

Penatalaksanaan Holistik Pasien Laki-Laki Usia 27 Tahun dengan Varisela melalui Pendekatan Dokter Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Sukaraja

Meyliana Suwanda¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Varisela atau cacar air adalah suatu penyakit akut dan sangat menular yang disebabkan oleh infeksi virus Varicella Zoster (VZV). Menerapkan prinsip pelayanan kedokteran keluarga dan melakukan penatalaksanaan secara holistik berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient-centered*, *family focused*, dan *community oriented* berbasis *Evidence Based Medicine*. Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien laki-laki Tn. C 27 tahun datang dengan keluhan terdapat lenting-lenting di wajah, leher, badan, punggung, dan lengan, dan tungkai sejak dua hari yang lalu disertai gatal. Lenting berupa vesikel ukuran miliar, bentuk bulat, berbatas tegas, dengan dasar eritematosus, tersebar regional. Secara klinis dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosis Varisela (ICD 10 B01.9). Pada kasus ini telah dilakukan diagnosis dan tatalaksana sesuai teori dan jurnal terkait. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan penurunan gejala klinis dan peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga. Penatalaksanaan secara holistik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien dan keluarga dalam menjaga kesehatan.

Kata kunci: Dokter Keluarga, Tatalaksana Holistik, Varisela.

Holistic Management Of A 27-Years-Old Male Patient with Varicella through The Family Doctor Approach in Sukaraja Puskesmas

Abstract

Varicella or chicken pox is an acute and highly contagious disease caused by infection with the Varicella Zoster virus (VZV). Apply the principles of family medicine services and carry out holistic management based on a framework for solving patient problems with a patient-centered, family focused and community-oriented approach based on Evidence Based Medicine. This study analysis is a case report. Primary data is obtained through history taking, physical examination and home visits to complete family data, psychosocial and environmental data. Secondary data was obtained from patient medical records at the Community Health Center. The assessment is carried out based on a holistic diagnosis of the beginning, process and end of the study quantitatively and qualitatively. Male patient Mr. C 27 years-old came with complaints that he had tingles on his face, neck, body, back, arms, and leg for two days ago accompanied by itching. Elastic in the form of vesicles the size of billions, round shape, well-defined, with an erythematous base, distributed regionally. Clinically and on physical examination the patient was diagnosed with Varicella (ICD 10 B01.9). In this case, diagnosis and treatment have been carried out according to theory and related journals. After the intervention was carried out, there was a reduction in clinical symptoms and an increase in patient and family knowledge. Holistic management can improve the knowledge, attitudes and behavior of patients and families in maintaining health.

Keywords: Family Doctor, Holistic Management, Varicella.

Korespondensi: Meyliana Suwanda, alamat Taman Cari, Purbolinggo, HP 0895640655539, e-mail meyliaanaas@gmail.com

Pendahuluan

Varicella atau cacar air adalah penyakit akut yang sangat menular yang disebabkan oleh infeksi virus Varicella Zoster (VZV). Virus ini memiliki kapasitas untuk menyebabkan dua

jenis infeksi pada manusia, yakni varisela dan herpes zoster.^{1,2,3}Penyebab varisela menyebar secara luas di berbagai belahan dunia, dengan kecenderungan terjadi lebih sering di negara-negara yang memiliki iklim sedang. Penyakit ini

umumnya menjangkiti anak-anak sebelum mencapai usia 10 tahun.^{1,2,4}

Namun, insiden varisela pada usia dewasa lebih tinggi di negara-negara yang beriklim tropis dan subtropis.^{3,5} Menurut laporan tahun 2018 di Amerika Serikat, ditemukan sekitar 4 juta kasus varisela setiap tahunnya, yang mengakibatkan sekitar 100-150 kematian dan lebih dari 10.000 orang harus dirawat di rumah sakit.⁶ Di Asia-Pasifik pada tahun 2019, setelah vaksin ditemukan, insidensi varisela berkisar antara 100 hingga 2.530 kasus per 100.000 penduduk per tahun.⁷ Di Korea, Australia, dan India, insidensi tertinggi varisela terjadi pada kelompok usia 5–9 tahun.⁷ Data insidensi varisela di Taiwan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam hal ini.⁷

Pada tahun 2019, insiden varisela di Cina dilaporkan lebih tinggi pada pria (1.253 per 100.000) daripada wanita (1.147 per 100.000).⁷ Di Thailand dan Sri Lanka pada tahun yang sama, jumlah pasien varisela yang dirawat di rumah sakit lebih tinggi pada pria dibandingkan wanita.^{6,7} Pada tahun 2014 di Singapura, sekitar 50,8% insiden varisela terjadi pada anak-anak berusia 1-17 tahun, angka ini lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang berusia di atas 25 tahun yang mencapai 88%.⁸

Angka kejadian varisela di Indonesia belum pernah dipelajari secara menyeluruh. Namun, berdasarkan publikasi dari beberapa Rumah Sakit di Indonesia, distribusi kasus varisela dapat dilihat dari kasus baru di Poliklinik RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado periode 2012, dimana terdapat 27 kasus (2,68%) dari total 1.008 kasus yang tercatat.⁹ Pada Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah pada tahun 2015, terdapat 23 kasus baru (1,28%) dari 1.792 kunjungan baru.¹⁰

Varisela umumnya bersifat ringan dan akan sembuh sendiri dalam waktu tertentu, tetapi dapat menimbulkan masalah jika tidak diatasi dengan baik, terutama pada individu yang berusia 15 tahun ke atas dan bayi yang berusia 1 tahun ke bawah.³ Komplikasi yang paling umum terjadi pada orang dewasa meliputi pneumonia primer, infeksi kulit sekunder, meningitis aseptik, dan ensefalitis.

Sedangkan pada bayi, komplikasi dapat berupa pneumonia sekunder.^{2,3}

Setiap tahun, angka kejadian varisela dengan komplikasi mencapai 4,2 juta kasus, dengan sekitar 4200 kematian yang disebabkan oleh varisela.¹¹ Angka mortalitas pada anak usia 1-14 tahun diperkirakan sekitar 2 kasus dari setiap 100.000 kasus, tetapi pada bayi baru lahir bisa mencapai hingga 30%.¹² Pneumonia primer yang disebabkan oleh varisela terjadi sebagian besar pada orang dewasa, dengan insiden yang jarang terjadi pada anak-anak yang sehat.^{12,13} Komplikasi yang mempengaruhi sistem saraf pusat, seperti ataksia serebelar, meningoensefalitis, meningitis, dan vaskulitis, diperkirakan terjadi pada 1 kasus dari setiap 4.000 kasus varisela.^{12,14}

Komplikasi lain yang sering terjadi akibat cacar air adalah hepatitis akut yang dialami oleh 30 pasien (sekitar 10%) dan ataksia serebelar yang terjadi pada 22 pasien (sekitar 7,3%). Sementara itu, komplikasi yang jarang terjadi namun tidak umum meliputi pankreatitis akut pada 45 pasien (sekitar 15%), ruam hemoragik pada 10 pasien (sekitar 3,3%), sindrom Guillain-Barré pada 4 pasien (sekitar 1,3%), koagulasi intravaskular diseminata pada 4 pasien (sekitar 1,3%), fasciitis nekrotik pada 4 pasien (sekitar 1,4%), dan gagal ginjal akut pada 3 pasien (sekitar 1%).^{13,15,16,17,18}

Pengelolaan varisela yang komprehensif memerlukan pendekatan yang mencakup pengobatan penyembuhan, promosi kesehatan, pencegahan, dan tidak hanya melibatkan pasien secara langsung dalam proses pengelolaan. Pendekatan keluarga juga menjadi kunci untuk mencapai hasil yang optimal.

Kasus

Tn. C, seorang pria berusia 27 tahun yang bekerja sebagai juru las, datang ke Poli Umum Puskesmas Rawat Inap Sukaraja bersama ayahnya. Dia mengeluhkan munculnya ruam berbentuk lenting-lenting seukuran kepala jarum pentul di wajah, leher, tubuh, punggung, tangan, dan kaki selama 2 hari terakhir sebelum kunjungan ke puskesmas. Awalnya, ruam muncul di sekitar bahu dalam bentuk bintil kecil dengan dasar kemerahan.

Awalnya, Tn. C menganggap bintil tersebut sebagai jerawat, tetapi kemudian berubah menjadi lenting. Lenting kemudian menyebar ke leher, tubuh, dan punggung. Tn. C mengeluhkan sensasi gatal yang dirasakan terus menerus di area lenting, sehingga terkadang secara tidak sengaja menggaruk dan membuat lenting berisi cairan pecah, keluhan nyeri pada lenting disangkal. Rasa gatal tidak membuat pasien sulit tidur saat malam hari.

Tiga hari sebelum lenting muncul, pasien mengeluhkan demam dan merasa tidak enak badan. Demam yang dirasakan berlangsung terus-menerus tanpa dipengaruhi oleh waktu atau aktivitas, dan hanya mereda setelah mengonsumsi obat penurun panas. Pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya, dan tidak memiliki riwayat cacar atau campak. Tidak ada riwayat perjalanan ke luar kota atau kontak dengan hewan peliharaan. Pasien juga tidak memiliki riwayat digigit oleh serangga, alergi seperti asma, alergi makanan, atau obat. Pasien memiliki kekhawatiran bahwa ruam berisi cairan akan meninggalkan bekas keropeng di tubuhnya.

Menurut keterangan pasien, adik pasien mengalami keluhan serupa dua minggu yang lalu. Pasien khawatir kondisinya ini akan mengganggu aktivitas sehari-harinya. Sebagai juru las, pasien banyak berinteraksi dengan rekan kerja. Meskipun sakit, pasien tetap bekerja dan berinteraksi dengan orang-orang di sekitar rumah dan keluarga. Pasien mengatakan bahwa ia makan tiga kali sehari dengan porsi yang cukup, tetapi variasi makanannya terbatas hanya pada satu jenis sumber makanan. Selain itu, pasien memiliki kebiasaan merokok, tidak minum alkohol, dan tidak pernah mengonsumsi narkoba. Kebiasaan berolahraga pasien juga tidak teratur.

Saat didatangi, pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya, namun tidak tahu jika penyakitnya menular. Keluarga pasien telah diberitahu tentang kondisi kesehatan pasien. Namun, ketika ditanya tentang penyebab penyakitnya, baik pasien maupun keluarga tidak memiliki pengetahuan mengenainya. Mereka juga tidak memahami faktor risiko yang mungkin menyebabkan

penyakit ini timbul, serta tindakan apa yang dapat diambil dalam pengobatan varisela. Mereka juga belum paham bagaimana cara penularan varisela dan langkah-langkah untuk mencegah penularannya kepada anggota keluarga dan orang-orang di sekitarnya. Selain itu, mereka juga tidak menyadari bahwa penyakit ini dapat menyebabkan komplikasi jika tidak diobati dengan tepat. Pasien berharap agar penyakitnya dapat segera sembuh sehingga ia dapat kembali beraktivitas seperti biasa.

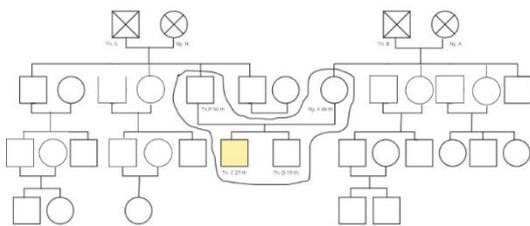
Pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara dan tinggal bersama kedua orang tua serta adiknya. Ayah pasien (Tn. P, 50 tahun) bekerja sebagai pedagang dengan penghasilan berkisar antara Rp1.500.000 per bulan, sementara ibu pasien (Ny. Y, 48 tahun) adalah penjahit dengan penghasilan sekitar Rp500.000. Pasien sendiri bekerja sebagai juru las dengan penghasilan per bulan berkisar Rp1.000.000. Adik pasien merupakan siswa SMA kelas 3. Keluarga pasien tergolong sebagai keluarga nuclear family. Pola pengobatan keluarga pasien adalah jika ada keluhan yang mengganggu aktivitas, baru mereka akan memutuskan untuk berobat ke Puskesmas Sukaraja. Selain itu, pasien dan keluarganya memiliki asuransi jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Hasil pemeriksaan fisik pasien tampak sakit ringan; composmentis dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4V5M6; pasien tampak kooperatif; suhu: 37,2°C; tekanan darah: 119/78 mmHg; frekuensi nadi: 90x/menit; frek. nafas: 20x/menit; berat badan: 72 kg; tinggi badan: 162 cm. IMT: 27,4 kg/m² dimana status gizi pasien masuk ke dalam kategori obesitas. Hasil pemeriksaan umum kepala, mata, telinga, dan hidung menunjukkan hasil dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher, tekanan vena jugularis tidak meningkat, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan paru, dada simetris, gerakan dada dan fremitus taktil simetris, suara napas vesikuler tanpa adanya suara napas tambahan seperti rhonki dan wheezing. Pada pemeriksaan jantung, bunyi jantung I dan II terdengar teratur, tanpa adanya bunyi jantung

tambahan atau murmur. Pada pemeriksaan abdomen, tampak cembung, soefl, tidak terdapat pembesaran organ atau cairan di perut, dan bising usus terdengar normal. Pada pemeriksaan ekstremitas, tidak ditemukan adanya edema, *Capillary Refill Time* (CRT) kurang dari dua detik.

Regio fascialis, coli, thorakalis, abdominalis, brachii-antebrachii, femur-crusis terdapat eflorisiensi yaitu vesikel dengan dasar eritem serta papul, batas tegas, lesi multiple ukuran milier sampai gutata, dengan tepi reguler, tersebar regional. Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini, namun temuan klinis mendukung.

Genogram keluarga Tn. C dapat dilihat pada Gambar 1.

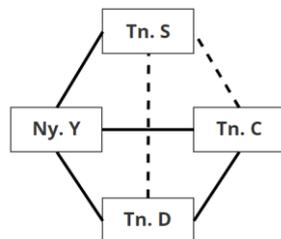


Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Pasien Tn. c
-  : Tinggal satu rumah

Gambar 1. Genogram keluarga Tn. C

Hubungan antar keluarga Tn. C dapat dilihat pada Gambar 2.

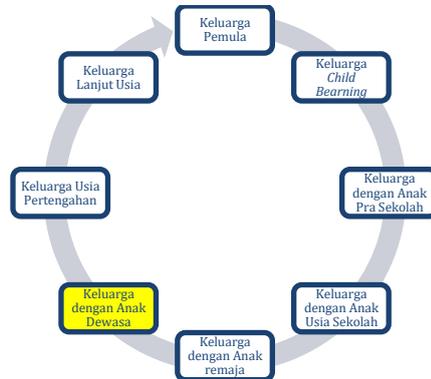


Keterangan:

-  : Dekat
-  : Sangat dekat

Gambar 2. Hubungan Keluarga Tn. C

Siklus hidup keluarga Tn. C dapat dilihat pada Gambar 3. Keluarga Tn. C berada dalam tahap keluarga dengan anak yang sudah dewasa.



Gambar 3. Family Life Cycle Tn. C

Family Apgar Score pasien Tn. C terdapat di tabel 1.

Tabel 1. Family Apgar Score

	Selalu	Kadang-kadang	Jarang
A Saya puas bahwa saya dapat kembali ke keluarga saya bila saya menghadapi masalah	v		
P Saya puas dengan cara keluarga saya membahas dan membagi masalah kepada saya	v		
G Saya puas dengan cara keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan kegiatan baru atau arah hidup yang baru			v
A Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan kasih sayangnya dan merespon emosi saya seperti kemarahan, perhatian, dll		v	
R Saya puas dengan cara keluarga saya dan saya membagi waktu bersama	v		

Adaptation : 2

Partnership : 2

Growth : 1

Affection : 1

Resolve : 2

Total *Family Apgar score* 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Family SCREEM pasien Tn. C terdapat di tabel 2.

Tabel 2. Family SCREEM

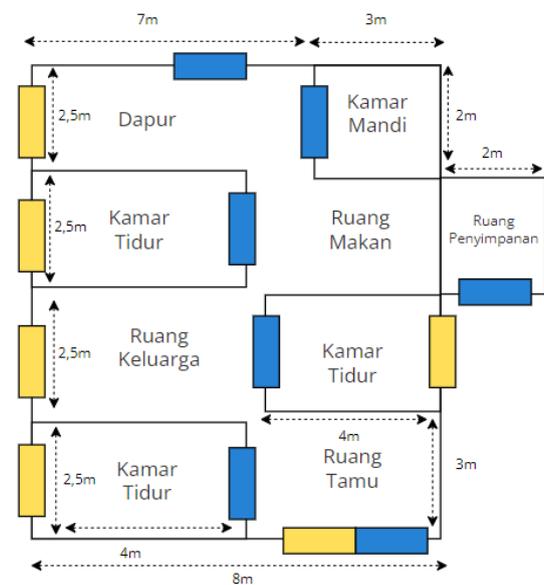
Ketika anggota keluarga ada yang sakit	seseorang didalam	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	V			
S2	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	V			
C1	Budaya kami memberikan kekuatan dan keberanian keluarga kami		V		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		V		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu 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			V	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	V			
M2	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantuk keluarga kami	V			

Social : 6
 Cultural : 4
 Religion : 6
 Economic : 3
 Education : 2
 Medical : 6

Total Family SCREEM : 27

Dari hasil analisis Family SCREEM yang dilakukan, disimpulkan bahwa dalam keluarga Tn. C memiliki sumber daya yang adekuat.

Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk di rumah permanen bersama dengan ayah, ibu, dan saudara laki-lakinya. Rumah berukuran 8 m x 10 m, tidak bertingkat, tidak memiliki teras, memiliki ruang tamu, ruang keluarga, 3 buah kamar tidur, 1 buah kamar mandi, dapur, ruang makan, dan ruang yang difungsikan sebagai tempat penyimpanan atau gudang. Lantai rumah dilapisi dengan semen parmanen, dinding terbuat dari tembok dan sudah dicat, namun ada sebagian yang terbuat dari batako belum di cat di bagian dapur dan kamar mandi. Lantai pada bagian kamar mandi dan dapur cukup bersih namun terdapat beberapa tempat yang nampak tidak rapih. Penerangan dan ventilasi baik, cahaya dan sirkulasi udara dapat masuk ke ruangan dalam rumah. Atap rumah tersusun dari genting dengan bagian belakang rumah atapnya tersusun dari asbes. Atap tidak di lapisi plafon pada seluruh bagian rumah. Rumah tampak cukup bersih dan rapih. Pada setiap kamar, terdapat kasur busa beralaskan dipan.



Keterangan :
■ : Pintu
■ : Jendela

Gambar 3. Denah Rumah Tn. C

Rumah sudah dialiri listrik, listrik menggunakan pembayaran token. Sumber air minum berasal dari air yang dimasak sendiri dan

berasal dari sumur dengan pompa listrik, air tersebut juga digunakan untuk mandi dan mencuci. Limbah dialirkan ke selokan, dengan kamar mandi yang menggunakan ember dan jamban jongkok yang langsung menuju septik-tank yang berjarak 5 m. Keadaan rumah secara keseluruhan tampak cukup bersih dan terawat namun terdapat beberapa tempat dengan perabotan rumah tangga yang kurang tertata.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini, yaitu:

1. Aspek Personal

1. Alasan kedatangan: lenting berisi air pada wajah, leher, badan, lengan, dan kaki yang dirasa gatal
2. Kekhawatiran: lenting pada kulit yang semakin banyak dan gatal, serta penyakit yang diderita dapat mengganggu aktivitas
3. Persepsi: pasien menganggap bahwa infeksi pada kulit pasien dapat sembuh dengan obat yang diberikan puskesmas. Pasien juga menganggap penyakit yang diderita meninggalkan bekas keropeng di tubuh. Mandi atau melakukan kontak dengan air dapat memperparah penyakit kulit pasien.
4. Harapan: penyakit yang diderita dapat disembuhkan dengan segera dan dapat beraktivitas normal seperti sebelumnya.

2. Aspek Klinik

Varisela (ICD 10-B01.9; ICPC-A72)

3. Aspek Risiko Internal

1. Pasien sering menggaruk area lenting di badan yang menyebabkan lenting pecah dan menjadi keropeng (ICD-10 L98.9).
2. Pasien memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang dialaminya (ICD-10 Z76.8).
 - a. Penyebab penyakit varisela
 - b. Transmisi penularan penyakit varisela
 - c. Faktor risiko penyakit varisela
 - d. Upaya pengobatan penyakit varisela
 - e. Pencegahan penyebaran dan komplikasi varisela

3. Pasien jarang mandi karena khawatir dapat memperparah penyakit pada kulitnya (ICD-10 Z72.89).

4. Aspek Risiko Eksternal

1. Psikososial keluarga:

- a. Keluarga kurang memahami tentang penyebab, transmisi penularan, faktor risiko, upaya pengobatan, serta pencegahan penyebaran dan komplikasi penyakit yang diderita pasien.
- b. Keluarga pasien memiliki pola berobat keluarga kuratif, dimana keluarga pasien memeriksakan diri ke dokter jika terdapat keluhan.

2. Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah yang kurang tertata rapi.

3. Lingkungan kerja :

- a. Pasien dapat mengalami kecelakaan kerja di lingkungan kerja akibat tersandung kabel, yang disebabkan berserakannya kabel ditempat kerja, kurang berhati-hati, dan pencahayaan yang kurang.
- b. Kecelakaan kerja yang dapat terjadi di lingkungan kerja pasien yaitu tersandung plat akibat material yang berserakan di lingkungan kerja.
- c. Pasien dapat terpapar benda panas, terkena percikan api las, dan terkena mata bor di lingkungan kerja akibat tidak menggunakan APD (Alat Pelindung Diri).

5. Derajat Fungsional

- 2 (dua) yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas).

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya serta pencegahan penularannya serta, tatalaksana medikamentosa. Intervensi dilakukan pada *patient center, family focus* dan *community oriented*.

Tabel 3. Rencana Intervensi

Temuan	Materi	Target	Media
Pasien sering menggaruk area lenting di badan yang menyebabkan lenting pecah dan menjadi keropeng	Menggaruk area lenting beresiko merusak lapisan kulit dan menyebabkan infeksi sekunder bakteri. Lenting yang pecah juga menjadi risiko transmisi penularan.	Pasien menghindari menggaruk area lenting dan meminimalisir potensi pecahnya lenting	Leaflet
Pasien memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang dialaminya	a. Varisela disebabkan oleh virus <i>varicella-zoster</i> (VZV)	Pasien memiliki pengetahuan mengenai penyakit varisela	Leaflet dan Poster
a. Penyebab penyakit varisela	b. Transmisi melalui batuk, bersin, kontak dengan lesi kulit		
b. Transmisi penularan penyakit varisela	c. Faktor risiko : belum vaksin varisela, anak <15 tahun, <i>imuno-compromised</i>		
c. Faktor risiko penyakit varisela	d. Pengobatan dengan antivirus (acyclovir, valasiklovir, dll) selama 5-10 hari		
d. Upaya pengobatan penyakit varisela	e. Hindari gesekan kulit yang menyebabkan vesikel pecah, perbanyak istirahat, cegah kontak langsung dengan orang lain, pemberian losio kalamim untuk mengurangi gatal		
e. Pencegahan penyebaran dan komplikasi varisela			

Patient Center

Non-Medikamentosa^{19,20}

1. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai penyakit varisela meliputi penyebab, faktor risiko, penularan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, serta cara pencegahan penyebaran dan komplikasi penyakit melalui leaflet dan poster. Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak menggaruk lenting untuk menghindari pecahnya lenting dan menggunakan *lotion* ke area lenting melalui leaflet dan poster.
2. Edukasi dan konseling kepada pasien untuk istirahat di rumah selama 14 hari, menghindari kontak dengan rekan kerja sampai penyakit sembuh agar mencegah penularan penyakit melalui leaflet dan poster.
3. Edukasi dan motivasi pasien untuk menjaga kebersihan diri berupa mandi 2 kali sehari (pagi dan sore) serta selalu mencuci tangan setelah beraktivitas dari luar rumah,

sebelum dan sesudah makan melalui leaflet dan poster.

4. Edukasi mengenai pencegahan dan penularan pada orang lain dengan menggunakan masker dan menjaga *self hygiene* melalui leaflet dan poster.

Medikamentosa^{19,20}

1. Asiklovir tablet 5 x 800 mg selama 5 hari.
2. Asiklovir *cream*
3. Calamine *lotion*
4. Cetirizine tablet 1 x 10 mg bila gatal
5. Paracetamol tablet 3 x 500mg bila panas

Family Focus

1. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit varisela meliputi penyebab, faktor risiko, penularan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, serta cara pencegahan penyebaran dan komplikasi penyakit.
2. Edukasi keluarga daam mengingatkan pasien untuk menggunakan obat sesuai anjuran dari dokter, dan istirahat selama 14 hari.
3. Memberikan edukasi dan konseling pada keluarga mengenai pola pengobatan preventif.
4. Memberikan edukasi dan konseling kepada keluarga untuk menjaga kebersihan dan membersihkan rumah serta lingkungan secara berkala.

Community Oriented

1. Memberikan edukasi dan informasi mengenai penyakit varisela serta cara penularannya ke tetangga di lingkungan rumah pasien.
2. Memberikan konseling dan edukasi kepada masyarakat khususnya tetangga sekitar pasien yang memiliki keluhan serupa untuk segera mencari pengobatan ke layanan kesehatan terdekat sebagai upaya untuk memutus rantai penularan varisela.

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah pasien laki-laki Tn. T usia 27 tahun, mengeluhkan lenting-lenting hampir di

seluruh bagian tubuh disertai rasa gatal sejak dua hari sebelum ke puskesmas. Pertemuan dengan pasien dilakukan sebanyak tiga kali, yaitu pertemuan pertama kali di Pelayanan Pemeriksaan Umum (BP Umum) dilakukan anamnesis (keluhan, keadaan keluarga, sosial, psikososial, dan ekonomi), dan pemeriksaan fisik, pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka, dan pada pertemuan ketiga dilakukan evaluasi.

Pertemuan pertama pada 14 Maret 2024 telah dilakukan anamnesis. Pada anamnesis, keluhan pasien berupa terdapat lenting-lenting di tubuh disertai rasa gatal di area lenting. Awalnya ruam muncul di sekitar bahu dalam bentuk bintil kecil dengan dasar kemerahan. Sebelumnya Tn. C menganggap bintil tersebut sebagai jerawat, tetapi kemudian berubah menjadi lenting. Lenting kemudian menyebar ke leher, tubuh, dan punggung. Tn. C mengeluhkan sensasi gatal yang dirasakan terus menerus di area lenting, sehingga terkadang secara tidak sengaja menggaruk dan membuat lenting berisi cairan pecah, keluhan nyeri pada lenting disangkal. Rasa gatal tidak membuat pasien sulit tidur saat malam hari.

Tiga hari sebelum lenting muncul, menurut keterangan Tn. C mengeluhkan demam dan merasa tidak enak badan. Demam yang dirasakan berlangsung terus-menerus tanpa dipengaruhi oleh waktu atau aktivitas, dan hanya mereda setelah mengonsumsi obat penurun panas.

Keluhan pasien sesuai dengan gejala klinis penyakit varisela. Gejala klinis varisela dimulai dengan gejala prodromal, yaitu malaise, nyeri kepala, dan demam tidak terlalu tinggi. Dalam kasus ini, pasien mengeluhkan tidak enak badan dan demam sebelum muncul keluhan lenting yang gatal. Keluhan munculnya lenting di badan pasien sesuai dengan erupsi kulit penyakit varisela, berupa makula lalu berubah menjadi papul yang dalam beberapa jam menjadi vesikel, vesikel pecah menjadi krusta. Kemudian vesikel-vesikel baru muncul dan menyebar secara sentrifugal dari badan ke ekstremitas dan bersifat gatal.^{2,3,4,5,18}

Pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya, dan tidak memiliki riwayat

cacar atau campak. Menurut keterangan pasien, adik pasien mengalami keluhan serupa dua minggu yang lalu. Tidak ada riwayat perjalanan ke luar kota atau kontak dengan hewan peliharaan. Pasien juga tidak memiliki riwayat digigit oleh serangga, alergi seperti asma, alergi makanan, atau obat.

Dalam kasus ini, pasien baru pertama kali mengalami keluhan dan menandakan pasien belum memiliki sistem kekebalan tubuh terhadap virus *Varicella zoster*. Penularan virus *Varicella zoster* dapat terjadi melalui *droplet* inhalasi dan kontak langsung dari lesi kulit penderita yang lain. Virus *Varicella zoster* masuk ke dalam tubuh penderita menuju saluran nafas atas dan orofaring, kemudian bermultiplikasi di tempat masuk (*port d'entry*) dan menyebar ke pembuluh darah, kelenjar limfe. Tahap ini disebut viremia primer. Tubuh berusaha mengeliminasi virus melalui pertahanan tubuh non spesifik dan imunitas spesifik terhadap virus ini. Apabila tubuh gagal mengeliminasi, virus berkembang semakin banyak dan terjadi viremia sekunder kurang lebih dua minggu setelah infeksi. Virus *Varicella zoster* dari pembuluh darah menyebar ke mukosa dan epidermis sehingga menimbulkan erupsi kulit. Setelah erupsi kulit dan mukosa, virus masuk ke ujung saraf sensorik kemudian menjadi laten di ganglion dorsalis posterior.^{2,3,4,5,18}

Pasien menderita varisela kemungkinan disebabkan Tn. C berkontak langsung dengan adik pasien yang menderita penyakit yang sama dua minggu sebelumnya. Hal ini membuat virus *Varicella zoster* dapat masuk ke dalam tubuh melalui *droplet* inhalasi dan kontak langsung dari lesi kulit penderita yang lain.^{19,20}

Pada pemeriksaan fisik didapatkan lesi pada regio fascialis, coli, thorakalis, abdominalis, brachii-antebrachii, femur-crusis terdapat efloresensi yaitu vesikel dengan dasar eritem serta papul, batas tegas, lesi multiple ukuran milier sampai gutata, dengan tepi reguler, tersebar regional. Dalam kasus pasien Tn. C, pemeriksaan fisik sesuai dengan gambaran erupsi kulit pada penyakit varisela berupa vesikel dengan bentuk khas mirip tetesan embun (*tear drops*) pada *petal* bunga mawar. Vesikel berubah menjadi keruh

menyerupai pustul dan pustul pecah menjadi krusta. Vesikel yang muncul menyebar di badan secara sentrifugal, berawal dari badan, lalu ke ekstremitas.^{19,20}

Pada kasus ini, pasien Tn. C tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Namun, berdasarkan diagnostik sesuai *evidence based medicine* (EBM), pemeriksaan laboratorium sangat penting untuk identifikasi penyakit. PCR kuantitatif dianggap sebagai metode pengujian paling sensitif. Namun, terdapat metode pemeriksaan lain sebagai deteksi cepat dan tepat untuk VZV menggunakan teknologi *recombinase-aided amplification lateral flow* (RAA-LF). Metode ini tidak memakan waktu lama <30 menit dan biaya murah.²¹ Pemeriksaan penunjang lain yang dapat dilakukan yaitu dengan pemeriksaan mikroskopis dengan menemukan *Sel Tzank* yaitu sel datia berinti banyak. Pemeriksaan penunjang pada kasus varisela yang sudah terbukti dari gejala klinis tidak begitu penting dilakukan karena para klinisi mampu mendiagnosis varisela tanpa menggunakan pemeriksaan penunjang berdasar dari gejala klinis berupa karakteristik lesi yang muncul dan gejala prodromal. Pemeriksaan penunjang berguna pada pasien suspek varisela untuk melakukan pengobatan lebih awal dimana di bawah 24 jam awal setelah muncul lesi untuk efektivitas obat secara maksimal.^{19,20,21}

Tujuan penatalaksanaan penyakit varisela adalah untuk memperpendek perjalanan penyakit dan menyembuhkan erupsi kulit. Dalam melakukan penatalaksanaan secara holistik pada pasien Tn. C, dilakukan pertemuan sebanyak tiga kali. Pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 14 Maret 2024. Pada pertemuan pertama dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta perkenalan dengan pasien untuk melakukan anamnesis lebih dalam dan meminta izin untuk melakukan pembinaan keluarga terkait penyakit yang dialami pasien.

Penatalaksanaan varisela terdiri dari tatalaksana non medikamentosa, dan medikamentosa. Pada penatalaksanaan non medikamentosa berupa tidak menggaruk kulit yang terdapat lenting, tidak menggunakan baju yang ketat agar mengurangi gesekan kulit

sehingga menghindari pecahnya vesikel, dan istirahat yang cukup selama 14 hari, tidak keluar rumah sampai penyakit sembuh. Salah satu hal penting pencegahan penularan yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga pasien adalah meningkatkan kebersihan diri dengan cuci tangan. Perilaku cuci tangan merupakan kegiatan yang mudah untuk dilakukan, tidak mengeluarkan biaya, dan dapat menjadi faktor protektif bagi seseorang agar tidak tertular oleh virus *varicella*.^{2,3}

Penatalaksanaan medikamentosa pasien Tn. C diberikan obat antivirus oral asiklovir 5 x 800 mg/hari selama 5 hari, asiklovir cream, calamine lotion, paracetamol karena pasien masih mengeluhkan demam, dan cetirizine tablet 1 x 10mg/hari bila gatal. Pengobatan penyakit pasien sudah sesuai dengan pengobatan penyakit varisela, yaitu antivirus untuk mengeliminasi virus *Varicella zoster*. Antivirus untuk remaja dan dewasa yang diberikan yaitu asiklovir dengan dosis 5 x 800 mg/hari per oral selama 5 hari. Pengobatan topikal dapat diberikan yaitu bedak cair calamine lotion untuk mengurangi rasa gatal. Pengobatan lainnya yang dapat diberikan sesuai gejala klinis yaitu antipiretik untuk menurunkan demam, dan antihistamin untuk menghilangkan rasa gatal antihistamin yang digunakan adalah cetirizine dengan dosis satu kali sehari 10 mg.^{19,20}

Asiklovir merupakan antivirus turunan guanosisin siklik yang selektif terhadap infeksi virus VZV, *Herpes Simplex Virus* (HSV) tipe 1, HSV-2, dan *Epstein Barr 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.^{20,22}

Kunjungan kedua dilakukan pada 17 Maret 2024. Tujuan kunjungan kedua adalah untuk melakukan intervensi terhadap pasien

dan keluarganya sesuai masalah yang diidentifikasi. Intervensi diberikan dalam 2 bentuk, yaitu poster dan *leaflet*. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diminta untuk mengerjakan soal *pre test*, terdapat 20 pertanyaan terkait penyakit pasien.

Sebelum intervensi, dilakukan anamnesis keluhan pasien terkini dan pemeriksaan fisik. Pasien mengatakan gatal sudah tidak dirasakan, lenting-lenting di badan sudah pecah dan hanya menyisakan keropeng kehitaman. Keadaan umum: tampak sakit ringan, kesadaran: kompos mentis, TD : 118/76 mmHg, HR: 89x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,5⁰C. Pada pemeriksaan fisik status dermatologis, pada regio faciei, colli, torakalis, abdominalis, brachii, antebrachii dextra et sinistra: ditemukan adanya krusta, berbatas tegas, jumlah multipel, bentuk bulat, berbatas tegas, ukuran milier-lentikuler, tersebar regional.

Setelah dilakukan *pre test*, saat dilakukan penilaian pasien mendapatkan skor 45 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait varisela secara umum masih kurang. Terapi yang telah diberikan kepada pasien yaitu asiklovir 5 x 800 mg/hari selama 5 hari, asiklovir *cream*, cetirizine tablet 1 x 10mg/hari bila gatal, dan bedak calamine.

Edukasi merupakan komponen penting yang diprioritaskan. Kegiatan edukasi dilakukan dengan berfokus pada *patient-centered* dan *family focused*. Pada *patient-centered*, yaitu edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit varisela meliputi meliputi penyebab, transmisi penularan, faktor risiko, upaya pengobatan, dan pencegahan penyebaran serta komplikasi varisela.¹¹ Konseling kepada pasien untuk istirahat di rumah selama 14 hari sampai penyakit sembuh agar mencegah penularan penyakit. Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak menggaruk lenting untuk menghindari pecahnya lenting dan menaburkan bedak ke area lenting, mengenai kebersihan diri pasien tetap menjaga kebersihan diri dengan mandi untuk mempercepat penyembuhan serta mencegah terjadinya penularan.

Pada *family-focused*, dilakukan edukasi dan pemahaman kepada keluarga pasien mengenai penyakit varisela yang dialami

pasien.²³ Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai penyakit varisela meliputi penyebab, faktor risiko, penularan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, serta cara pencegahan penyebaran dan komplikasi penyakit. Memberikan edukasi dan konseling pada keluarga mengenai pola pengobatan preventif. Memberikan Edukasi keluarga dalam mengingatkan pasien untuk menggunakan obat sesuai anjuran dari dokter, dan istirahat selama 14 hari, serta edukasi dan konseling kepada keluarga untuk menjaga kebersihan dan membersihkan rumah serta lingkungan secara berkala.^{19,20}

Tabel 4. Hasil Evaluasi

Variabel	Pre test	Post test	Δ
Pengetahuan	45	95	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 50 poin
Farmakologis			
Lenting berisi air hampir di seluruh bagian tubuh dan terasa gatal	1. Asiklovir tab 5 x 800 mg selama 5 hari. 2. Asiklovir <i>cream</i> 3. Calamine lotion. 4. Cetirizine tablet 1 x 10 mg bila gatal	Pasien menggunakan obat secara teratur	Keluhan lenting berisi air sudah perlahan menghilang
Non-Farmakologis			
Pasien khawatir penyakit yang diderita dapat mengganggu aktivitas dan meninggalkan bekas keropeng permanen di tubuh	Pasien belum memahami terkait penyebab, transmisi penularan, faktor risiko, upaya pengobatan, dan pencegahan penyebaran serta komplikasi varisela	Pasien sudah memahami penyebab, transmisi penularan, faktor risiko, upaya pengobatan, dan pencegahan penyebaran serta komplikasi varisela	Pasien mengetahui tentang penyakit yang diderita oleh dirinya sehingga tidak perlu khawatir dapat mengganggu aktivitas dan meninggalkan bekas keropeng permanen di tubuh

Kunjungan ketiga dilakukan pada 22 Maret 2024. Tujuan kunjungan ketiga adalah untuk melakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan. Dari anamnesis didapatkan bahwa lenting-lenting diseluruh tubuh sudah tidak muncul dan gatal sudah jauh membaik. Pasien menggunakan obat secara

rutin serta menerapkan hygiene diri dengan baik. Evaluasi dilakukan dengan mengerjakan soal *post test* dan mendapatkan nilai 95.

Simpulan

Faktor risiko internal yang menyebabkan penyakit pasien adalah pasien memiliki pengetahuan yang kurang, sehingga saat sakit, pasien sering menggaruk area lenting di badan yang menyebabkan lenting pecah dan menjadi keropeng. Pasien juga jarang mandi karena khawatir dapat memperparah penyakit pada kulitnya. Faktor risiko eksternal yang memengaruhi kondisi pasien adalah keluarga pasien memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyakit yang diderita pasien. Keluarga pasien juga memiliki pola berobat keluarga kuratif. Lingkungan tempat tinggal keluarga pasien juga kurang tertata rapi. Intervensi non-farmakologis dilakukan dengan memberikan edukasi menggunakan media leaflet mengenai penyakit, mencegah penularan, motivasi pasien untuk menjaga kebersihan diri berupa mandi 2 kali sehari, serta mencuci tangan setelah beraktivitas dari luar rumah, sebelum dan sesudah makan melalui leaflet dan poster. Intervensi farmakologis yang diberikan kepada pasien adalah asiklovir tablet, cetirizine tablet, dan bedak calamine. Setelah dilakukan intervensi terhadap pasien, didapatkan peningkatan pengetahuan sebesar 30 poin, terdapat penurunan gejala klinis setelah menggunakan obat secara rutin, serta perbaikan perilaku personal hygiene.

Daftar Pustaka

1. WHO. Varicella: Vaccine-Preventable Diseases, Surveillance Standards. WHO; 2018.
2. Ayoade F, Kumar S. Virus varicella-zoster (cacar air) [Diperbarui 2022 Okt 15]. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Penerbitan StatPearls; 2023.
3. Center of Disease Control and Prevention. Chickenpox (Varicella). CDC. 2023.
4. Lopez A, Harrington T, Marin M. Varicella. Dalam: Pink Book Chapter 22. 2021.
5. Papadopoulos AJ, Janniger CK. Chickenpox. Medscape. 2022.

6. Daulagala SWPL, Noordeen F. Epidemiology and factors influencing varicella infections in tropical countries including Sri Lanka. *Virus disease*. 2018.
7. Goh AEN, Choi EH, Choikephaibulkit K, Choudhury J, Kuter B, Lee PI, Marshall H, Kim JO, Wolfson LJ. Burden of varicella in the Asia-Pacific region: a systematic literature review. *Expert review of vaccines*. 2019; 18(5), 475–493.
8. Fatha N, Ang LW, Goh KT. Changing seroprevalence of varicella zoster virus infection in a tropical city state, Singapore. *Int J Infect Dis*. 2014; 22, 73–77.
9. Sondakh CC, Kandou RT, Kapantow GM. Profil Varisela di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. dr. R.D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2012. *Journal e-Clinic*. 2015; 3(1): 181-185.
10. Anonim. Buku Register Kunjungan Poliklinik Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar 2015.
11. Shah HA, Meiwald A, Perera C, Casabona G, Richmond, P, Jamet, N. Global Prevalence of Varicella-Associated Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Infectious diseases and therapy*. 2023.
12. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Varisela. Dalam: Soedarmo S, Gama H, Hadinegoro S, Satari H. Buku ajar infeksi & pediatri tropis. Jakarta: Badan Penerbit IDAI. 2008; 134-142.
13. Rahmawati Y, Maranatha D. Acute respiratory failure on varicella pneumonia in Indonesian adult with chronic hepatitis B: A case report and review article. *Annals of Medicine & Surgery* 80. 2022.
14. Balamurugesan K, Davis P, Ponprabha R, Sarasveni M. A rare neurological sequelae of chicken pox in an adult. *Journal of Acute Disease* 2018; 7(6), 268-270.
15. Kole AK, Roy R, Kole DC. An observational study of complications in chickenpox with special reference to unusual complications in an apex infectious disease hospital, Kolkata, India. *Journal of postgraduate medicine*. 2013; 59(2), 93–97.
16. Jiang J, Liao K, Guo H, Chen X. Varicella-associated disseminated intravascular

- coagulation secondary to Henoch-Schönlein purpura with renal and gastrointestinal system involvement in a child: A case report. *Medicine*. 2023. 102(46), 36-42.
17. Nerabani Y, Atli AA, Hamdan O, Hajjar M, Abdulkader, Hammadh N, Marstawi H, Hora S, Alabd N. Guillain–Barré syndrome following varicella–zoster virus infection: a case report and systematic review. *Annals of Medicine & Surgery*. 2023: 85(11), 5621-5628.
 18. Kennedy P, Gershon A. Clinical Features of Varicella-Zoster Virus Infection. *Viruses*. 2018;10(11):609. doi: <https://doi.org/10.3390/v10110609>.
 19. Fitzpatrick, Freedeberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz St. 2011. *Dermatology in General Medicine*. Edisi 6. New York. The Mc Graw-Hill Companies Inc.
 20. Menaldi L, Bramono K, Indriatmi W, editors. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2016.
 21. Kathrina M, Lingjing M, Benjamin S, Ella G. Rapid Detection of The Varicella-Zoster Virus Using a Recombinase-Aided Amplification-Lateral Flow System. *Journal Diagnostics*. 2022;12,2957.
 22. Katzung B, Masters S, Trevor A. *Farmakologi Dasar Dan Klinik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2014.
 23. Trisutrisno I, Hasnidar, Rohani S, Simanjuntak R, Hadi S, Siantur E. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Yayasan Kita menulis. 2022.