

Penatalaksanaan Penyakit Morbili pada Anak Perempuan Usia 3 Tahun dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga di Kecamatan Teluk Betung Timur

Syafiq Ariza Amourisva¹, Dian Isti Anggraini²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Penyakit morbili atau campak merupakan penyebab kematian ke-5 dalam urutan 10 macam penyakit utama pada bayi dan anak. Campak merupakan penyakit akut yang sangat menular, karena itu perlu sebuah sosialisasi baik untuk kalangan medis maupun masyarakat luas dalam upaya pencegahan, diagnosis dini, dan penatalaksanaan yang rasional untuk penyakit campak. Penatalaksanaan pasien secara holistik, berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient center* dan *family approach* berbasis EBM. Seorang anak perempuan usia 3 tahun 8 bulan, didiagnosis campak di puskesmas rawat inap Kota Karang. Dengan faktor risiko internal berupa usia pasien yang tergolong balita, pasien yang tidak mendapatkan imunisasi campak, tidak mau istirahat dan faktor risiko eksternal berupa sanitasi rumah dan lingkungan yang kurang baik, rumah dengan pencahayaan serta ventilasi udara yang kurang, kurangnya pemahaman dan penerapan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) pada keluarga, kurangnya pemahaman pola makan yang sesuai dan pemahaman mengenai penyakit morbili dan imunisasi, serta teman main pasien yang juga terkena campak. Dilakukan intervensi secara farmakologis dan non farmakologis berupa edukasi kepada keluarga mengenai penyakit campak dan penyebabnya, pentingnya pengobatan suportif dalam penyembuhan penyakit campak, pentingnya imunisasi pada anak, syarat-syarat rumah yang baik dan pentingnya PHBS. Hasil intervensi menunjukkan bahwa pasien mulai memahami mengenai penyakit campak. Pelayanan kedokteran keluarga terbukti efektif dalam menangani pasien anak dengan campak.

Kata kunci: Anak balita, campak, pelayanan dokter keluarga.

Morbili Disease Management on Children 3 Years 8 Months Through Family Medicine Approach in East Teluk Betung

Abstract

Measles is the 5th leading cause of death in the order of 10 kinds of major diseases in infants and children. Measles is an acute highly contagious disease, therefore, it needs a good socialization for the medical community and society about prevention, early diagnosis, and rational management for measles. The management of patients is done in a holistic manner, based on terms of patient problem solving, with a patient approach centers and family-based approach EBM. A 3 years and 8 months girl, diagnosed with measles disease at Kota Karang health center. As a toddler, the internal risk factors were did not get immunized against measles, did not want to take a rest, while the external risk factors were bad sanitation and home environments, less home lighting as well as the lack of ventilation, lack of understanding and application of clean and healthy behavior in the family, lack of understanding of the appropriate diet and understanding of the morbili and immunization and playmate of patients who were also exposed to measles. Then the patient was given pharmacological and non-pharmacological intervention such as education to families including the etiology of measles, the importance of supportive treatment in the treatment of measles, the importance of immunization in children, the terms of a good home and the importance of a clean and healthy lifestyle. The results of the intervention showed that patients begin to understand regarding measles. Family medicine services was proven to be effective in dealing with pediatric patients with measles.

Keywords : Family care medicine, measles, toddler

Korespondensi: Syafiq Ariza Amourisva, alamat Jl. Darussalam No.15 Langkapura, Bandar Lampung, HP: 081212122050, email: syafiq.ariz@gmail.com.

Pendahuluan

Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, campak menduduki tempat ke-5 dalam urutan 10 macam penyakit utama pada bayi (0,7%) dan tempat ke-5 dalam urutan 10 macam penyakit utama pada anak usia 1-4 tahun (0,77%).¹ Pada Tahun 2014, dilaporkan terdapat 12.943 kasus campak, lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 11.521 kasus. Jumlah kasus

meninggal sebanyak 8 kasus, yang dilaporkan dari 5 provinsi yaitu Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Kepulauan Riau, dan Kalimantan Timur. *Incidence Rate* (IR) campak pada tahun 2014 sebesar 5,13 per 100.000 penduduk, meningkat dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 4,64 per 100.000 penduduk.²

Campak adalah penyakit akut yang sangat menular, disebabkan oleh infeksi virus yang umumnya menyerang anak.

Campak memiliki gejala klinis khas yaitu terdiri dari 3 stadium yang masing-masing mempunyai ciri khas khusus: (1) stadium masa tunas berlangsung kira-kira 10-12 hari, (2) stadium prodromal dengan gejala pilek dan batuk yang meningkat dan ditemukan enanem pada mukosa pipi (bercak Koplik), faring dan peradangan mukosa konjungtiva, dan (3) stadium akhir dengan keluarnya ruam mulai dari belakang telinga menyebar ke muka, badan, lengan dan kaki. Ruam timbul didahului dengan suhu badan yang meningkat, selanjutnya ruam menjadi menghitam dan mengelupas.¹

Campak disebabkan oleh virus RNA dari Famili Paramixoviridae, genus *Morbilivirus*. Hanya salah satu tipe antigen yang diketahui. Selama masa prodromal dan selama waktu singkat sesudah ruam tampak, virus ditemukan dalam sekresi nasofaring, darah dan urin. Virus dapat tetap aktif selama sekurang-kurangnya 34 jam dalam suhu kamar.³

Epidemi campak di Indonesia timbul secara tidak teratur. Di daerah perkotaan epidemi campak terjadi setiap 2-4 tahun. Wabah terjadi pada kelompok anak yang rentan terhadap campak, yaitu di daerah dengan populasi balita banyak mengidap gizi buruk dan daya tahan tubuh yang lemah. Telah diketahui bahwa campak menyebabkan penurunan daya tahan tubuh secara umum, sehingga mudah terjadi infeksi sekunder atau penyulit. Penyulit yang sering dijumpai ialah bronkopneumonia (75,2%), gastroenteritis (7,1%), ensefalitis (6,7%) dan lain-lain (7,9%).¹

Campak dinyatakan sebagai KLB apabila terdapat 5 atau lebih kasus klinis dalam waktu 4 minggu berturut-turut yang terjadi secara mengelompok dan dibuktikan adanya hubungan epidemiologis. Pada tahun 2014, jumlah KLB campak yang terjadi sebanyak 173 KLB dengan jumlah kasus sebanyak 2.104 kasus.²

Dari imunisasi dasar lengkap yang diwajibkan, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, hal ini sesuai komitmen Indonesia pada global untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90% secara tinggi dan

merata. Hal ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Persentase imunisasi campak yang telah terlaksana sebanyak 82,1%. Capaian tersebut belum memenuhi target 90% dari yang ditetapkan secara nasional.³

Kasus

Seorang anak perempuan, usia 3 tahun 8 bulan datang diantar ke poliklinik KIA Puskesmas Kota Karang oleh ibunya dengan keluhan utama ruam di seluruh tubuh. Berdasarkan riwayat penyakit sekarang didapatkan timbul ruam pada seluruh tubuh terutama di wajah, leher, punggung, dada dan perut pasien sejak 1 hari sebelum ke puskesmas. Ruam terkadang disertai dengan rasa gatal. Keluhan tersebut disertai dengan keluhan demam, batuk dan pilek. Ibu pasien juga mengatakan pada mulut anaknya timbul bercak-bercak putih dan mata pasien juga sering mengeluarkan kotoran namun tidak merah.

Menurut ibu pasien, 3 hari sebelum datang ke puskesmas pasien mengalami demam. Demam dirasakan terus menerus dan meningkat namun tidak disertai menggigil maupun kejang. Demam disertai batuk berdahak, dahak kental berwarna putih dan tidak berbau. Pasien juga megeluhkan pilek dengan sekret encer tanpa disertai sesak napas. Sebelumnya pasien sudah minum obat penurun panas namun demam timbul kembali. Karena tidak ada perubahan dan tiba-tiba muncul ruam-ruam pada tubuh pasien, ibu pasien membawa anaknya untuk berobat ke puskesmas. Keluhan BAB cair tidak ada, sesak napas tidak ada, keluar cairan dari kuping tidak ada.

Pasien tidak pernah memiliki keluhan yang sama. Namun teman main pasien juga mengalami keluhan yang sama dengan pasien dan sudah dibawa berobat oleh ibunya ke puskesmas dan dikatakan terkena campak. Riwayat selama kehamilan, persalinan dan tumbuh kembang anak tersebut normal namun riwayat imunisasi tidak lengkap. Pasien hanya mendapatkan munisasi satu kali saat pasien berusia 3 hari dan satu lagi saat pasien berusia 2 bulan. Setelah itu, ibu pasien mengatakan pasien tidak pernah imunisasi baik di posyandu ataupun di puskesmas.

Pasien biasanya makan pokok hanya dua kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi namun jumlah yang dimakan biasanya hanya sedikit. Ibu pasien mengatakan pasien sering membeli jajanan di luar rumah sehingga saat diberikan makanan rumah pasien mengaku sudah kenyang.

Pola pengobatan pasien dan keluarga ini bersifat kuratif yakni pasien dan keluarga pasien hanya berobat apabila terdapat keluhan yang dirasa mengganggu aktivitas. Pasien tinggal bersama ayahnya (25 tahun) dan ibunya (24 tahun). Pasien lahir normal, di bidan dengan berat badan lahir 2,6 kg namun pasien jarang dibawa untuk mengikuti posyandu.

Pembahasan

Tubuh manusia rawan terhadap infeksi oleh berbagai macam mikroorganisme patogen. Agar dapat menyebabkan infeksi, mula-mula mikroorganisme harus mengadakan kontak dengan hospes dan kemudian membentuk fokus infeksi. Fungsi fisioplogik sistem imun adalah melindungi tubuh terhadap mikroorganisme patogen. Virus merupakan mikroorganisme intraseluler-mutlak yang bereplikasi di dalam sel dan seringkali menggunakan mesin sintetik protein dan asam nukleat milik sel tubuh pejamu. Antibodi merupakan komponen terpenting dalam mekanisme proteksi terhadap infeksi virus, tetapi belum cukup untuk mengeliminasi infeksi virus secara keseluruhan.¹ Morbili atau campak merupakan infeksi dari virus (*measles virus*) yang sering terjadi pada masa kanak-kanan dan ditandai dengan adanya demam, 3C (*coryza, cough, & conjungtivitis*), enanтем yang patognomonik (*Koplik's spots*) dan eksantema.⁴

Studi kasus dilakukan pada anak perempuan usia 3 tahun 8 bulan. Pada anamnesa, pasien datang ke Puskesmas Kota Karang dengan keluhan ruam mulai pada wajah dan menyebar ke leher, dada, punggung dan seluruh tubuh. Ibu pasien mengatakan bahwa di mulut anaknya timbul bercak-bercak putih sebelum timbul bintik merah. Selain itu mata pasien sering mengeluarkan kotoran dan berair. Sejak 3 hari sebelum ke Puskesmas pasien mengalami demam. Demam terus menerus meningkat namun tidak menggigil maupun kejang. Selain itu pasien mengalami gejala batuk berdahak, dahak kental berwarna

putih tanpa bau disertai pilek dengan lendir encer tanpa disertai sesak napas.

Gejala dan tanda tersebut adalah gejala yang timbul pada saat pasien berada dalam masa prodromal yang umumnya timbul 3-5 hari dan ditandai dengan demam 38,4 – 40,6 °C, timbul gejala *cough* (batuk), *coryza* (pilek), konjungtivitis, dan bercak koplik berwarna putih disekitar mulut. Demam sangat tinggi di saat ruam merata dan menurun dengan cepat setelah 2-3 hari timbulnya erupsi. Sedangkan, bercak koplik timbul 2 hari sebelum dan sesudah erupsi kulit, terletak pada mukosa bukal posterior berhadapan dengan geraham bawah, berupa papul warna putih atau abu-abu kebiruan di atas dasar bergranulasi atau eritematosa.⁵ Timbulnya gejala batuk pilek serta konjungtivitis terjadi karena virus penyebab morbili masuk kembali ke pembuluh darah serta proses ini kemudian menyebabkan terjadinya peradangan epitel saluran nafas sehingga sebagai reaksi dari sistem imun tubuh maka muncul manifestasi demam tinggi.¹

Pada stadium erupsi ditandai dengan timbulnya makulopapular yang mulai muncul dari belakang telinga dan kepala, kemudian menyebar ke seluruh tubuh yang terjadi biasanya pada hari ketiga dan bertahan selama 5-6 hari. Pada pasien ini 1 hari sebelum ke puskesmas memasuki stadium erupsi yang ditandai dengan ruam yang muncul mulai dari wajah dan menyebar ke leher, punggung dan abdomen. Tidak jarang pada stadium ini disertai diare, muntah dan peningkatan suhu tubuh yang dapat mencapai hingga 40-40,5°C.⁵

Stadium erupsi akan diikuti stadium konvalensensi dimana ruam akan berkurang meninggalkan bekas bercak-bercak yang berwarna lebih tua coklat kehitaman yang lama kelamaan akan hilang sendiri. Pada pasien ini stadium konvalesensi terjadi hari ke 5 hari setelah pasien berobat ke puskesmas. Ruam yang menghilang akan meninggalkan jejak hiperpigmentasi dan mengelupas yang merupakan patognomis dari morbili.⁶

Dari anamnesa juga didapatkan bahwa pasien tidak menjalani imunisasi dengan lengkap, dimana pasien hanya melakukan imunisasi hepatitis B 1 kali saat pasien berusia 3 hari dan BCG 1 kali saat pasien berusia 1 bulan. Kemudian tidak melanjutkan imunisasi yang lain karena pasca imunisasi pasien mengalami demam. Di Indonesia, pemberian vaksin campak dilakukan dalam dua dosis yaitu

pada usia 9 bulan dan usia 18 bulan dimana vaksin campak pada usia 18 bulan tidak perlu diberikan bila sudah mendapatkan MMR. Apabila sudah mendapatkan vaksin campak pada usia 9 bulan, maka vaksin MMR/MR diberikan pada usia 15 bulan (minimal interval 6 bulan). Apabila pada usia 12 bulan belum mendapatkan maka dapat diberikan vaksin MMR/MR.⁷ Pemberian vaksinasi dapat menurunkan angka kematian melalui penurunan jumlah komplikasi yang terjadi.^{8,9}

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), anak harus diberikan cukup cairan dan kalori, sedangkan pengobatan bersifat simptomatik, dengan pemberian antipiretik, antitusif, ekspektoran dan antikonvulsan bila diperlukan.¹ Pasien morbili diupayakan untuk memperbaiki keadaan umum dengan pemberian cairan dan nutrisi yang adekuat. Pada kasus ini cairan yang dibutuhkan adalah cairan maintenance yang fungsinya adalah untuk menggantikan air yang hilang lewat urine, tinja, paru dan kulit. Pada kasus ini pasien tidak dirawat karena tidak didapatkan tanda-tanda komplikasi seperti superinfeksi bakteri, pneumonia, dehidrasi, ensepalitis dan lain-lain.^{1,2}

Pemberian antibiotik dapat dilakukan jika ada indikasi infeksi sekunder seperti pneumonia ataupun infeksi telinga serta pada pasien dengan kesulitan bernafas yang bukan disebabkan oleh demam. Antibiotik yang dapat diberikan berupa *Amoxicillin* 40-50 mg/kg/hari yang dibagi dalam 3 dosis. Atau pemberian *Penicillin G* 100.000 unit/kg/hari dibagi dalam 4 dosis. Selain itu pemberian antibiotik sebagai profilaksis dari infeksi sekunder tidak bermanfaat dan tidak dianjurkan. Pada pasien ini tidak diberikan antibiotik karena tidak didapatkan adanya tanda-tanda infeksi.¹⁰

Pengobatan simptomatik seperti pemberian antipiretik berupa parasetamol pada pasien ini dikarenakan pasien mengeluhkan demam. Dosis parasetamol pada anak yaitu 10-15 mg/kgBB/dosis. Dosis anjuran pada pasien ini adalah 110-177 mg/ satu kali pemberian, pada pasien diberikan 150 mg/satu kali pemberian sehingga dosis yang digunakan sudah tepat.

Terapi vitamin A terbukti menurunkan angka morbiditas dan mortalitas sehingga *World Health Organization* (WHO) menganjurkan pemberian vitamin A kepada semua anak dengan campak, dimana elemen

nutrisi utama yang menyebabkan kegawatan morbili bukanlah protein dan kalori melainkan vitamin A. ketika terjadi defisiensi vitamin A pada kasus morbili maka akan menyebabkan kebutaan dan kematian. Oleh karena itu vitamin A diberikan dalam dosis yang tinggi.¹¹

American Academy of Pediatrics (AAP) merekomendasikan pemberian dosis tunggal vitamin A dengan dosis 200.000 IU untuk anak usia >12 bulan dan 100.000 IU untuk usia <12 bulan.¹² Delapan penelitian meliputi 2.574 pasien morbili menemukan bahwa vitamin A megadosis 200.000 IU per hari selama 2 hari dapat menurunkan jumlah kematian akibat morbili pada anak usia di bawah dua tahun. Pada pasien ini diberikan vitamin A 200.000 IU di hari pertama (saat di puskesmas).¹¹

Morbili tanpa komplikasi umumnya akan sembuh sendiri dalam waktu sepuluh hari. Komplikasi yang dapat terjadi meliputi ensefalitis, trombositopenia, otitis media, pneumonia, miokarditis dan *subacute sclerosing panencephalitis*. Prognosis baik apabila pada anak dengan keadaan umum yang baik, tetapi menjadi buruk pada anak dengan keadaan menderita penyakit kronis atau bila ada komplikasi. Pada pasien ini tidak didapatkan gejala dan tanda terjadinya komplikasi sehingga memiliki prognosis baik.⁵

Dalam penatalaksanaan pasien, seorang dokter perlu memperhatikan pasien seutuhnya, tidak hanya tanda dan gejala penyakit namun juga psikologisnya. Pembinaan keluarga yang dilakukan pada kasus ini tidak hanya mengenai penyakit pasien, tetapi juga mengenai masalah-masalah lainnya seperti fungsi ekonomi dan pemenuhan kebutuhan keluarga, perilaku kesehatan keluarga, dan lingkungan.¹³

Masalah psikososial keluarga (eksternal) pada pasien ini adalah pasien tinggal dirumah dengan sanitasi lingkungan yang kurang baik, pasien tinggal dirumah dengan pencahayaan dan sinar matahari kurang dan ventilasi udara yang kurang, kurangnya pemahaman dan penerapan PHBS pada keluarga, kurangnya pemahaman keluarga mengenai pola makan yang sesuai serta kurangnya pemahaman keluarga mengenai tentang penyakit morbili dan pentingnya imunisasi.

Intervensi yang dapat dilakukan pada keluarga dan pasien adalah edukasi mengenai penyakit morbili dan penyebabnya, edukasi mengenai penyakit morbili yang merupakan penyakit yang pada sebagian besar orang dapat

sembuh sendiri, sehingga pengobatan yang diberikan hanya bersifat suportif. Edukasi bahwa pasien tetap harus makan dan istirahat untuk mencegah penyakit bertambah parah dan pilihan makanan apa saja yang dapat digunakan. Serta edukasi mengenai pola hidup bersih dan sehat (PHBS) dan pentingnya imunisasi sehingga anak terlindungi dari penyakit yang mudah menular.

Kesimpulan

Diagnosis morbili pada kasus ini sudah ditegakkan berdasarkan kriteria yang terdapat dalam teori yang telah dikemukakan. Penatalaksanaan morbili dengan ataupun tanpa komplikasi sudah disesuaikan dengan teori dan penelitian. Peran keluarga sangat diperlukan untuk membantu pasien dalam penyembuhan. Pelayanan medis tidak hanya terfokus pada pasien sebagai orang yang menderita sakit, namun juga dilihat dari aspek keluarga yang terlibat, dan lingkungan.

Daftar Pustaka

1. Soedarmo SSP, Garna H, Hadinegoro SRS, Satari HI. Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis. Edisi ke-2. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2015.
2. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Kemenkes RI: Jakarta; 2017.
3. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI; 2013.
4. Harting M, dkk. Dermal hypertrophies. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editor. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2011.
5. Amy E, Thompson MD. Recognizing measles. JAMA Pediatric. 2015;313(15):1584.
6. Robert M, Richard E, Hal B, Bonita F. Nelson Textbook of Pediatrics. Edisi ke-20. USA: Elsevier; 2015. p.1331-1332.
7. IDAI. Jadwal Imunisasi IDAI 2017. Jakarta: IDAI; 2017.
8. Lestari AB, Sitaresmi AB, Wibowo T. ketepatan waktu vaksinasi campak sebagai factor preventif kejadian campak di kota Yogyakarta. BKM Journal of Community Medicine and Public Health. 2017;33(5):249-54.
9. WHO: Progress in global measles control and mortality reduction, 2000–2016. Wkly Epidemiol Rec. 2017;66(42):1148-53.
10. PDISP : Interim Management Guidelines for Measles. Journal Pediatric Infectious Disease Society Of The Philippines. 2013;14(2).
11. Imdad A, EM Wilson, Herzer K, Bhutta ZA, Yang HM, Mao M, Wan C. Vitamin A supplementation for preventing disease and death in children aged six months to five years. The Cochrane Collaboration. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd; 2017.
12. Kimberlin DW, Long SS, Brady MT, Jackson MA. Red book 2015: Report of the Committee on Infectious Diseases. Edisi ke-0.. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015.
13. Bester JC. Measles and measles vaccination. JAMA Pediatric . 2016;170(12):1209-15.