yang diidentifikasi. Pada *post test*, terdapat 20 pertanyaan terkait penyakit pasien. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan hasil *post test* sebagai berikut:

<i>Variabel</i>	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>	
<i>Pengetahuan</i>	55	90	<i>Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 35 poin</i>

Tabel 4. Hasil Pre Test dan Post Test

Sebelum evaluasi dilakukan, anamnesis terkait keluhan terbaru pasien serta pemeriksaan fisik dilakukan pada pertemuan ketiga. Pasien melaporkan bahwa rasa gatal sudah hilang dan bintil-bintil pada tubuh kini hanya meninggalkan keropeng. Pemeriksaan lokalis pada tubuh pasien menunjukkan lesi di beberapa area, seperti tangan kanan dan kiri, dada depan dan belakang, paha kanan dan kiri, serta tungkai kanan dan kiri, berupa makula hipopigmentasi berukuran mili, berbatas tegas, dan bentuk bulat.

Pasien mengungkapkan bahwa setelah mendapatkan pengobatan dari puskesmas, keluarga selalu mendukung dan memastikan pasien mematuhi anjuran pengobatan, seperti mengonsumsi obat antivirus 4 kali sehari selama 7 hari dan mengaplikasikan bedak calamine pada area bintil. Perilaku pasien menunjukkan adanya perubahan yang positif, di mana pasien tidak lagi menggaruk bintilnya, terbukti dari bekas bintil yang tidak menunjukkan erosi. Selama masa sakit, pasien tetap beristirahat di rumah dan menghindari kontak dengan orang lain selama 14 hari. Pasien juga mulai memperbaiki kebersihan diri dengan rutin mandi dua kali sehari dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

Berdasarkan prinsip *Evidence-Based Medicine*, komplikasi yang sering muncul pada varisela adalah efloresensi kulit yang dapat memburuk jika tidak ditangani dengan baik. Oleh karena itu, edukasi kepada keluarga penting dilakukan mengenai penggunaan obat topikal untuk mengatasi bekas cacar, seperti yang mengandung tretinoin atau produk topikal seperti Dermatrix yang disarankan untuk

mengurangi bekas luka dan membuat kulit tampak lebih cerah.⁽¹⁴⁾

KESIMPULAN

An. Z 11 tahun, dengan lenting-lenting pada tangan dan kaki sejak 1 hari sebelum datang berobat. Keluhan didahului oleh demam kemudian mulai muncul lenting-lenting pada kaki yang disertai dengan rasa gatal dan panas. Telah dilakukan intervensi non-medikamentosa kepada pasien dan keluarga berupa edukasi dengan media poster mengenai definisi, penyebab, pencegahan penularan, dan pengobatan penyakit. Dilakukan edukasi mengenai pengobatan farmakologis, yaitu mengenai kepatuhan meminum obat asiklovir, penggunaan bedak salicyl, maupun salep asiklovir. Setelah dilakukan penatalaksanaan holistik dan komprehensif, pasien dan keluarga mengalami peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 35 poin dan terjadi perubahan perilaku pasien.

SARAN

Bagi Pasien:

1. Menerapkan kebiasaan kebersihan diri seperti mandi 2 kali sehari, terutama setelah berkegiatan di luar, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir setelah berkegiatan diluar rumah, sebelum, dan sesudah makan.
2. Menjaga pola makan serta asupan makan sesuai pedoman gizi seimbang.
3. Memberikan edukasi untuk ke fasilitas kesehatan terdekat apabila terdapat keluhan lain yang dialami.

Bagi Keluarga:

1. Memberikan dukungan dan motivasi agar pasien membiasakan diri untuk menerapkan kebiasaan kebersihan diri seperti mandi 2 kali sehari, terutama setelah berkegiatan di luar, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir

setelah berkegiatan diluar rumah, sebelum, dan sesudah makan.

2. Memotivasi keluarga untuk menjaga kebersihan lingkungan di dalam rumah, dengan menata barang-barang di rumah agar terlihat rapi.
3. Menerapkan prinsip asupan gizi seimbang untuk seluruh anggota keluarga agar kesehatan keluarga terjaga dan sebagai pencegahan dari penyakit lain.

Bagi Puskesmas:

1. Perlu meningkatkan kegiatan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai pola hidup sehat di tatanan rumah tangga.
2. Melakukan pendataan dan pembinaan mengenai kasus varicella untuk pelaksanaan tatalaksana holistik pada kasus varicella kedepannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dwi Syarpia R, Nusadewiarti Fakultas Kedokteran A, Lampung U, Ir Sumantri Brojonegoro No J, Meneng G, Lampung B. Penatalaksanaan Holistik Pada Anak Laki-Laki 10 Tahun Dengan Varisela Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga [Internet]. Tersedia Pada: [Http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jppp](http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jppp)
2. Riset A, Dan Karakteristik Varisela Anak Di Rumah Sakit Ibnu Sina Dan Jejaringnya P, Muqarribah Pratiwi Ishaq N, Waspodo Nn, Kadir A, Amelia Abdi D, Dkk. Fakumi Medical Journal. 2017.
3. Shah Ha, Meiwald A, Perera C, Casabona G, Richmond P, Jamet N. Global Prevalence Of Varicella-Associated Complications: A Systematic Review And Meta-Analysis. Infect Dis Ther. 1 Januari 2024;13(1):79–103.
4. Anugrah E, Waspodo Nn. Impact Of Varicella Vaccination On The Incident Of Varicella-Erza Anugrah Et.Al Impact Of Varicella Vaccination On The Incident Of Varicella. 15:2024. Tersedia Pada: [Https://Ejournal.Seainstitute.Or.Id/Index.Php/Healt](https://Ejournal.Seainstitute.Or.Id/Index.Php/Healt)
5. Ketujuh E, Penerbit B. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin [Internet]. 2016. Tersedia Pada: Www.Bpfkui.Com
6. Guo S, Guo Q, Wan C. An Analysis Of Risk Factors For Visceral Disseminated Varicella In Children. Front Pediatr. 2024;12.
7. Adista Ma, Aini Z, Syahrizal S, Fuada N, Moneta Lr. Pelayanan Komprehensif Pada Pasien Anak Dengan Varicella Melalui Home Visit Menggunakan Family Folder. Abdikan: Jurnal Pengabdian Masyarakat Bidang Sains Dan Teknologi. 28 Agustus 2023;2(3):386–92.
8. Siregar Pa, Azwa Na, Mrp Ad, Maghfirah S. Epidemiologi Penyakit Menular Cacar Air. Jk: Jurnal Kesehatan. 2023;1(1):10–24.
9. Dooling K, Marin M, Gershon Aa. Clinical Manifestations Of Varicella: Disease Is Largely Forgotten, But It's Not Gone. Journal Of Infectious Diseases. 1 November 2022;226:S380–4.
10. Blair Rj. Varicella Zoster Virus. Vol. 40, Pediatrics In Review. American Academy Of Pediatrics; 2019. Hlm. 375–7.
11. Arvin Am. Creating The “Dew Drop On A Rose Petal”: The Molecular Pathogenesis Of Varicella-Zoster Virus Skin Lesions. Microbiology And Molecular Biology Reviews. 26 September 2023;87(3).
12. Cdc, Ncird. Vaccine Information Statement: Chickenpox Vaccine - What You Need To Know [Internet]. Tersedia Pada: Www.Hrsa.Gov/Vaccinecompensation
13. Kennedy Pge, Gershon Aa. Clinical Features Of Varicella-Zoster Virus Infection. Vol. 10, Viruses. Mdp Ag; 2018.
14. Mohammad Ap, Ghassemi M. Varicella-Zoster Scar Treatments: A Tertiary Review. Med J Islam Repub Iran. 2021;35(1):1–8.