

Penatalaksanaan *hand foot and mouth disease* yang menyerang ibu dan anak

¹Dwi Setianingtyas, ¹Nafiah, ²Isidora KS, ²Astrid P, ³Ramadhan Hardani Putra

¹Laboratorium Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hang Tuah dan Poli Oral Diagnosis Gilut RSAL Dr. Ramelan Surabaya.

²Laboratorium Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hang Tuah Surabaya.

³Poli Gigi Balai Pengobatan Gedangan Diskes Lantamal V Surabaya.

Surabaya, Indonesia

E-mail: andan_rhp@yahoo.com

ABSTRACT

Hand foot and mouth disease (HFMD) is an infectious disease caused by coxsackie virus A and B. Usually, it infects children, but sometimes found on young adult, too. This paper reported the management of hand, foot and mouth disease which infected a 37-year-old woman and a 4-year-old child. Treatment on first visit is prescribed antiviral, antipyretic, multivitamin and mouthwash. Patient is educated about isolation, then consulted to an internist to received further treatment (bed rest and intensive care). It is concluded that with adequate diagnosis and management, HFMD has a good prognosis.

Key words: hand foot and mouth disease, coxsackie

ABSTRAK

*Hand foot and mouth disease (HFMD) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh sejumlah virus coxsackie A dan B. Penyakit ini biasanya mengenai anak, tapi dapat pula dijumpai pada usia dewasa muda. Tulisan ini bertujuan melaporkan tentang penatalaksanaan HFMD yang menyerang wanita muda 37 tahun dan anak 4 tahun. Penanganan pada kunjungan pertama berupa medikasi antivirus, antipiretik, multivitamin dan obat kumur. Penderita didukasi tentang pentingnya isolasi, kemudian dikonsul ke ahli penyakit dalam supaya mendapat penanganan lebih lanjut, lalu dirujuk masuk rumah sakit/opname untuk *bed rest* dan mendapat perawatan lebih intensif. Hasil akhirnya adalah dengan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat, maka HFMD mempunyai prognosis yang baik.*

Key words: hand foot and mouth disease, coxsackie

PENDAHULUAN

Berbagai penyakit mulut sebagian penyebab utamanya adalah karena infeksi. Salah satu penyebab infeksi yang penting adalah golongan *virus*, dengan manifestasi klinis yang bervariasi. Secara umum infeksi virus mudah menyerang seseorang yang kondisi imunitas tubuhnya sedang tidak prima atau menurun. Modus penularan dapat melalui beberapa cara, yaitu *air borne*, *blood borne*, kontak langsung dan lain lain. Dokter Gigi pada umumnya kurang dapat membedakan penyakit mulut yang infeksi dan bukan infeksi, serta yang infeksi *virus*, dan bukan infeksi *virus*.¹

Beberapa jenis *virus* dapat menimbulkan penyakit pada mulut, diantaranya adalah kelompok virus Herpes (baik *simplex* maupun *zoster*), virus *Coxsackie* (VC) dan virus papiloma. Dari semua itu, kelompok virus Herpes (VH) yang paling sering terlibat di daerah mulut, khususnya *virus* Herpes simpleks-1 yang menyebabkan penyakit stomatitis herpetika.²⁻⁴

Sejumlah infeksi virus spesifik ditemukan rutin pada praktek kedokteran gigi,⁵ sehingga peran kita sebagai praktisi dokter gigi yang sehari-hari menangani pasien perlu mengenali gambaran klinik penyakit tersebut agar bila menemukan kasus di klinik dapat melakukan penatalaksanaan pasien dengan tepat dan adekuat.⁶ Istilah *hand foot and mouth disease* (HFMD) dalam bahasa awam biasa dikenal dengan *flu hongkong*.

Tujuan penulisan artikel ini untuk melaporkan penatalaksanaan kasus HFMD yang menyerang ibu dan anaknya yang diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan manifestasi klinis yang karakteristik pada pasien.

TINJAUAN PUSTAKA

Penyakit HFMD merupakan suatu penyakit menular yang paling utama disebabkan oleh VC A16 pada banyak kasus, walaupun contoh lainnya dijelaskan pula bahwa penyebab HFMD bisa juga karena VC A5, A7, A9, A10, B2 atau B5 yang telah terisolasi.⁷⁻⁹ Selain itu paling banyak dikarenakan oleh anggota dari genus *Enterovirus*, yaitu VC A16 dan *Enterovirus* 71.^{8,9} Penyebab lain dari HFMD selain jenis virus di atas, bisa juga menyerang secara sporadis, yaitu disebabkan VC type A4-A7, A9, A10, B1-B3 dan B5 juga telah dilaporkan. Virus *Coxsackie* termasuk family *Picornavidae*.⁹ Virus *Coxsackie* adalah *enterovirus*

ribonucleid acid (RNA) dan dinamakan sesuai dengan nama kota di New York, tempat kasus virus ini pertama ditemukan. Virus *Coxsackie* dibedakan menjadi grup A dan grup B. Ada 24 tipe VC pada grup A yang diketahui, dan ada 6 tipe VC pada grup B. Virus ini ada yang bisa menyebabkan hepatitis, meningitis, miokarditis, pericarditis dan penyakit respirasi akut, dan biasanya disebabkan oleh VC grup A.⁷

Manifestasi klinis selama 3-7 hari, kebanyakan pasien mengeluhkan nyeri (ulser) pada mulut dan klinisnya seluruh pasien telah mempunyai lesi yang terdapat pada mukosa oral.^{7,10} Selain nyeri di mulut, kadang disertai liur yang banyak.¹¹ HFMD mempunyai gambaran klinis yang berbeda dari karakteristik lesi pada oral dan lesi di ekstremitas distal.⁹ Adapun karakteristiknya seperti demam ringan, vesikel dan ulser pada mulut dan alat gerak seperti tangan dan kaki. Pada tangan dan kaki, lesi berupa makula, papula, vesikel dan tersebar pada permukaan dan tidak terasa gatal. Lesi bisa terdapat pada palatum durum, lidah dan pada umumnya di mukosa bukal.⁷ Selain vesikel di mulut, juga ada di jari, telapak tangan dan telapak kaki yang berlangsung lebih dari seminggu.⁸ Lesi di kaki terdapat pada batas lateral kaki, tumit dan distal jari kaki serta sela jari kaki, sehingga pasien mengeluh sakit saat menapak dan berjalan.¹² Gejala dan tanda klinis yang lain berupa sebuah prodromal singkat berdurasi 12-36 jam merupakan bagian dari gejala HFMD, yang terdiri dari demam ringan dengan suhu 38,3 °C dan durasi 2-3 hari. Ada *anorexia*, *malaise*, nyeri abdomen, *sore mouth* dan batuk.⁹ Selain tanda tadi bisa juga ada gejala, seperti muntah atau diare.⁸ Kemungkinan lain terlihat seperti tanda flu biasa, misalnya gejala demam, sakit tenggorokan, pilek dan batuk. Paling sulit menemukan adanya vesikel dalam mulut, karena dapat membuat anak kesulitan untuk makan dan minum.⁸ *Enanthem* biasanya mendahului *exanthema* yang asimtomatik, tetapi keduanya dapat terjadi secara bersamaan.⁹

Infeksi biasanya terjadi sebagai kejadian yang terisolasi, tetapi wabah terjadi secara terus menerus. Masa inkubasi rata-rata 3-6 hari.^{8,9} Infeksi VC sangat menular. Selama masa epidemik, VC menyebar melalui transmisi horisontal dari anak ke anak dan dari ibu ke janin.⁹ VC dapat menular selama beberapa minggu setelah infeksi mulai, masa penularan dari VC biasanya terbatas pada seminggu atau kurang. Biasanya HFMD paling sering terlihat di musim panas dan gugur. Bila di Indonesia bisa terjadi pada pergantian musim.⁸ Pada pergantian musim kemarau ke musim hujan sering diikuti dengan penurunan daya tahan tubuh. Pada musim hujan, dimana ditemui orang menderita nyeri kepala, demam, badan mengginggил, pilek hingga batuk. Semua ini merupakan ciri khas penyakit akibat virus.¹³ Meskipun namanya menakutkan, penyakit ini umumnya ringan, sehingga prognosisnya adalah baik.⁸

Adapun proses penularannya, yaitu melalui saluran pernapasan (yaitu batuk atau bersin), dan kontak langsung dengan faeces-oral.⁸ Cara pertama, ketika pasien batuk, bersin atau berbicara, maka virus akan dikeluarkan dan menyebar ke udara. Akibatnya orang yang sehat dapat tertular virus dengan cara menghirup udara yang tercemar virus.¹³ Penularan bisa juga terjadi melalui kontak langsung dengan hidung atau sekresi oral, faeces, atau tetesan aerosol di rute *fekal-oral* atau *oral-oral*.⁹ Adapun secara kontak langsung diterangkan oleh Cooper¹³ bahwa jika orang yang sehat secara tidak sengaja berkontak dengan orang yang terinfeksi seperti berjabat tangan, menyentuh benda yang tercemar virus kemudian menyentuh hidung atau mulut, maka virus akan masuk ke saluran nafas orang sehat.

Etiopatogenesis atau mekanisme terjadinya HFMD dapat diterangkan sebagai cara invasi virus ke sel dan produksi partikel *virus* baru terjadi dalam 6 tahap proses, yaitu perlekatan partikel virus ke permukaan sel, penetrasi virus menuju sel, terjadi *uncoating virus* atau pelepasan asam nukleat secara fungsional, replikasi asam nukleat, rekonstruksi dan pengumpulan partikel virus, dan pelepasan *virus* dari sel.¹⁴

Di kulit dan mukosa merupakan pintu masuk sekaligus tempat multiplikasi *virus*, yang menyebabkan sel lisis dan terbantuknya vesikel. Vesikel mudah pecah dan membentuk ulser yang dangkal. Cairan bening dalam mukosa mengandung *virion* dalam jumlah besar.²

Implantasi virus awal di mukosa bukal dan ileum diikuti dengan penyebaran ke kelenjar getah bening dalam waktu 24 jam. Selanjutnya terjadi *viremia* secara cepat terjadi, dengan penyebaran pada mukosa mulut dan kulit.⁹

Sebuah prodromal singkat dengan durasi 12-36 jam merupakan bagian dari presentasi biasa dari HFMD.⁹ Manifestasi klinis 3-7 hari, pada umumnya sebagian besar pasien mengeluhkan perih pada mulut, dan klinisnya seluruh pasien telah mempunyai lesi yang terdapat pada mukosa oral karena frekuensi terbanyak meliputi oral.^{7,10} Selain lesi di oral diikuti lesi pada tangan dan kaki yang ada selama 5-10 hari. Lesi di mukosa dan kulit sembuh secara spontan pada hari 5-7 hari.⁹

Investigasi secara umum untuk HFMD belum ada penelitian laboratorium untuk HFMD. Jumlah leukosit adalah 4000-16000 mL. Sesekali ada limfosit atipikal. Virus dapat diisolasi dari *swab* vesikel atau

permukaan mukosa atau dari spesimen faeses dan kemudian diinokulasi ke tikus atau dibiakkan pada media jaringan virus. Antibodi cepat hilang, dengan demikian, mereka biasanya terdeteksi hanya dalam fase akut karena tingginya kadar ikatan antibodi dan komplemen yang ada dalam fase penyembuhan. Penelitian telah menggambarkan kegunaan *molecular assay* menggunakan *polymerase chain reaction* (PCR) untuk mendapatkan diagnosis cepat dan spesifik untuk membedakan etiologi antara VC A16 dan Enterovirus 71. Hal ini mungkin menjanjikan di masa depan karena wabah infeksi dengan enterovirus 71 cenderung berhubungan dengan komplikasi yang lebih parah dan fatal. Temuan histopatologi dari HFMD termasuk vesikel intra-epidermal yang berisi neutrofil dan *eosinophilic cellular debris*. Epidermis berdekatan memiliki degenerasi retikuler, yaitu edema interseluler dan intraseluler. Dermis memiliki sisipan campuran. Inklusi *eosinophilic intranuclear* diamati dengan studi mikroskopis elektron.⁹

Hampir semua pasien mengeluhkan nyeri pada ulser di mulut, dan klinisnya seluruh pasien telah mempunyai lesi yang terdapat pada mukosa oral. Dokter Gigi sepertinya melihat pasien dengan penyakit ini dengan diagnosis banding dengan *herpangina*. Yang harus diingat pada pemeriksaan HFMD terdapat makulopapular dan lesi vesikel ketika pasien datang dengan stomatitis akut dan disertai demam sebelum terjadinya stomatitis.^{7,10} Alasannya karena etiologi herpangina dan HFMD sama, yaitu VC, maka terapinya juga sama dengan herpangina.¹¹ Selain herpangina, Scully¹⁵ menambahkan untuk membedakan dengan *recurrent aphthous stomatitis* tipe *herpetiform* dan *varicella*. Ada persamaan dan perbedaan antara *varicella* dengan HFMD, yaitu pada *varicella* erupsi papulovesikular yang dapat disertai demam dan gejala konstitusi ringan dapat didahului gejala prodromal, lesi kulit timbul dalam jumlah banyak dengan distribusi sentral, lesi kulit berkembang cepat, mulai dari makula menjadi papula, vesikel, pustula dan terakhir menjadi krusta. Terdapat semua stadia lesi secara bersamaan pada suatu saat dalam suatu daerah anatomic, terdapat lesi di mukosa mulut.²

Komplikasi pada HFMD berupa neuropatologi dalam kasus fatal infeksi enterovirus 71 telah menunjukkan gambaran dari ensefalitis akut yang melibatkan batang otak dan tulang belakang.⁹ Greenbergh⁷ menambahkan pada kasus yang parah dapat melibatkan susunan saraf pusat, *myocarditis* dan *pulmonary edema*.

Sebenarnya tidak ada perawatan medis khusus yang diperlukan untuk HFMD.^{9,11,16} Biasanya aplikasi topikal anestesi sangat bermanfaat untuk ulser yang sangat nyeri. Antipiretik dapat digunakan untuk mengobati demam, dan analgesik dapat digunakan untuk mengobati *anthralgia*. Terapi laser dengan tingkat rendah juga telah terbukti memperpendek durasi oral ulser yang sangat nyeri. Kantor Pelayanan Kesehatan California¹⁷ merekomendasikan perlunya istirahat dan minum cairan untuk mencegah dehidrasi. Bila diperlukan dapat ditambahkan cairan melalui intravena. Paling penting menurut Thomas⁹ adalah pasien diberi edukasi bahwa VC yang menyebabkan HFMD bisa terdapat dalam faeses pasien selama 1 bulan, maka umumnya diperlukan, teknik cuci tangan yang baik diperlukan untuk mengurangi potensi penyebaran penyakit dan untuk mengurangi penularan VC. Blister/vesikel tidak boleh pecah, karena bila pecah, akan berpotensi terjadi penularan.⁹

LAPORAN KASUS

Seorang ibu rumah tangga, 37 tahun datang ke praktek pribadi Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut dengan mengajak anak laki-lakinya, umur 4 tahun. Keluhan utamanya, pasien mengalami sariawan yang banyak disekitar langit-langit dan tenggorokan nya. Sebelum timbul sariawan, pasien merasa demam dan terasa seperti flu, tidak enak makan dan badan lemas. Sariawan atau luka ini hanya terdapat di dalam rongga mulut saja dan tidak ditemukan di tempat lain di tubuhnya. Sedangkan anak yang diajaknya juga mengalami gejala yang sama, tapi keluhannya pada tangan dan kaki mulai dengkul depan sampai kaki dan tangan timbul banyak *plentingan* yang kecil yang berisi cairan. Bahkan di kaki banyak yang sudah pecah dan menjadi luka dan ada yang menjadi keropeng. Pada mulut anak laki-laki tidak ada sariawan, hanya mengeluh mulut kering dan susah menelan. Baik pada ibu dan anaknya sama-sama belum berobat ke dokter dan belum mengkonsumsi obat sama sekali. Keadaan Umum pada kedua pasien terlihat agak lemas dan menahan rasa nyeri. Dari riwayat kesehatan, tidak dijumpai kelainan sistemik. *Oral hygiene* juga baik. Hasil pemeriksaan klinis ekstra oral, baik pada ibu dan anaknya menunjukkan tidak ada kelainan. Sedang pada pemeriksaan kelenjar limfe submandibular kanan dan kiri terdapat *lymphadenopathy*.



Pada gambar 1 tampak ibu, 37 tahun pada palatum mole, faring dan distal ovula. Pada palatum mole terdapat ulser multipel, bentuk oval, diameter bervariasi antara 1-6 mm, batas jelas, dasar ulser putih kekuningan, tepi eritema dan nyeri. Pada faring region kiri ulser, multipel, bentuk oval, diameter antara 1-3 mm yang berkumpul menjadi satu sehingga menyerupai ulser besar, batas jelas, tepi eritema dan nyeri. Pada ovula regio distal papula yang akan menjadi ulser, multipel, bentuk oval, diameter sekitar 2-3 mm berkumpul menjadi satu sehingga menyerupai papula besar, batas jelas, warna kemerahan dan nyeri. Pada kulit ekstra oral tidak ditemukan adanya kelainan.



Pada gambar 2 adalah kunjungan pertama pada anak 4 tahun, tampak punggung tangan vesikel, singel, bentuk oval, diameter sekitar 4 mm, batas jelas, sakit. Di sekitar tangan didapat bintik-bintik berupa papula yang merupakan terbentuknya vesikel baru, multipel, batas jelas, sakit dan tidak gatal. Pada kaki kanan vesikel, multipel, bentuk oval, diameter bervariasi antara 1-3 mm, batas jelas, rasa sakit dan tidak gatal. Selain itu terdapat beberapa vesikel yang pecah dan, menjadi ulser seta krusta. Sedangkan intra oral tidak ada kelainan

PENATALAKSANAAN KASUS

Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis dan diagnosis banding. Pada anamnesis terhadap pasien didapatkan keluhan bahwa pasien ibu ini menderita sariawan yang banyak dan pasien anaknya mengeluh *plentingan* banyak pada kaki dan tangan; keluhan ini baru pertama kali dialami. Sebelum timbul keluhan utama didapatkan gejala prodromal. Di dalam pemeriksaan klinis didapatkan limfadenopati di regio *dextra* dan *sinistra*. Ulser dan vesikel hanya terdapat di daerah mulut, kaki dan tangan. Tidak ditemukan kelainan yang sama di regio kulit lainnya. Terapinya adalah secara simptomatis, yaitu pemberian antivirus (Acyclovir tablet 100 mg dengan dosis 5x1/hari untuk ibu dan 3x100 mg untuk anak), antipiretik (parasetamol tablet dengan dosis 500 mg 3x10/hari dan parasetamol sirup 3x1 sendok teh, diminum bila demam saja), multivitamin (kaplet dengan dosis 1x1/hari dan multivitamin sirup untuk anak 1x1 sendok teh/hari) dan obat kumur *Benzydamine HCL* 0,15% yang mengandung anestesi topikal, antiseptik sekaligus antiinflamasi, mengingat pada ibu di rongga mulutnya terdapat ulser multipel.

Selanjutnya kedua pasien dirujuk ke ahli penyakit dalam untuk penanganan lebih lanjut. Pasien opname untuk *bed rest*, isolasi dan perawatan lebih intensif, kemudian mereka juga diedukasi dan dianjurkan untuk datang kontrol 7 hari berikutnya.

Setelah 7 hari berikutnya pasien tidak bisa datang kontrol ke klinik pribadi Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut dikarenakan ibunya repot dengan pekerjaan. Penulis melakukan kontrol melalui telpon dan hasilnya semua dalam keadaan normal. Kedua pasien MRS selama 3 hari dan menyatakan lupa telah diberi obat apa saja

PEMBAHASAN.

Diagnosis HFMD ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis dengan manifestasi karakteristik dari umur pasien, tanpa pemeriksaan penunjang berupa isolasi kultur virus, *direct immunofluoresence* ataupun serologi. Hal ini sama dengan pendapat Sonis¹⁴ bahwa metode diagnosis paling efektif bagi dokter untuk HFMD biasanya berdasar hasil anamnesis, tipe gejala klinis, (adanya *blister*), lokasi (biasanya pada tangan, kaki dan mulut) dan batasan umur pasien (antara 1 sampai dengan sekitar tiga puluhan tahun) serta demam. Hal tersebut jarang dilakukan test virus secara spesifik karena alasan biaya yang mahal dan membutuhkan waktu yang lama.^{2,7,14,16,17}

Pada pemeriksaan klinis penderita berusia 37 tahun didapatkan ulser multipel pada palatum dan faring. Temuan ini sejalan dengan Greenbergh⁷, yaitu lesi oral HFMD terutama menyebar pada lidah, palatum keras, mukosa pipi dan mukosa bibir. Pada suatu saat lesi bergabung membentuk daerah erosi yang luas, biasanya tidak mengenai orofaring. Jumlah seluruh lesi intra oral biasanya kurang dari 20. Nyeri adalah gejala yang umum, bersama dengan meningkatnya suhu, *malaise* dan *lymphadenopathy*. Bentuk lesinya juga sesuai seperti dinyatakan oleh Sonis¹⁴ yaitu bahwa bentuk lesi terdapat di tangan kaki dan mulut. Secara tipe, lesi kecil, ovoid, eritema, makula selama beberapa minggu.

Mengenai umur penderita HFMD, biasanya mengenai anak-anak, tetapi dapat dijumpai pada dewasa muda.⁷ Beberapa studi menyatakan tentang umur pasien sekitar 1-33 tahun, 75% terjadi pada 4 tahun ke bawah.^{7,10} Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan penderita, yaitu 4 tahun dan 37 tahun.

Terapi sementara di klinik dengan pemberian obat kumur Benzylamine HCL 0,15%. Hal ini sesuai pendapat Sonis¹⁴ yang mengatakan bahwa terapi HFMD berupa *topical palliative rinses*. Pemilihan Benzylamine HCL 0,15% karena menurut Setianingtyas¹⁸ obat kumur ini merupakan obat kumur steroid yang memiliki aksi campuran yang berbeda, yaitu mempunyai aktivitas anestesi lokal, antiinflamasi dan antimikrob, dan Wardani¹⁹ yang menjelaskan secara detail bahwa Benzylamine HCL 0,15% diberikan dalam bentuk terapi paliatif lokal, mengandung indazole yang mempunyai sifat antiedema, analgesik dan antipiretik, tidak menghambat *cyclooxygenase* namun menstabilkan membrane sel, sehingga mempunyai efek anestesi topikal, menghambat sitokin pro-inflamasi, agregasi adesi leukosit, dan sebagai antimikroba. Obat kumur ini diberikan terutama sebelum makan, untuk mengurangi rasa nyeri sehingga diharapkan pasien dapat makan dengan nyaman.

Pemberian antipiretik berupa parasetamol, sesuai dengan alasan Sonis¹⁴ bahwa sebaiknya menghindari penggunaan antipiretik dari salisilat, karena ditakutkan terjadi sindroma Reye's, yaitu kondisi yang menimbulkan *encephalopathy non inflammatory acute* pada anak. Oleh karena itu dihindari Aspirin.

Multivitamin diberikan sesuai pendapat Wardani¹⁹ bahwa multivitamin sebagai terapi suportif. Multivitamin dan mineral diberikan untuk membantu meningkatkan kekebalan tubuh, dan mengoptimalkan respon antibodi. *Mikronutrient* berkontribusi terhadap pertahanan tubuh pada 3 tingkat, yaitu vitamin A,C,E, dan seng membantu meningkatkan *physical barrier* (kulit/mukosa), kemudian vitamin A, B₆, B₁₂,C,D,E, asam folat, Fe, Zn, dan Cu bekerja bersama dengan selenium mendukung aktivitas sel pertahanan tubuh dengan meningkatkan imunitas seluler, dan meningkatkan produksi antibodi. Cooper¹³ juga menambahkan bahwa fungsi vitamin C dan E yang banyak mengandung antioksidan.

Selanjutnya pasien dikonsul untuk opname untuk *bed rest* karena pasien anak tidak mau makan dan minum sama sekali. Usia pasien anak membuat ditakutkan terjadi komplikasi, seperti yang diterangkan oleh Thomas⁹ yang mengatakan bahwa HFMD adalah lebih berat pada bayi dan anak dengan gejala seperti *malaise*, demam ringan sampai tinggi, dan *anorexia*, kadang disertai diare, dan *anthralgia*. Paling ditakutkan adanya infeksi *enterovirus* yang dapat menyebabkan *miokarditis*, *pneumonia*, *meningoensefalitis*, dan bahkan kematian. Alasan kedua ialah pasien mempunyai saudara balita yang bisa juga tertular, mengingat infeksi VC sifatnya sangat menular dan penyebarannya bisa melalui transmisi horizontal,⁹ dengan periode menular selama beberapa minggu setelah infeksi.⁸ Juga mengingat proses penyebarannya yang sangat

mudah, yaitu *air borne*, kontak langsung.^{1,8,9} Alasan terakhir, diharapkan pasien bisa istirahat. Menurut Wardani,¹⁹ beristirahat tirah baring sebanyak mungkin mempercepat proses penyembuhan. Cooper¹³ juga berpendapat dengan istirahat mengurangi kelelahan dan stres.

Penatalaksanaan selanjutnya adalah edukasi kepada pasien. Sebagai terapi suportif diberikan makanan cair tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk meningkatkan asupan nutrisi dalam tubuh, karena pasien kesulitan makan akibat lesi ulser yang nyeri.¹⁹ Selain itu pasien harus banyak minum cairan, terutama minum air putih untuk menghindari terjadinya dehidrasi dan makan makanan bergizi. Pasien dianjurkan mengkonsumsi makanan lunak, seperti susu, jus buah, roti, bubur.¹³ Bentuk edukasi lain yaitu, sebaiknya pasien menggunakan masker agar tidak menulari orang sekitar. Jika batuk atau bersin, gunakan *tissue* sekali pakai dan langsung dibuang. Untuk menghindari tertular, orang yang sehat, sebaiknya mencuci tangan sesering mungkin, terutama setelah kontak tangan dengan lendir.^{13,16} Edukasi pada pasien meliputi kebersihan yang baik dan menghindari pecahnya blister.⁹

KESIMPULAN DAN SARAN.

Disimpulkan bahwa penatalaksanaan yang cepat, tepat dan akurat bisa menghindari terjadinya berbagai komplikasi. Penegakkan diagnosis kasus HFMD ini berdasarkan anamnesis, gejala prodromal dan pemeriksaan klinis pada tipe dan lokasi lesi serta umur pasien. Pemberian terapi pada HFMD ini secara paliatif topikal, simptomatis dan suportif dan edukasi kepada pasien. Yang paling penting adalah *bed rest*, sebab penyakit ini etiologinya adalah VC, yang bersifat *self limiting disease*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sasanti H. Penyakit mulut karena infeksi virus, diagnosis banding dan penatalaksanaan. Abstract pada seminar scientific RSPAD Gatot Subroto. Jakarta 8-9 September 2012.
2. Daili SF, Maehis WIB (Kelompok studi Herpes Indonesia). Infeksi virus Herpes. 2002. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.p.13-161.
3. Pradono SA. Lesi ulserasi yang sering dijumpai: berhubungan dengan infeksi virus. J Dent Indonesia 2003; 10: 389-293. Edisi khusus. Temu Ilmiah KPPIKG XIII. Universitas Indonesia. Jakarta.
4. Harijanti K, Setianingtyas D, Isidora KS. The management of oral candidosis in diabetic patient with maxillary herpes zoster. Dent J 2008; 41 (3):132-6.
5. Sonis ST. Principles and practice of Oral Medicine. 2nd ed. WB Saunders Company; 1995.p.511-6.
6. Setianingtyas D. Ulserasi rongga mulut sebagai manifestasi herpes zoster. Dental Jurnal Kedokteran Gigi. Fakultas Kedokteran Gigi Universita Hang Tuah Surabaya 2009; 4 (1): 18-22.
7. Greenbergh & Glick. Burket's Oral Medicine. Diagnosis and treatment. 10th Ed. BC Decker Inc. Hamilton; 2003.p.50-5.
8. American Academy of pediatric. Infectious desease curriculum. Aronson & shape. Managing in child care and school. America. 2009
9. Thomas J. Hand foot and mouth disease an overview. e-journal of the Indian society of teledermatology 2009; 3(4):.1-5.
10. Langlais RP, Miller CS. Color atlas of common oral desease. 3rd Ed. New York: Lippincot William Co Wilkins; 2003.
11. Children,s healthcare of Atlanta. Hand foot and mouth desease (Coxsackie virus). Patient and family education. p. 1-2.
12. Batirbaygil Y, Altay N. Case report Hand foot and mouth desease. J Islamic Acad Sci 1988; 1(1): 17-9.
13. Cooper K. Meningkatkan daya tahan tubuh untuk orang yang mudah sakit. Bandung: Penerbit Kwadran; 2007. p. 12-59.
14. Sonis ST, Fazio RC, Fang LST. Oral medicine secrets. Question and answer reveal the secret to successful. Diagnosis and management. In: Oral Medicine. Philadelphia: Hanley & Belfus. INC.; 2003. p.189-93.
15. Scully C, Cawson RA. Atlas bantu kedokteran gigi: Penyakit Mulut. (Colour aids in dentistry: oral medicine). 2nd Ed. Alih bahasa: Yuwono L. Jakarta: Hipokrates; 1995.p. 33.
16. University Health service. Tang center. Image. Hand foot and mouth desease. Indian Pediatr 2010; 47:345-6.
17. Departement of Public health division of communicable desease control. Hand foot and mouth desease. 2011.
18. Setianingtyas D. Benzydamine HCl 0,15 % oral rinse therapy in Oral Lichen Planus case. Prosiding timnas V & Lustrum XVI. FKG UNAIR. JW Marriot hotel Surabaya. 20-22 Februari 2009. P.145-150.
19. Wardani S, Djamhari, Setianingtyas D. Management of minor Erythema multiforme. Dentika Dent J 2011; 16 (2): 175-9.