

Penatalaksanaan Holistik pada Remaja Laki-Laki dengan Urtikaria Kronik Tanpa Angioedema et causa Rangsangan Fisik

Veronica Debora¹, Reni Zuraida²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Urtikaria adalah kelainan kulit yang ditandai oleh peninggian kulit mendadak dan/atau disertai angioedema. Urtikaria kronik ditandai dengan berulangnya gatal-gatal/angioedema lebih dari enam minggu. Penyakit tersebut merupakan masalah klinis yang umum dan penting dalam perawatan dan pengobatan sehingga menjadi tantangan diagnostik dan terapeutik. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Pada kunjungan pertama didapatkan keluhan pasien yaitu muncul bentol-bentol kemerahan terasa gatal di bagian leher, dada, punggung, kedua lengan dan kedua paha. Faktor risiko internal pada pasien yaitu kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialami, serta faktor penyebab/faktor yang memengaruhinya dan cara pencegahan penyakit yang dialami, pola berobat kuratif, *lifestyle*: sering berenang di sungai pada siang hari, kebiasaan mandi yang kurang bersih dan tidak teratur. Faktor risiko eksternal pada pasien yaitu keluarga berobat ke layanan kesehatan jika keluhan sudah mengganggu (kebersihan di sekitar luar rumah kurang), lingkungan tempat tinggal dan tempat bermain pada daerah pemukiman yang padat dan dikelilingi persawahan. Kunjungan kedua dilakukan intervensi dengan metode *family conference* menggunakan media *leaflet* bergambar. Kunjungan ketiga didapatkan keluhan bentol-bentol kemerahan dan rasa gatal berkurang karena pasien diberi terapi farmakologis berupa loratadine 10 mg dan dexamethasone 0,5 mg. Pasien sudah memiliki pola gaya hidup yang lebih baik seperti menjaga kebersihan diri sendiri dan lingkungan. Terdapat peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialami, serta faktor penyebab/faktor yang memengaruhinya dan cara pencegahan penyakit yang dialami, ditandai dengan meningkatnya skor *post test* sebesar 6 poin.

Kata Kunci: Angioedema, penatalaksanaan holistik, rangsangan fisik, remaja, urtikaria kronis

Holistic Management Of Adolescent Boys with Chronic Urticaria Without Angioedema et causa Physical Stimulation

Abstract

Urticaria is skin disease characterized by the sudden appearance of wheals and/or angioedema. Chronic urticarial is characterised by the recurrence of hives/angioedema for >6 weeks. The disease is a common and important clinical problem in care and treatment so that it becomes a diagnostic and therapeutic challenge. This study is a case report. Primary data obtained through history taking, physical examination, and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. At the first visit, the patient's complaints were obtained which appeared reddish bumps on the neck, chest, back, both arms and thighs. Internal risk factors in patients are the lack of patient knowledge about the disease they are experiencing, as well as the causes/factors that influence it and how to prevent the disease, curative treatment patterns, *lifestyle*: frequent swimming in the river during the day, bathing habits that are less clean and irregular. External risk factors for patients are families seeking medical treatment if complaints are already disturbing (hygiene around the outside of the house is lacking), neighborhoods and playgrounds in dense residential areas surrounded by rice fields. The second visit was an intervention with a family conference method using pictorial leaflet media. The third visit showed complaints of redness and red itching due to the patient taking loratadine 10 mg and dexamethasone 0.5 mg. Patients already have better lifestyle patterns such as maintaining personal hygiene and the environment. There is an increase in patient knowledge about the disease experienced, as well as the causes / factors that influence it and how to prevent the disease experienced, characterized by an increase in post-test scores by 6 points.

Keywords: , Adolescent, angioedema, chronic urticaria, holistic managementphysical stimulation

Korespondensi: Veronica Debora, alamat Perumahan Grand Galaxy City Cluster Victoria Garden 2 No 7, Bekasi Selatan, Jawa Barat, HP 08176839789, e-mail veiveidebora@gmail.com

Pendahuluan

Urtikaria merupakan salah satu manifestasi keluhan alergi pada kulit yang paling sering dikeluhkan oleh pasien.¹ Keluhan

urtikaria merupakan keluhan dermatologis umum, 15-25% populasi penduduk dalam waktu tertentu dalam hidupnya pernah mengalaminya.² Kelainan kulit ini ditandai

dengan edema kulit superfisial setempat dengan ukuran bervariasi dan sering dikelilingi oleh halo eritem yang disertai rasa gatal atau panas, akibat keluarnya plasma dari pembuluh darah.³

Prevalensi urtikaria di dunia berkisar antara 0,3-11,3% tergantung populasi yang diteliti.⁴ Prevalensi hospitalisasi akibat urtikaria dan angioedema makin meningkat di Australia. Hospitalisasi akibat urtikaria 3 kali lebih tinggi pada anak usia 0-4 tahun. Peningkatan hospitalisasi akibat urtikaria paling sering dijumpai pada usia 5-34 tahun, sedangkan hospitalisasi akibat angioedema tinggi pada usia >65 tahun. Urtikaria lebih sering ditemukan pada wanita usia 35-60 tahun (usia rata-rata 40 tahun).⁵ Di Indonesia, prevalensi urtikaria belum diketahui pasti. Penelitian di Palembang tahun 2007 pada 3000 remaja usia 14-19 tahun, mendapatkan prevalensi urtikaria sebesar 42,78%.⁶ Sebanyak 8-20% populasi diperkirakan pernah atau akan menderita urtikaria dalam perjalanan hidupnya dan sebanyak 0,1% akan berkembang menjadi urtikaria kronis spontan.^{7,8} Prevalensi urtikaria kronis lebih kecil dibandingkan urtikaria akut, yaitu 1,8% pada dewasa dan berkisar antara 0,1-0,3% pada anak.⁹ Prevalensi urtikaria kronis pada dewasa berdasarkan durasinya adalah: 6-12 minggu (52,8%), 3-6 bulan (18,5%), 7-12 bulan (9,4%), 1-5 tahun (8,7%), >5 tahun (11,3%).⁵

Berdasarkan waktu, urtikaria mempunyai dua bentuk yaitu urtikaria akut (UA) yang berlangsung kurang dari enam minggu dan urtikaria kronik (UK) yang berlangsung lebih dari enam minggu. Urtikaria akut sering terjadi pada anak-anak.^{10,11} Penyebab paling umum untuk urtikaria akut adalah obat-obatan, vitamin, suplemen, makanan, *food additive*, minuman, infeksi, kontak alergi, bahan inhalasi, transfusi darah, vaksinasi.¹² Urtikaria kronik biasanya penyebabnya bukan lagi karena alergi makanan. Ada beberapa sumber yang bisa menimbulkan urtikaria kronik, yaitu faktor nonimunologik (bahan kimia, paparan fisik, zat kolinergik, infeksi dan penyakit infeksi) dan faktor imunologik.^{13,10} Sebesar 50% urtikaria kronik adalah urtikaria fisik yang terjadi karena adanya 1 atau lebih rangsangan fisik berupa

trauma, suhu, sinar atau getaran.¹³ Berdasarkan faktor pencetusnya urtikaria fisik dibagi menjadi urtikaria dermografika, *delayed-pressure urticaria*, urtikaria dingin, urtikaria panas, urtikaria solaris, dan urtikaria getaran.¹³

Penatalaksanaan utama pada semua bentuk urtikaria adalah pemberian antihistamin dengan pilihan utama antihistamin H1. Di samping itu, sedapat mungkin dapat ditemukan faktor penyebab atau pencetus, sehingga dapat dihindari atau pun dihilangkan.^{14,15}

Oleh karena itu perlu adanya dukungan tenaga kesehatan berupa perorangan ataupun instansi yang membantu dalam rangka tidak hanya tindakan kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Pelayanan kesehatan primer memegang peranan penting pada penyakit urtikaria dalam hal penegakan diagnosis pertamakali, terapi yang tepat, dan edukasi komunitas dalam pencegahan penyakit dan menularnya penyakit ke komunitas, karena penyakit ini mudah sekali *relaps*.³

Masalah kesehatan mengenai penyakit urtikaria dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) yaitu: Promosi kesehatan (*Health promotion*), Perlindungan khusus (*Specific protection*), Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*), Pembatasan cacat (*Disability limitation*) dan Rehabilitasi (*Rehabilitation*) yang diselesaikan dengan pendekatan individual, penatalaksanaan klinis dan pendekatan keluarga serta komunitas untuk menurunkan faktor resiko.³

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik haruslah dimulai dari keluarga. Keluarga bisa menjadi pelaku rawat yang baik bagi masing-masing anggota keluarganya. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan kedokteran keluarga secara holistik, komprehensif dan kontinu untuk mengidentifikasi faktor resiko dan melakukan penatalaksanaan yang tepat bagi pasien dan keluarga.

Kasus

Seorang laki-laki usia 15 tahun datang berobat diantar oleh ibunya ke puskesmas dengan keluhan muncul bentol-bentol

kemerahan terasa gatal di bagian leher, dada, punggung, kedua lengan dan kedua paha sejak ± 2 bulan yang lalu. Rasa gatal muncul hilang timbul tidak ada waktu tertentu dan menurut pasien memberat jika cuaca terlalu panas atau cuaca terlalu dingin.

Awalnya muncul bentol kemerahan yang terasa gatal sudah dirasakan sejak ± 1 tahun 9 bulan yang lalu setelah terkena cuaca yang panas ataupun yang dingin. Kemudian pasien membeli bedak cair yang dibeli di apotek dan mengoleskannya setiap 3 kali sehari sehabis mandi. Lalu bentol-bentol serta gatalnya hilang. Bentol-bentol merah disertai gatal kemudian muncul lagi pada ± 1 tahun 7 bulan yang lalu, awalnya muncul di leher, kemudian menyebar ke dada, punggung belakang, kedua tangan, dan kedua paha. Gatal timbul jika udara terlalu panas dan dingin.

Pasien tidak memiliki riwayat demam, lemas dan lesu sebelum timbulnya keluhan. Pasien mengatakan kalau ± 2 bulan yang lalu sebelumnya pasien suka berenang di tempat pemandian dekat sekolahnya. Pada saat pasien setelah berenang sering kali pasien tidak membersihkan diri dengan baik sehingga badan pasien menjadi gatal-gatal. Setelah itu, ibu pasien memberikan obat bedak cair yang dibelinya sendiri, lalu gatal-gatalnya menghilang.

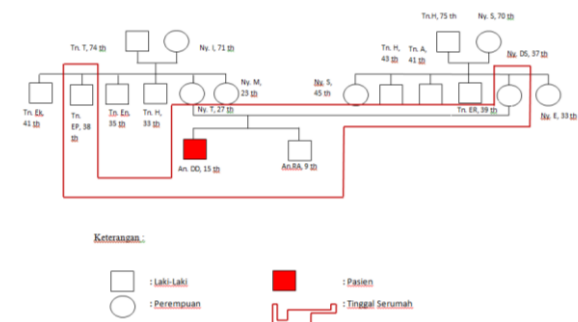
Pasien mengatakan ini merupakan keluhan yang ketiga kali pasien rasakan. Pada saat ± 4 bulan yang lalu saat turun hujan pasien bermain ke sungai bersama teman-temannya. Keesokan harinya pasien mengeluhkan timbul bentol-bentol kemerahan disertai rasa nyeri dan gatal di betis kanan dan kiri bagian dalam. Kemudian pasien berobat ke puskesmas dan diberikan obat tablet yang dimakan 1 kali sehari namun pasien lupa nama obatnya dengan hasil sembuh tanpa bekas.

Pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat. Riwayat keluarga dengan penyakit yang sama disangkal oleh ibu pasien. Pasien sangat menyukai berenang namun dikarenakan ibunya takut kalau penyakit pasien itu disebabkan oleh berenang sehingga pasien sering dilarang ibunya untuk ikut teman-temannya berenang. Pasien rutin mandi dua

kali sehari dan menggunakan sabun. Pasien menggunakan handuk sendiri setiap mandi.

Pasien adalah seorang pelajar SMA yang aktif mengikuti kegiatan sekolah. Pasien juga termasuk dalam siswa yang berprestasi di sekolahnya. Pasien memiliki pola makan sehari berjumlah 3 kali, dan dalam porsi yang cukup. Makanan yang dikonsumsi bervariasi. Pasien lebih sering memakan masakan rumah. Sumber karbohidrat berasal dari nasi dan protein berasal dari protein hewani dan nabati yaitu telur, ayam, ikan, tahu, dan tempe. Pasien juga mengonsumsi sayur baik tumis maupun sebagai lalapan. Pasien juga mengonsumsi buah-buahan terutama buah mangga dan pisang sebagai buah kesukaan pasien. Pasien tidak mengonsumsi alkohol ataupun rokok.

Pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara, bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti (*nuclear family*) yaitu terdiri dari suami, istri, dan anak kandung.



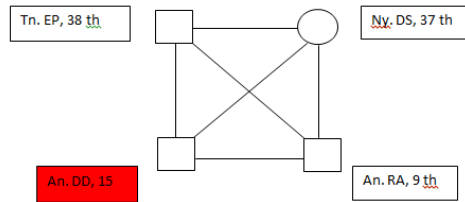
Genogram An. DD
 Tanggal Pembuatan : 17 Januari 2019
 Nama Pembuat : Veronica Debora

Gambar 1 Genogram Keluarga An. DD

Hubungan pasien dengan ibu, ayah dan adik pasien sangat baik terbukti dengan pasien sering berkomunikasi dan bercerita tentang pengalamannya dan teman-temannya di sekolah kepada anggota keluarganya. Pasien mengaku tidak memiliki masalah dalam keluarganya sampai membuat sedih dan stress, kehidupan keluarga dalam satu rumah harmonis dan komunikasi keluarga cukup baik.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien: tampak sakit ringan; tekanan darah: 110/70 mmHg; nadi:

96x/menit; laju pernafasan: 20x/menit; suhu: 36,8°C; berat badan: 55 kg; tinggi badan: 161 cm. IMT 21,19 yaitu termasuk status gizi baik (normal). Kepala, telinga, hidung, mulut, paru, jantung, abdomen dalam batas normal.



Keterangan Gambar:

- : Hubungan Dekat
- : Hubungan Tidak Dekat

Family Map An. DD

Tanggal Pembuatan : 17 Januari 2019

Nama Pembuat : Veronica Debora

Gambar 2 Hubungan antar keluarga An.DD

Status dermatologis: pada regio *colli* posterior, *thorax* posterior, *brachii* anterior *sinistra et dextra*, dan *cruris* anterior *sinistra et dekstra* terdapat gambaran lesi papul eritema dan urtika, jumlah *multiple*, bentuk bulat, berukuran lentikular hingga numular, berbatas tegas. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Diagnosis pasien ini menggunakan diagnosis holistik.

1. Aspek Personal

- a Alasan Kedatangan: keluhan berupa muncul bentol-bentol kemerahan terasa gatal di bagian leher, dada, punggung, kedua lengan dan kedua paha sejak ± 2 bulan yang lalu rasa gatal muncul hilang timbul tidak ada waktu tertentu dan menurut pasien memberat jika cuaca terlalu panas atau cuaca terlalu dingin.
- b Kekhawatiran: Khawatir bahwa bentol-bentol semakin banyak, melebar dan tertular ke orang lain, tidak sembuh dan semakin parah.
- c Harapan: Bentol-bentol kemerahan dapat diobati menjadi sembuh dan

hilang tanpa bekas, rasa gatal menghilang serta tidak muncul lagi.

2. Aspek Klinik

Urtikaria Kronik Tanpa Angioedema et causa Rangsangan Fisik (ICD10-L.50)

3. Aspek Risiko Internal

- a Pengetahuan pasien dan keluarga yang kurang tentang penyakit yang dialami, serta faktor penyebab/faktor yang memengaruhinya dan cara pencegahan penyakit yang dialami
- b Pola berobat kuratif
- c *Lifestyle*: sering berenang di sungai pada siang hari, kebiasaan mandi yang kurang bersih dan tidak teratur.

4. Aspek Risiko Eksternal

- 1 Keluarga berobat ke layanan kesehatan jika keluhan sudah mengganggu
- 2 Lingkungan tempat tinggal dan tempat bermain pada daerah pemukiman yang padat dan dikelilingi persawahan serta kebersihan disekitar luar rumah yang kurang.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1. Pasien mampu melakukan perawatan diri sama seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada pasien laki-laki usia 15 tahun dengan keluhan muncul bentol-bentol kemerahan terasa gatal di bagian leher, dada, punggung, kedua lengan dan kedua paha sejak ± 2 bulan yang lalu. Rasa gatal muncul hilang timbul tidak ada waktu tertentu dan menurut pasien memberat jika cuaca terlalu panas atau cuaca terlalu dingin. Awalnya muncul bentol kemerahan yang terasa gatal sudah dirasakan sejak bulan maret tahun 2017 yang lalu, muncul setelah terkena cuaca yang panas ataupun yang dingin. Bentol-bentol merah disertai gatal kemudian muncul lagi pada bulan Oktober 2018. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya papul eritema dan urtika. Penegakan diagnosis urtikaria kronis pada pasien berdasarkan kriteria WAO *Journal* 2012. Kriteria pada pasien meliputi ditemukan edema sentral dengan ukuran bervariasi, dan bisa disertai eritema di sekitarnya, terasa gatal atau kadang-kadang sensasi terbakar, dan

umumnya dapat hilang dalam 1-24 jam, ada yang < 1 jam. Sehingga dapat ditegakkan diagnosa urtikaria kronis pada pasien.⁹ Pada kunjungan pasien ke puskesmas, pasien diberikan terapi medikamentosa dengan Antihistamin-H1 generasi kedua yaitu Loratadine 10 mg diminum 1 kali sehari selama 7 hari. Obat ini dikonsumsi terutama saat gatal dan pada malam hari sebelum tidur. Antihistamin-H1 generasi kedua diberikan pada pasien urtikaria untuk mengurangi rasa gatal pada sehingga selain dapat mengurangi gejala dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Urtikaria kronis adalah semua urtikaria yang berulang paling sedikit dua kali dalam seminggu selama enam minggu berturut-turut.^{16,17} Rasa gatal yang hebat hampir selalu merupakan keluhan subjektif urtikaria kronis, dapat juga timbul rasa terbakar atau rasa tertusuk. Secara klinis tampak lesi urtika (eritema dan edema setempat yang berbatas tegas) dengan berbagai bentuk dan ukuran. Kadang-kadang bagian tengah lesi tampak lebih pucat. Bila terlihat urtika dengan bentuk papular, patut dicurigai adanya gigitan serangga atau sinar ultraviolet sebagai penyebab. Bila lesi melibatkan jaringan yang lebih dalam sampai dermis dan subkutis atau submukosa, akan terlihat edema dengan batas difus dan disebut angioedema. Rasa gatal umumnya tidak dijumpai pada angioedema, namun terdapat rasa terbakar. Angioedema sering dijumpai di kelopak mata dan bibir. Bila angioedema terjadi di mukosa saluran nafas dapat terjadi sesak nafas, suara serak dan rhinitis. Angioedema di saluran cerna bermanifestasi sebagai rasa mual, muntah, kolik abdomen, dan diare.³

Ada banyak faktor penyebab urtikaria dan angioedema seperti toleransi terhadap makanan, infeksi, obat-obatan, trauma fisik dan penyakit sistemik, namun 70-95% penyebabnya masih belum diketahui terutama pada urtikaria kronis.^{18,19} Hal ini seringkali menimbulkan masalah fisik, psikis maupun sosial dalam kehidupan penderita sehari-hari sehingga mempengaruhi kualitas hidupnya.¹⁰ Faktor resiko urtikaria kronis pada pasien yang terdapat pada pasien ini adalah sifat penyakit yang berulang serta kepatuhan terhadap

menghindari faktor resiko dan pencetus yang tidak adekuat seperti rangsangan fisik (sinar matahari dan cuaca yang dingin) sehingga dapat menyebabkan lesi yang rekuren dan mengganggu kualitas hidup pasien.¹⁷

Hal ini juga terjadi akibat pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang dialami pasien, kurangnya higienitas tubuh, dan sanitasi lingkungan yang terganggu. Pasien sering beraktifitas di luar rumah saat siang hari sehingga sering berkeringat, saat pulang ke rumah pasien biasanya tidak mandi lagi dan hanya mengganti baju saja. Pasien juga memiliki kebiasaan mandi yang kurang bersih yaitu jarang menggunakan sabun. Pasien juga sering berenang saat sinar matahari sedang terik dan pasien juga sering bermain di luar rumah menggunakan pakaian tidak berlengan saat udara dingin. Pelaksanaan pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga dengan kunjungan sebanyak 3 kali, dimana pada kunjungan rumah pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien dan keluarganya serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita.

Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif daripada preventif dan memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita. Pasien mengeluh muncul bentol-bentol kemerahan disertai rasa gatal sejak ± 2 bulan yang lalu yang akan berkurang saat pasien mengoleskan bedak cair sehabis mandi. Pasien mengeluh rasa gatal yang timbul jika tidak dioleskan bedak cair dan pasien juga mengeluh muncul bentol-bentol kemerahan yang semakin melebar. Pasien berharap dapat sembuh seperti keadaan orang sehat kembali. Pasien jarang melakukan pengobatan ke pusat kesehatan dan lebih memilih membeli obat di apotek. Pasien tidak mengetahui tujuan dari melakukan pengobatan dini guna mencegah kekambuhan dari penyakit yang diderita pasien. Sasaran utama pengobatan urtikaria kronis adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengatasi keluhan dan gejala,

mencegah kekambuhan gejala, menormalkan fungsi dan kehidupan sosialnya. Pada lingkungan psikososial, pasien merasa bahagia dengan keadaan keluarganya saat ini, hubungan dengan anggota keluarganya juga terbilang sangat dekat dan jarang mengalami masalah yang berkepanjangan. Sehingga hal ini dapat mendukung pasien dalam menjalani pengobatan yang dapat dilihat dari seluruh anggota keluarga memberikan dukungan dalam pengobatan pasien.

Uang untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga berasal dari ayah pasien yang bekerja sebagai supir dan ibu pasien yang memiliki usaha warung sehingga tidak terdapat gangguan fungsi ekonomi dalam keluarga. Mengenai jaminan kesehatan pasien memiliki asuransi BPJS namun pasien jarang menggunakannya untuk melakukan pengobatan atas penyakitnya sehingga pasien disarankan untuk melakukan pengobatan atas penyakitnya jika terdapat keluhan. Dari sisi lingkungan rumah, hubungan pasien dan keluarganya dengan tetangga sekitar terjalin baik sehingga dapat terhindar dari stress psikososial yang dapat memperberat penyakit pasien.

Pasien memiliki pola makan sehari berjumlah 3 kali, dan dalam porsi yang cukup. Makanan yang dikonsumsi bervariasi. Pasien lebih sering memakan masakan rumah. Sumber karbohidrat berasal dari nasi dan protein berasal dari protein hewani dan nabati yaitu telur, ayam, ikan, tahu, dan tempe. Pasien juga mengonsumsi sayur baik tumis maupun sebagai lalapan. Pasien juga mengonsumsi buah-buahan terutama buah mangga dan pisang sebagai buah kesukaan pasien. Buah-buahan kaya akan antioksidan sehingga dapat membantu mencegah terjadinya inflamasi akibat radikal bebas dan membantu menghilangkan racun yang dapat menyebabkan alergi.¹⁷ Keadaan rumah pasien sudah cukup ideal, cukup luas, dan tidak bertingkat. Keadaan ventilasi dalam rumah cukup baik. Pencahayaan di dalam rumah sudah cukup baik serta higienitas rumah cukup baik.

Pada kunjungan rumah kedua dengan tujuan dilakukan perencanaan intervensi

terhadap pasien. Pada kunjungan kedua ini juga dilakukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik terhadap pasien dan didapatkan keadaan umum pasien: tampak sakit ringan; tekanan darah: 110/70 mmHg; nadi: 96x/menit; laju pernafasan: 20x/menit; suhu: 36,8°C; berat badan: 55 kg; tinggi badan: 161 cm. IMT 21,19 yaitu termasuk status gizi baik (normal). Kepala, telinga, hidung, mulut, paru, jantung, abdomen dalam batas normal. Pada status dermatologis: pada regio *colli posterior, thorax posterior, brachii anterior sinistra et dextra*, dan *cruris anterior sinistra et dekstra* terdapat gambaran lesi papul eritema dan urtika, jumlah *multiple*, bentuk bulat, berukuran lentikular hingga numular, berbatas tegas. Pada kunjungan kedua ini dilakukan intervensi dengan tujuan untuk mengurangi bentol-bentol kemerahan dan rasa gatal yang berulang. Intervensi dengan menggunakan media berupa *leaflet* bergambar dengan metode *family conference* yang dihadiri oleh kedua orang tua dan adik pasien yang turut serta mendampingi dan mendengarkan apa yang disampaikan pada pasien.

Pretest dilakukan terlebih dahulu dan kemudian dilanjutkan dengan intervensi. Pada *pretest* diajukan sepuluh pertanyaan terkait penyakit urtikaria yang diderita pasien. Terdapat sepuluh pertanyaan pilihan ganda yang harus dikerjakan pasien. Pertanyaan terkait dengan definisi, penyebab, gejala, faktor pencetus, faktor resiko, gambar penyakit urtikaria, lokasi, cara pencegahan, bahaya penggunaan obat sembarangan, dan dampak mengonsumsi makan yang menyebabkan alergi. Setelah pasien mengerjakan *pretest*, nilai yang didapat pasien adalah tiga. Nilai ini menunjukkan bahwa pengetahuan pasien mengenai penyakitnya masih sangat rendah. Sehingga perlu diintervensi dan diedukasi untuk meningkatkan pengetahuannya.

Pada intervensi dijelaskan tentang penyakit urtikaria yakni mengenai pengertian, penyebab, gejala klinis, faktor resiko dan pencetus, dimana saja lokasinya, jenis urtikaria, cara mengobati dan cara mencegahnya, serta juga menjelaskan tentang pentingnya melakukan pemeriksaan tes kulit dan pemeriksaan laboratorium pada penyakit

urtikaria. Pasien juga diajarkan untuk menjaga kebersihan tubuh dan lingkungan termasuk sanitasi serta pola hidup yang sehat akan mempercepat kesembuhan dan mencegah kekambuhan urtikaria. Pencegahan urtikaria adalah memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga *personal hygiene*, terutama mandi dengan bersih yaitu rutin 2 kali sehari dan menggunakan sabun serta menggunakan handuk sendiri, lalu juga pasien disarankan untuk menggunakan pakaian yang berlengan panjang dan celana yang panjang untuk menutupi tubuh pada saat udara terlalu panas ataupun terlalu dingin serta menghindari bermain air hujan saat hujan dan berenang di sungai. Hal ini penting untuk dilakukan untuk mencegah terjadinya kekambuhan penyakitnya.

Pada pemeriksaan penunjang biasanya ditemukan tidak adanya perbedaan klinik dan histologik yang jelas antara penderita urtikaria kronik yang mempunyai dan yang tidak mempunyai autoantibodi yang menunjukkan bahwa terjadinya degranulasi sel mast kulit mungkin lebih penting dalam menentukan gambaran klinik dibandingkan penyebabnya. Kendatipun demikian kemungkinan akan lebih banyak pasien yang memperlihatkan autoantibodi fungsional dibandingkan yang diketahui sekarang jika uji yang lebih sensitif untuk pendeteksiannya telah tersedia.¹⁶ Pada pemeriksaan darah tepi dan hitung jenis leukosit pasien urtikaria kronis dapat digunakan sebagai petunjuk. Apabila terdapat eosinophilia merupakan indikasi pemeriksaan parasit dalam tinja. Bila pemeriksaan darah tepi dalam batas normal dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan penunjang lain dengan *challenge test* dengan makanan dan bahan pewarna dan pengawet. Apabila pemeriksaan *challenge test* negatif dapat dilakukan ASST dan *Histamin Release Assay* (HRA).^{20,21}

Dalam menatalaksana 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.⁶

Identifikasi dan eliminasi faktor penyebab/pencetus membutuhkan diagnostik yang menyeluruh dan tepat. Jika didapatkan perbaikan setelah eliminasi faktor diduga penyebab, faktor ini baru bisa disimpulkan sebagai penyebab jika terjadi kekambuhan setelah tes provokasi.²²

Pada kebanyakan kasus urtikaria dapat dikelola dengan pengobatan sistemik pemberian Antihistamin-H1 non-sedatif/generasi kedua (azelastine, bilastine, cetirizine, desloratadine, ebastine, fexofenadine, levocetirizine, loratadine, mizolastine, dan rupatadine) memiliki efikasi sangat baik, keamanan tinggi, dan dapat ditoleransi dengan baik, sehingga saat ini digunakan sebagai terapi lini pertama. Apabila keluhan menetap dengan pemberian antihistamin-H1 non-sedatif selama 2 minggu, dosis antihistamin-H1 non-sedatif dapat ditingkatkan sampai 4 kali lipat dosis awal yang diberikan. Antihistamin generasi pertama sudah jarang digunakan, hanya direkomendasikan sebagai terapi tambahan urtikaria kronis yang tidak terkontrol dengan antihistamin generasi kedua. Antihistamin generasi pertama sebaiknya diberikan dosis tunggal malam hari karena mempunyai efek sedatif.⁷ Pemberian kortikosteroid digunakan hanya pada urtikaria akut atau eksaserbasi akut urtikaria kronis.²² Belum ada konsensus yang mengatur pemberian kortikosteroid, disarankan dalam dosis terendah yang memberikan efek dalam periode singkat.²³ Salah satu kortikosteroid yang disarankan adalah prednison 15 mg/hari, diturunkan 1 mg setiap minggu.⁷

Pada pasien diberikan obat sistemik berupa Loratadine tablet 1x10 mg diminum selama 14 hari (jika gatal) dan Dexametasone tablet 2x0,5 mg diminum selama 7 hari.

Pada kunjungan rumah ketiga dilakukan evaluasi terhadap hasil intervensi yang telah dilakukan sebelumnya. Hasil edukasi yang dilakukan dua minggu setelah intervensi didapatkan bentol-bentol dengan dasar kemerahan sudah berkurang dan membaik, gatal juga sudah tidak dirasakan. Keluarga pasien juga mengaku pasien mengalami

perubahan perilaku yaitu mandi dua kali sehari secara bersih dan digosok menggunakan sabun serta menggunakan handuk sendiri. Pasien meminum obat sesuai anjuran dokter, mulai menghindari penyebab penyakitnya yakni sekarang jika udara terlalu panas akibat sinar matahari yang terik, pasien menggunakan pakaian yang tertutup saat keluar atau lebih memilih berdiam diri di rumah serta pasien sudah jarang berenang bersama teman-temannya di sungai dan tidak lagi bermain air hujan. Hal ini juga didukung oleh perilaku anggota keluarga lain yang mendampingi dan mendukung pasien untuk mengingatkan pasien untuk meminum obat, mengingatkan pasien untuk menghindari penyebab penyakitnya dan mengingatkan pasien untuk rutin mandi dan bersih.

Selain itu pasien diberikan *post test*, yang pertanyaannya sama dengan materi *pretest* dan media intervensi. *Post test* dilakukan untuk menilai apakah telah terdapat perubahan dari segi pengetahuan pasien mengenai penyakit urtikaria yang ia derita. Setelah dilakukan penilaian, pasien mendapat nilai sembilan dari 10 pertanyaan yang diajukan. Hal tersebut menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan pasien mengenai penyakit yang diderita.

Simpulan

Pada pasien ini telah dilakukan penatalaksanaan urtikaria kronis secara holistik dan komprehensif melalui *patient center*, *family focus*, dan *community oriented*. Pada pasien dan keluarga diberikan intervensi menggunakan metode *family conference* dan media *leaflet* bergambar. Pada evaluasi terdapat perubahan yang lebih baik pada kondisi klinis dan perilaku pasien setelah diberikan intervensi.

Diagnosis pada pasien ini menggunakan diagnosis holistik akhir yang terdiri dari:

1 Aspek Personal

- a Alasan Kedatangan: Bentol-bentol kemerahan sudah mulai berkurang serta rasa gatal juga sudah tidak dirasakan di bagian leher, dada,

punggung, kedua lengan dan kedua paha

- b Kekhawatiran: Pasien sudah tidak khawatir lagi dan lebih percaya diri karena gatal dan bentol kemerahan sudah mulai berkurang
- c Harapan: Bentol-bentol kemerahan menghilang tanpa bekas dan rasa gatal menghilang sehingga harapan sudah tercapai.

2 Aspek Klinik

Urtikaria Kronis Tanpa Angioedema et causa Rangsangan Fisik (ICD10-L.50)

3 Aspek Risiko Internal

- a Pengetahuan pasien dan keluarga yang meningkat tentang penyakit yang dialami, serta faktor penyebab/faktor yang memengaruhinya dan cara pencegahan penyakit yang dialami (terjadi peningkatan pengetahuan sebesar 6 poin).
- b Pola berobat tidak kuratif lagi
- c *Lifestyle*: Tidak berenang di sungai lagi, kebiasaan mandi yang bersih menggunakan sabun dan teratur 2 kali sehari, menggunakan pakaian yang tertutup saat keluar atau lebih memilih berdiam diri di rumah
- d Meminum obat sesuai anjuran dokter

4 Aspek Risiko Eksternal

- a Keluarga berobat ke layanan kesehatan dengan rutin
- b Lingkungan tempat tinggal dan tempat bermain pada daerah pemukiman yang padat dan dikelilingi persawahan sudah cukup baik serta kebersihan di sekitar luar rumah sudah cukup baik.

5 Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1. Pasien mampu melakukan perawatan diri sama seperti sebelum sakit.

Daftar Pustaka

1. Baskoro A, Soegiarto G, Effendi C, Konthen PG. Urtikaria dan Angioedema. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi Keenam. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2014.
2. Vella WD, Hutomo M. Urtikaria: Berkala

- Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2010.
3. Aisah S, Evita HE. Urtikaria dan Angioedema. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editor. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Edisi ketujuh. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2016: 311-14.
 4. Kennedy JL, Staling AP, Plats-Milss TA, Oliveira WM, Workman L, James HR. Galactose - alpha - 1,3 - galactose and delayed anaphylaxis, angioedema and urticaria in children. *Pediatrics*. 2013; 131:878-84.
 5. Seo JH, Jae WK. Epidemiology of urticaria including physical urticaria and angioedema in korea. *Korean J Intern Med*. 2019; 34(2):418-25.
 6. Tjekyan S. Prevalensi urtikaria di kota Palembang tahun 2007 (The Prevalence of Urticaria in Palembang 2007). *Jurnal Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*. 2012; 20(1):1-6.
 7. Borges MS, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: A worldwide perspective. *WAO Journal*. 2012; 5(11):125-47.
 8. Sachdeva S, Gupta V, Amin SS, Tahseen M. Chronic urticaria. *Indian J Dermatol*. 2011; 56(6):622-28.
 9. Greenberger PA. Chronic urticaria: new management options. *WAO Journal* . 2014; 7:1-6.
 10. Itakura A, Yumiko T, Naoko K, Michihiro H. Impact of chronic urticaria on quality of life and work in Japan: Results of a real-world study. *J Dermatol*: 2018; 45(8): 963–70.
 11. Kanani A, Betschel SD, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018; 14(2): 116–27.
 12. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA. The diagnosis and management of chronic urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol*. 2014; 133(5): 1270–277.
 13. Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Fitzpatrick TB, et al., editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2018:330–43.
 14. Fortina B, Fontana E. Update on antihistamine treatment for chronic urticaria in children. *Curr Treat Options Allergy*. 2014; 1(3): 287–98.
 15. Morillas LS, Rojas PE, Reano M, Sanz, Laguna M. Urticaria due to antihistamines. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011; 21(1): 66–68.
 16. Kocaturk E, Clive G. Is chronic urticaria more than skin deep. *Clinical and Translational Allergy*. 2019; 9:1-9.
 17. Kabulrachman. Penyakit kulit alergi: Beberapa masalah dan usaha penanggulangannya. Pidato pengukuhan. Semarang: BP Undip; 2012:28-35.
 18. Cherrez O, Vanegas E, Felix M, Mata V, David C, Simancas R, et al. Etiology of chronic urticaria: the ecuadorian experience. *WAO Journal*. 2018; 11(1):1-8.
 19. Krupa S, Mukesh R, Eliz AR. Etiological approach to chronic urticaria. *Indian Journal of Dermatology*. 2010; 55(1):33-38.
 20. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, Leshno M, Kimhi O, Goldberg A. A chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol*. 2012; 129:1307-313.
 21. Adelman DC, Thomas BC, Jonathan C. Urticaria and Angioedema. *Manual of Allergy and Immunology*. 2012:243-58.
 22. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69:868-87.
 23. Asero R, Tedeschi A. Usefulness of a short course of oral prednisone in antihistamine-resistant chronic urticaria: A retrospective analysis. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2010 ;20:386-90.