BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK ***LAPORAN KASUS***

PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER **30 JUNI 2026**

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

VARISELA

OLEH:

Zalsabilah Febriyanti

11120252113

PEMBIMBING:

dr. Akhmad Kadir, Sp.,A.

DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK

BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

MAKASSAR

2026

HALAMAN PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Zalsabilah Febriyanti

NIM : 111 2025 2113

Universitas : Universitas Muslim Indonesia

Judul Laporan Kasus : Varisela

Telah menyelesaikan tugas laporan kasus yang berjudul "Varisela" dan telah disetujui serta telah dibacakan di hadapan supervisor pembimbing dalam rangka kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Universitas Muslim Indonesia.

Makassar, 30 Juni 2026

Menyetujui,
Dokter Pendidik Klinik,

dr.H.Akhmad Kadir,Sp.A

dr. Akhamd Kadir. Sp. A

Penulis,

Zalsabilah Febriyanti

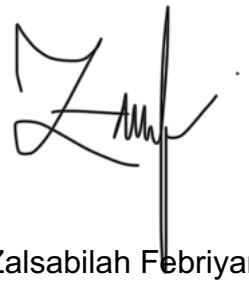
Dipindai dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas Rahmat dan Karunia-Nya serta salam dan shalawat kepada Rasulullah Muhammad SAW. beserta sahabat dan keluarganya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Kasus ini dengan judul " **Varisela** " sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Kepaniteraan Klinik di Bagian Ilmu Ilmu Kesehatan Anak.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Kasus ini terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk menyempurnakan Laporan Kasus ini. Saya berharap sekiranya laporan kasus ini dapat bermanfaat untuk kita semua. Aamiin.

Makassar, 30 Juli 2026



Zalsabilah Febriyanti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Varisela atau cacar air merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh *Varicella-zoster virus* (VZV) dan merupakan salah satu penyakit infeksi yang sering terjadi pada anak. Penularan terutama terjadi melalui droplet atau percikan saluran pernapasan dari penderita saat batuk atau bersin, serta melalui kontak langsung dengan cairan yang terdapat pada vesikel atau lepuhan kulit.

Varisela dapat menyerang semua kelompok usia, tetapi paling sering ditemukan pada anak-anak. Di negara-negara Barat, kejadian varisela memiliki pola musiman dan umumnya meningkat pada musim dingin hingga awal musim semi. Sebelum vaksin varisela diperkenalkan secara luas, sebagian besar individu mengalami infeksi varisela pada masa kanak-kanak. Sekitar 90% kasus terjadi pada anak berusia di bawah 10 tahun, dengan kejadian yang cukup tinggi pada kelompok usia 5–9 tahun.

Pada umumnya, varisela merupakan penyakit yang bersifat *self-limited* atau yang dapat sembuh sendiri tanpa menimbulkan komplikasi. Namun, penyakit dapat berkembang menjadi lebih berat pada kelompok tertentu, terutama bayi, remaja, dewasa, serta individu dengan gangguan sistem imun.

BAB II

LAPORAN KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama	: By. Ny. H
Nomor RM	: 138505
Tanggal Masuk	: 09 Agustus 2026
Umur	: 2 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki

2.2 Anamneis

A. Keluhan Utama

Bintik-bintik berisi cairan pada seluruh tubuh.

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Demam dirasakan naik turun dengan suhu tertinggi 38,6°C, terutama lebih tinggi pada malam hari. Satu hari setelah demam, mulai muncul bintik-bintik kemerahan pada bagian tubuh, awalnya hanya satu bintil, kemudian pada keesokan harinya bintil semakin banyak dan menyebar ke seluruh tubuh. Lesi awal berupa makula eritematosa yang kemudian berkembang menjadi papula, lalu dalam waktu singkat berubah menjadi vesikel. Kelainan kulit juga ditemukan pada langit-langit mulut, yang menyebabkan pasien merasa tidak nyaman sehingga tidak mau makan selama 2 hari.

Keluhan disertai lemas serta penurunan asupan makan dan minum.

Dari riwayat keluarga, diketahui terdapat kakak pasien yang mengalami keluhan serupa sekitar 2 minggu sebelum pasien mulai sakit. Pasien memiliki riwayat pernah mengalami cacar air pada tahun 2024 dan belum pernah mendapatkan vaksin varisela. Sebelum masuk rumah sakit, pasien telah diberikan obat penurun demam yang dibeli sendiri berupa Bodrex.

C. Riwayat

- **Riwayat Penyakit Sebelumnya**

  Pernah berobat dengan keluhan demam/febris dan diare akut dengan dehidrasi ringan–sedang**.**

- **Riwayat Penyakit yang sama dalam keluarga**

  Riwayat kontak dengan penderita yang sama, yaitu kakak pasien**.**

- **Riwayat Alergi**

  Tidak ada riwayat alergi.

D. Status Neonatal

Tempat Lahir	: Rumah Sakit
Ditolong Oleh	: Dokter
Lahir Setelah Menangis	: Langsung Menangis Kuat
Cukup Bulan	: Ya (38 Minggu)

Berat Badan Lahir : 3.000 gram

E. Status Tumbuh Kembang

Mengamati Tangan : ±3 bulan

Meraih Benda : ±4 bulan

Tengkurap Sendiri : ±5 bulan

Menunjukkan Satu Gambar : ±2 tahun

Gigi Pertama : ±6 bulan

F. Status Gizi

Makanan : Makan dan minum kurang/intake oral tidak adekuat**.**

Asi : Diberikan ASI eksklusif selama ±6 bulan, dilanjutkan hingga usia 2 tahun.

G. Status Imunisasi

Status Imunisasi	Belum pernah	1	2	3	4	5	Tidak Tahu
BCG		✓					
Hep B		✓	✓	✓	✓		
Polio		✓	✓	✓	✓		
DPT		✓	✓	✓			
MR/MMR		✓					
Hib		✓	✓				
IPD		✓	✓	✓	✓		

Varicella	✓						
Typhoid	✓						
Lain-Lain							

2.3 Pemeriksaan Fisik

A. Deskripsi Umum

1. Kesadaran Umum

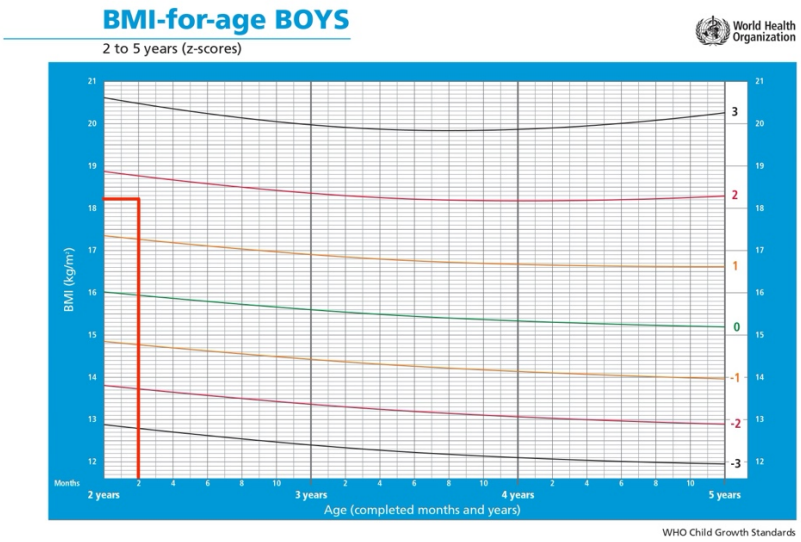
Keadaan umum pasif

2. Tanda Vital

- Suhu : 38 C
- Nadi : 80x/menit
- Respirasi : 24x/menit
- SpO2 : 99%
- Kuantitatif : GCS 15 (Compos Mentis)
- Kualitatif : Compos Mentis

3. Antropometri

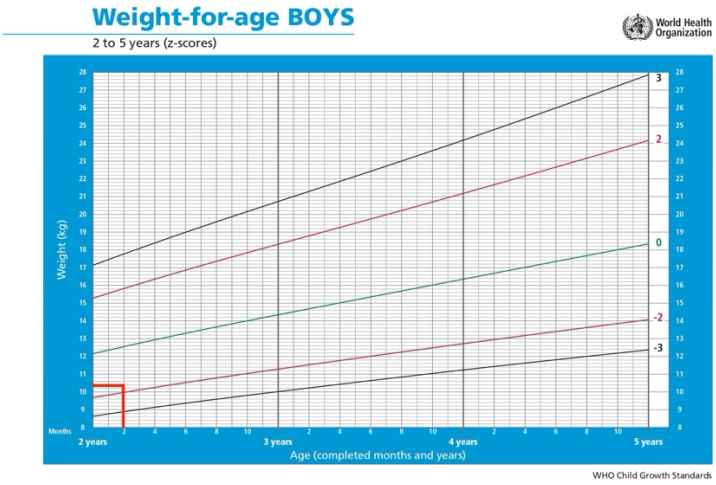
- Berat Badan : 10,5 kg
- Tinggi Badan : 76 cm
- Lingkar Kepala : 42 cm
- Lingkar Dada : 45 cm
- Lingkar Perut : 47 cm



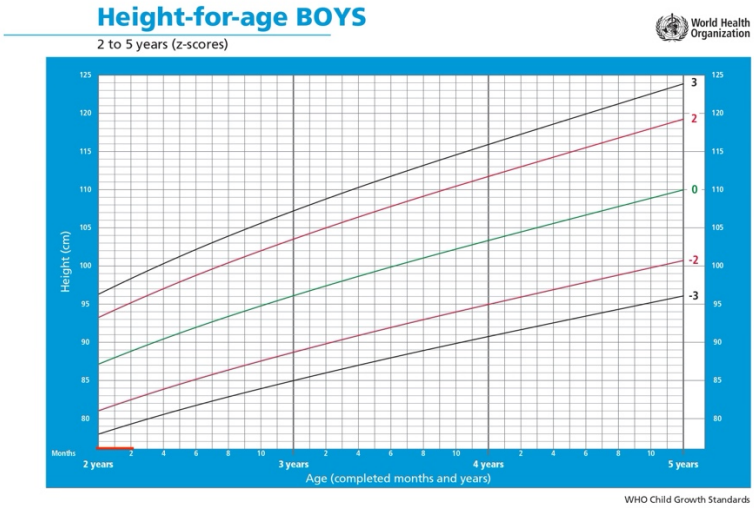
BMI : 1 SD sampai 2SD (Normal)



0 SD sampai 1 SD (Gizi Baik)



-2 SD sampai 0 SD (BB Normal)



<-3 SD (Perawakan Pendek)

4. Status Generalisata

- Kepala : Normocephal
- Rambut : Tersebar rata, sukar dicabut, berwarna hitam
- Mata : Konjungtiva anemis (-/-) Sklera ikterik (-/-)
- Telinga : Low seat ear (-/-)
- Hidung : Nafas cuping hidung (-)
- Bibir : Bibir kering (-), sianosis (-)
- Lidah : Lidah kotor (-)
- Mulut : Tidak ada kelainan
- Tenggorok : Tidak ada kelainan
- Leher : Pembesaran KGB (-)

5. Thorax

- Inspeksi : Pola napas normal, tidak ada retraksi
- Palpasi : Vocal fremitus kiri dan kanan sama
- Perkusi : Sonor kiri dan kanan
- Auskultasi : Suara napas vesikuler, irama napas teratur, batuk dan sekret tidak ada

6. Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak
- Palpasi : Thrill tidak teraba
- Perkusi : Batas jantung kesan normal

- Auskultasi : Bunyi jantung I/II normal, bising jantung (-)

7. **Abdomen**
   - Inspeksi : Datar, ikut gerak nafas
   - Palpasi : Peristaltik ada, kesan normal
   - Perkusi : Timpani
   - Auskultasi : Bising usus tidak ada
8. **Ekstremitas**

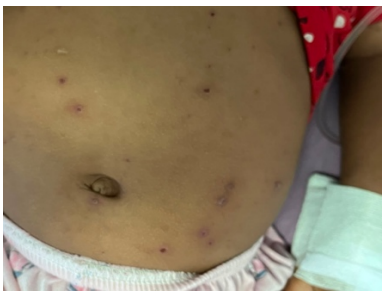
   Akral Hangat, CRT <2 detik
9. **Alat Kelamin**

   Normal
10. **Status Pubertas**

    Normal
11. **Kelenjar Limfe**

    Tidak ada pembesaran KGB
12. **Kulit**
    - Warna kulit **:** Normal
    - Turgor kulit **:** Baik
    - Kelainan kulit **:** Terdapat vesikel berisi cairan pada seluruh tubuh dan wajah**.** Vesikel varisela berukuran kecil, berdinding tipis, superfisial, dan berisi cairan serosa yang jernih, sehingga tampak seperti tetesan air (*dew drop on a rose petal*). Vesikel kemudian dapat menjadi keruh akibat

proses inflamasi dan berkembang menjadi pustula. Selanjutnya, lesi mengering dan membentuk krusta atau keropeng.






13. **Reflex Fisiologis**

KPR : +/+

APR : +/+

BPR : +/+

TPR : +/+

14. **Reflex Patologis**

Babinzki (-), moro refleks (-), palmar refleks (-), tonus otot baik

2.4 Pemeriksaan Penunjang

2.4.1 Laboratorium dan Kimia Klinik

No.	Tanggal	Kode	Nama Pemeriksaan	Dokter PJ	Petugas
1	2026-08-09 15:30:16	J000005	Darah Rutin	dr. Hj. Irmayanti, Sp.PK	Yulia Ayu Aningtias Syarah
			Detail Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
			Leukosit	5.10 ribu/uL	4.0 - 10
			Hemoglobin	12.0 g/dL	12 - 14
			Eritrosit	5.15 Juta/uL	3.8 - 5.2
			Hematokrit	40.5 %	37 - 48
			MCV	78.6 fL	80 - 97
			MCH	23.3 pg	26.5 - 33.5
			MCHC	29.7 g/dL	31.0 - 35.0
			RDW-CV	15.8 %	10.0 - 15.0
			Trombosit	213 ribu/uL	150 - 450
			MPV	9.1 fL	6.5 - 11.0
			PDW	16.2	10.0 - 16.0
			PCT	0.195 %	0.150 - 0.500
			Neutrofil	49.9 %	1.1 - 7.0 / 42.5 - 71.0
			Limfosit	30.9 %	0.7 - 5.1 / 20.4 - 44.6
			Monosit	17.9 %	0.0 - 0.9 / 3.6 - 9.9
			Eosinofil	1.0 %	0.0 - 0.9 / 0.7 - 5.4
			Basofil	0.3 %	0.0 - 0.2 / 0.0 - 1.0

Gambar 2.1 Pemeriksan Lab Darah Rutin (09/08/2026)

2.5 Diagnosis

Varisela

2.6 Tatalaksana

- IVFD RL 10 tpm (makro)
- Inj. paracetamol 10 cc/8 jam/IV
- Acyclovir topical 5 g + gentamisin cream 5 g
- Curcuma syrup 1×1
- Puyer acyclovir 4×150 mg

2.7 Follow Up

Tanggal	Follow-up / Perkembangan	Pemeriksaan	Assessment	Plan / Terapi
09-08-2026 (IGD)	Demam sejak 3 hari, naik-turun dan tinggi malam hari; tampak papul dan bulla seluruh tubuh	S 38°C, N 80×/menit, RR 24×/menit, SpO_2 99%, compos mentis	Varisela + febris	Rawat inap; IVFD RL 10 tpm, paracetamol 10 cc/8 jam IV, acyclovir salep, curcuma 1×1.
10-08-2026	Demam, bintil berisi cairan seluruh tubuh, makan dan minum kurang	KU lemah, S 38°C, vesikel (+), krusta (+), compos mentis	Varisela	IVFD RL 10 tpm, paracetamol 10 cc/8 jam IV, acyclovir 5 g + gentamisin 5 g, curcuma 1×1, puyer acyclovir 4×150 mg.

11-08-2026	Bintil berisi cairan seluruh tubuh, makan dan minum kurang	KU lemah, S 36°C, vesikel (+), krusta (+), compos mentis	Varisela	Terapi dilanjutkan: RL 10 tpm, paracetamol 10 cc/8 jam IV-KP, acyclovir + gentamisin cream, curcuma 1×1, puyer acyclovir 4×150 mg.
12-08-2026	Bintil mulai mengering	KU baik, S 36°C, vesikel (+), krusta (+), compos mentis	Varisela	Terapi dilanjutkan; instruksi aff infus.
13-08-2026	Bintil mengering, kondisi umum baik	KU baik, S 36°C, vesikel (+), krusta (+), compos mentis	Varisela	Infus sudah dihentikan; terapi obat dilanjutkan. Pasien kemudian boleh pulang.

BAB III

PEMBAHASAN

3.1Definisi

Cacar air atau varisela merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh virus *varicella-zoster* (VZV). Varisela umumnya terjadi sebagai infeksi primer pada individu yang belum memiliki kekebalan terhadap VZV, sedangkan *herpes zoster* atau cacar ular merupakan manifestasi akibat reaktivasi VZV yang sebelumnya menetap secara laten di dalam tubuh. [3]

Varisela disebabkan oleh virus *Herpes varicela* atau disebut juga *varicella zoster virus* (VZV). Varisela terkenal dengan nama *chickenpox* atau cacar air adalah penyakit primer VZV, yang pada umumnya menyerang anak. Sedangkan *herpes zoster* atau *shingles* merupakan suatu infeksi endogen pada periode laten VZV, umumnya menyerang orang dewasa atau anak yang mangalami defisiensi imun. Varisela sangat mudah menular terutama melalui percikan ludah, dapat juga kontak langsung dan jarang melalui kontak tidak langsung. Varisela dapat menyerang semua golongan umur termasuk neonatus. Sembilan puluh persen kasus berumur 10 tahun dan terbanyak umur 5-9 tahun. Viremia terjadi pada masa prodromal sehingga transmisi virus dapal terjadi pada fetus intrauterin atau melalui tranfusi darah. Pasien dapat menularkan varisela mulai sekitar 24 jam sebelum munculnya lesi kulit hingga seluruh lesi mengering dan membentuk krusta (keropeng), yang umumnya berlangsung selama 7–8

hari. Pada umumnya, seseorang hanya mengalami varisela satu kali seumur hidup. Jika terjadi reaktivasi virus di kemudian hari, penyakit biasanya muncul dalam bentuk *herpes zoster* atau cacar ular.[4]

Cacar air adalah penyakit yang ditularkan melalui udara dan menyebar di seluruh dunia melalui batuk, bersin, dan kontak dengan lesi kulit. Gejala mulai muncul 10 hingga 21 hari setelah terpapar; masa inkubasi rata-rata sekitar 2 minggu. Cacar air menyebabkan ruam kulit berupa lepuh kecil yang gatal dan kemudian mengering. Ruam biasanya dimulai di dada, punggung, dan wajah, kemudian menyebar, disertai demam, kelelahan, faringitis, dan sakit kepala, biasanya berlangsung 5 hingga 7 hari. Virus dapat menyebar 1 hingga 2 hari sebelum ruam muncul hingga semua lesi mengering.[3,4]

3.2 Etiologi

Varisela atau cacar air disebabkan oleh infeksi primer virus *Varicella zoster* (VZV : *Varicella Zoster Virus*). VZV yang merupakan anggota famili *virus herpes* menyebabkan dua jenis penyakit yang berbeda, yaitu Varisela (cacar air) dan *Herpes Zoster (shingles). Herpes zoster* terjadi karena reaktifitas virus varisela yang laten.[5]

Varicella Zoster Virus (VVZ) adalah *herpes virus* manusia. Diklasifikasikan sebagai *herpes virus alfa* karena kesamaannya dengan prototipe kelompok ini, yang adalah virus *herpes simpleks* (HSV). Virus *Varicela Zoster* (VVZ) adalah virus DNA helai ganda, terselubung, genom

virus mengkode lebih daripada 70 protein, termasuk protein yang merupakan sasaran imunitas dan timidin kinase virus yang membuat virus sensitif terhadap hambatan oleh asiklovir dan dihubungkan dengan agen antivirus.

Varicella Zoster Virus (VZV) memiliki bagian-bagian virion yang terdiri dari glikoprotein, kapsid, selubung cirus dan nukleokapsid yang melindungi bagian inti berisi DNA genom utas ganda. Bagian nukleokapsid berbentuk inkosahedral, berdiameter 100-110 nm, dan terdiri dari 162 protein yang disebut kapsomer. *Varicella Zoster Virus* (VZV) akan mengalami inaktivasi pada suhu 60-70 °C.[4]

Menurut *Lippincott Williams & Wilkins* (2011), penyebab Varisela dibagi menjadi 2, yaitu :

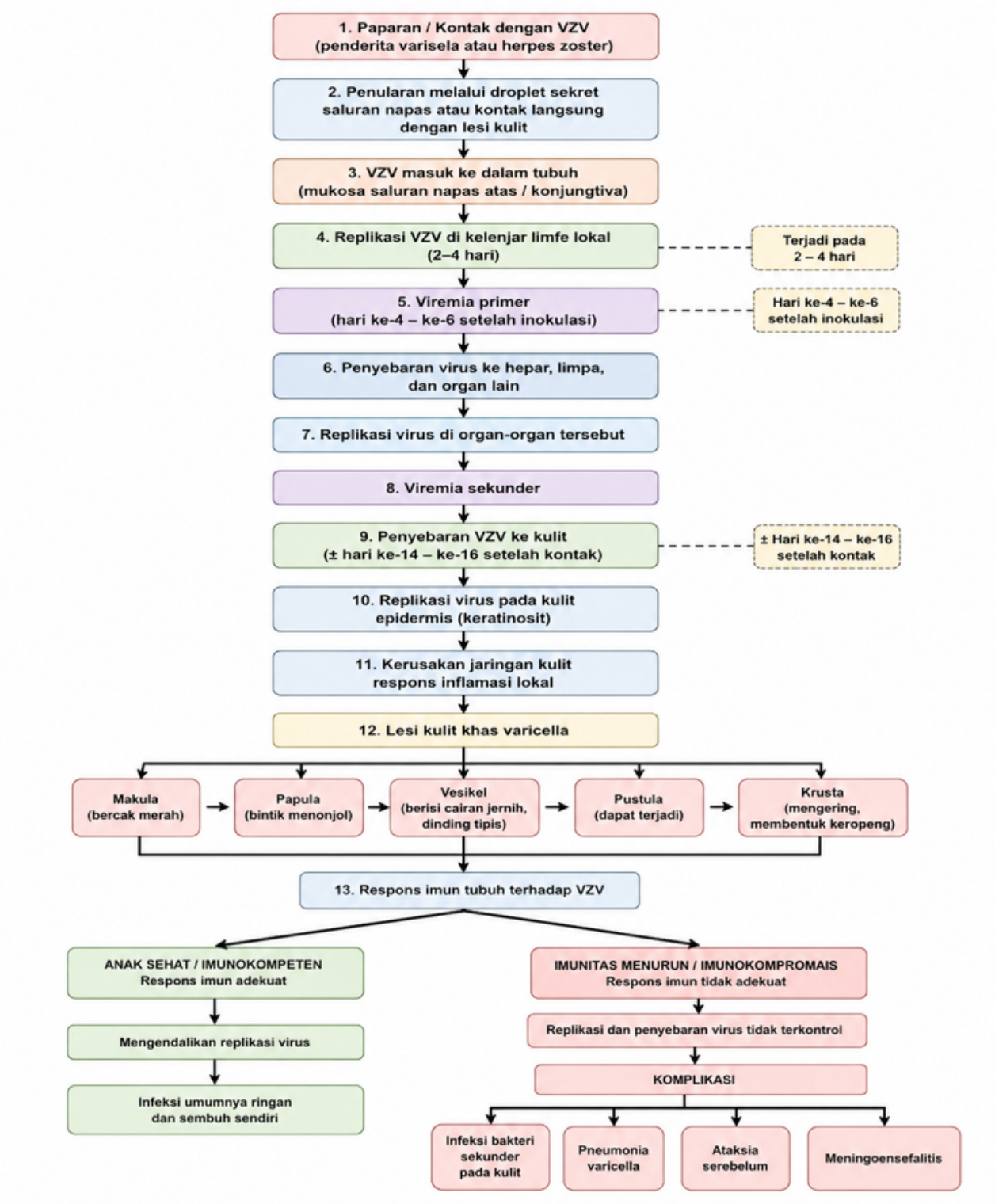
1) Varisela kongenital : bayi yang ibunya terkena infeksi akut saat kehamilannya memasuki trimester pertama atau awal trimester kedua.
2) Ditularkan melalui kontak langsung (terutama melalui sekresi respiratorik, atau melalui lesi kulit) dan tetesan respiratorik atau secara tidak langsung melalui benda-benda yang terkontaminasi cairan vesikel penderita Varisela.[4]

3.3 Patofisiologi

Varisela merupakan infeksi primer *virus Varicella-Zoster* (VZV) yang terutama menyerang anak dan sangat menular. Penularan VZV terutama terjadi melalui droplet sekret saluran napas atau kontak langsung dengan lesi kulit**.** Setelah virus masuk ke dalam tubuh, VZV mengalami replikasi di kelenjar limfe lokal selama 2–4 hari**.** Selanjutnya terjadi viremia primer pada sekitar hari ke-4 sampai ke-6 setelah inokulasi**.** Virus kemudian menyebar dan bereplikasi pada hepar, limpa, serta organ lainnya.[5]

Setelah replikasi di organ-organ tersebut, virus kembali masuk ke dalam sirkulasi darah dan menyebabkan viremia sekunder**.** Pada fase ini, virus terutama menyebar menuju kulit, yang terjadi sekitar 14–16 hari setelah kontak**.** Penyebaran virus ke kulit kemudian menyebabkan munculnya lesi vesikuler khas varisela. Yang dimana masa inkubasi sekitar 14 hingga 16 hari setelah terpapar ruam cacar air atau *herpes zoster*. Dibutuhkan waktu 10 hingga 21 hari setelah terpapar virus agar seseorang mengembangkan cacar air.[5,8]

Pada keadaan imunokompromais, respons imun yang tidak mampu mengatasi replikasi dan penyebaran VZV menyebabkan penyakit menjadi lebih berat dan meningkatkan risiko komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain infeksi bakteri sekunder pada kulit, pneumonia *varicella*, ataksia serebelum, dan meningoensefalitis.[5]



Gambar 3.1 Patomekanisme terjadi Varisela

3.4 Manifestasi

1) Stadium Prodromal

   Gejala prodromal timbul selelah 14-15 hari masa inkubasi, dengan timbulnya ruam kulit disertai demam yang tidak begitu tinggi serta malaise. Pada anak lebih besar besar dan dewasa ruam didahului oleh demam selama 2-3 hari sebelumnya, menggigil, malaise, nyeri kepala, anoreksia, nyeri punggung, dan pada beberapa kasus nyeri tenggorok dan batuk.[6]

2) Stadium Erupsi

   Penyebaran lesi varisela bersifat sentrifugal artinya lesi kulit lebih banyak ditemukan pada bagian tengah tubuh (badan), kemudian jumlahnya semakin berkurang ke arah ekstremitas. Gambaran yang menonjol adalah perubahan yang cepat dari makula kemerahan ke papula, vesikula, pustula dan akhirnya menjadi krusta. Pembahan ini hanya terjadi dalam waktu 8-12 jam. Gambaran vesikel khas, superfisial, dinding tipis dan terlihat seperti tetesan air. Penampang 2-3 mm berbetuk elips dengan sumbu sejajar garis lipatan kulit. Cairan vesikel pada permulaan jernih, dan dengan cepat menjadi keruh akibat serbukan sel radang dan menjadi pustula. Lesi kemudian mengering yang dimulai dari bagian tengah dan akhimya terbentuk krusta. Krusta akan lepas dalam waktu 1-3 minggu bergantung kepada dalamnya kelainan kulit. Bekasnya akan membentuk cekungan dangkal berwama merah muda dan kemudian

berangsur-angsur hilang. Apabila terdapat penyulit berupa infeksi sekunder dapat terjadi jaringan parut.[6]

3) Penyulit

Pada anak sehat varisela merupakan penyakit ringan dan jarang menimbulkan penyulit yang serius. Penyulit tersering adalah infeksi sekunder bakteri pada lesi kulit yang disebabkan oleh Stafilokokus dan Streptokokus yang menimbulkan impetigo, furunkel, selulitis, erisipelas dan jaringan ganggren. lnfeksi lokal ini sering menimbulkan jaringan parut. Pneumonia primer akibat varisela 90% terjadi pada orang dewasa dan jarang terjadi pada anak normal. Gejala muncul l-6 hari setelah lesi kulit. Beratnya kelainan paru mempunyai korelasi dengan beratnya erupsi kulit.[6]



Gambar 3.2 *Classic Rash Of Varicella*



Gambar 3.3 (A-B). Gambaran klinis varisela pada anak berusia 4 tahun. Tampak lesi kulit dalam berbagai tahapan disertai erosi dan ekskoriasi. (C). Gambaran vesikel lesi awal berupa gambaran tetesan embun di atas kelopak mawar. (D). Lesi yang sudah menjadi krusta

Varisela pada kehamilan merupakan ancaman bagi ibu maupun janin. Pada janin dapat terjadi infeksi VZV intrauterin sehingga terjadi infeksi kongenital. Apabila terjadi pada permulaan kehamilan (20 minggu pertama kehamilan) dapat menimbulkan kira-kira 5% malformasi kongenital seperti hipoplasia salah satu ekstremitas, parut pada kulit, atrofi korteks serebri, kelainan mata dan bayi berat lahir rendah. Jika ibu menderita varisela berat pada periode perinatal, infeksi dapat mengenai bayi baru lahir akan menimbulkan gejala klinis berat bahkan dapat terjadi kematian bayi sekitar 26-30%. Saat berbahaya adalah lima hari sebelum dan sesudah melahirkan, pada bayi belum mendapat kekebalan pasif dari ibu.[6]

3.4 Pemeriksaan penunjang

Diagnosis varisela pada anak umumnya ditegakkan secara klinis berdasarkan anamnesis dan gambaran ruam vesikular polimorfik. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan secara rutin. Bila diperlukan konfirmasi, terutama pada kasus atipikal, imunokompromais, atau komplikasi, pemeriksaan yang direkomendasikan adalah PCR dari cairan vesikel atau keropeng karena memiliki sensitivitas dan spesifisitas tertinggi.

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi:

- PCR (Polymerase Chain Reaction) dari cairan vesikel, keropeng, atau jaringan lesi (gold standard untuk konfirmasi infeksi VZV)
- Direct Fluorescent Antibody (DFA) dari dasar lesi.
- Kultur virus**,** meskipun jarang digunakan karena sensitivitas lebih rendah dan membutuhkan waktu lebih lama.
- Serologi VZV (IgM dan IgG) bila diperlukan pada kondisi tertentu; tidak dianjurkan sebagai pemeriksaan rutin untuk diagnosis akut.
- Pemeriksaan *Tzanck smear***,** dapat menunjukkan multinucleated giant cells, tetapi tidak spesifik karena juga dapat ditemukan pada infeksi *herpes simplex.*
- Hitung darah lengkap bila dicurigai infeksi bakteri sekunder atau komplikasi sistemik.

- Pemeriksaan fungsi hati, elektrolit, atau radiografi toraks dilakukan sesuai indikasi klinis, misalnya pada hepatitis atau pneumonia varisela.[7]

3.5 Diagnosis Banding

Diagnosis banding varisela perlu dilakukan karena beberapa penyakit memiliki gejala yang hampir sama, seperti demam dan ruam kulit. Salah satu penyakit yang sering menyerupai varisela adalah cacar monyet (*mpox*). Keduanya dapat menyebabkan demam, sakit kepala, nyeri otot, dan ruam vesikular. Namun, pada varisela ditemukan lesi kulit dengan berbagai tahap perkembangan secara bersamaan, mulai dari makula, papula, vesikel, pustula, hingga krusta. Sebaliknya, pada cacar monyet, lesi kulit umumnya berada pada tahap perkembangan yang sama. Selain cacar monyet, diagnosis banding varisela juga meliputi infeksi *virus herpes* simpleks diseminata, eksantema vesikular akibat *Coxsackievirus*, *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA), rickettsialpox, erupsi obat, reaksi bula akibat gigitan serangga, dan skabies. Oleh karena itu, anamnesis yang lengkap, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang bila diperlukan sangat penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat.[3]

3.6 Tatalaksana

Penatalaksanaan nonmedikamentosa bertujuan untuk mengurangi penularan dan mencegah komplikasi. Pasien dianjurkan menghindari serta mengeliminasi sumber penularan, menjaga kebersihan diri dan lingkungan, serta melakukan isolasi sampai seluruh lesi menjadi krusta. Pencegahan primer dilakukan melalui vaksin varisela hidup yang dilemahkan, yang direkomendasikan diberikan dua dosis, yaitu dosis pertama pada usia 12–15 bulan dan dosis kedua pada usia 4–6 tahun. Jadwal dua dosis ini direkomendasikan karena masih ditemukan kejadian varisela pada anak usia 9–11 tahun akibat menurunnya kekebalan. Komplikasi vaksin sangat jarang dan umumnya hanya berupa erupsi kulit ringan di sekitar lokasi suntikan atau beberapa lesi ringan yang muncul 1–3 minggu setelah imunisasi.[8]

a. Terapi topikal

- Pada lesi yang masih berupa vesikel dapat diberikan bedak untuk mencegah vesikel pecah.
- Dapat ditambahkan mentol 2%, bedak kocok kalamin, atau zinc acetate 0,1% + pramoxine 1% maupun antipruritus topikal lainnya untuk mengurangi rasa gatal.

- Apabila lesi telah pecah dan membentuk krusta, dapat diberikan salep antibiotik**,** misalnya gentamisin, untuk mencegah infeksi bakteri sekunder.

b. Terapi antivirus

Antivirus diberikan terutama pada anak, dewasa, pasien yang tertular dari anggota keluarga serumah, serta neonatus dengan risiko tinggi. Asiklovir memberikan manfaat terbesar bila dimulai kurang dari 24 jam setelah timbul erupsi kulit**.** Dosis asiklovir pada bayi dan anak adalah 10–20 mg/kgBB per dosis, 4 kali sehari (maksimum 800 mg/hari) selama 7 hari**.** Pada neonatus yang ibunya menderita varisela 2–4 hari sebelum persalinan**,** dianjurkan pemberian imunoglobulin *Varicella-zoster* (VariZIG)**.**[8]

c. Terapi simptomatik

- Antipiretik diberikan bila pasien mengalami demam. Penggunaan salisilat (aspirin) harus dihindari karena berisiko menyebabkan sindrom Reye**.** Bisa juga diberikan parasetamol 10-15 mg/kgbb/kali.
- Antihistamin yang memiliki efek sedatif dapat diberikan untuk mengurangi rasa gatal (pruritus) sehingga mengurangi garukan yang dapat menyebabkan infeksi sekunder.[8]

Pasien dengan risiko tinggi dengan penyulit (keganasan , imunodefisisensi, neonatus, pasien dengan pengobatan sitostatika)

dapat diberikan antivirus sesegera mungkin: asiklovir 80 mg/kgbb/hari peroral terbagi dalam 5 dosis ATAU 500 mg/m2 intravena tiap 8 jam selama 7 hari (anak yang mendapat terapi asiklovir, harus mendapat hidrasi yang cukup karena asiklovir mudah mengkristal ditubulus).

3.6 Komplikasi

Pada sebagian besar anak-anak, varisela adalah penyakit ringan, tetapi dapat terjadi komplikasi yang membutuhkan rawat inap hingga terjadi kematian. Infeksi bakteri sekunder sering terjadi pada kulit. Komplikasi varisela yang berat dapat melibatkan sistem saraf pusat (ataksia serebral, meningitis aseptik, ensefalitis, myelitis, Guillain-Barré syndrome, Reyesyndrome), pneumonia, dan infeksi bakteri invasif sekunder.Kelompok tertentu yang berisiko tinggi mengalami komplikasi yang berat adalah wanita hamil, bayi baru lahir, individu dengan imunokompromais, dan orang dewasa.[9]

3.7 Prognosis

Prognosisnya sangat baik pada anak-anak yang sehat. Namun, infeksi ini memiliki morbiditas yang tinggi pada individu dengan gangguan imun. Meskipun sebagian besar infeksi varisela memberikan perlindungan seumur hidup, kasus reinfeksi klinis telah dilaporkan pada anak-anak yang sehat.[3]

BAB IV

KESIMPULAN

Varisela merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh *Varicella-Zoster Virus* (VZV) dan umumnya bersifat self-limited pada anak dengan kondisi imun yang baik. Pada kasus ini, pasien anak laki-laki usia 2 tahun datang dengan keluhan demam disertai bintik-bintik berisi cairan yang menyebar ke seluruh tubuh, disertai penurunan asupan makan dan minum serta riwayat kontak dengan anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa. Berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis berupa vesikel generalisata yang kemudian berkembang menjadi krusta, pasien didiagnosis dengan varisela.

Penatalaksanaan pada pasien meliputi terapi suportif berupa IVFD Ringer Laktat**,** parasetamol sebagai antipiretik, asiklovir sebagai terapi antivirus, serta asiklovir topikal dan gentamisin krim untuk perawatan lesi kulit. Selama perawatan, kondisi pasien menunjukkan perbaikan berupa penurunan suhu tubuh, kondisi umum yang membaik, serta lesi vesikel yang secara bertahap mengering dan membentuk krusta.

Secara keseluruhan, prognosis pasien adalah baik, ditunjukkan oleh perbaikan klinis selama perawatan tanpa ditemukan tanda komplikasi berat. Penatalaksanaan yang tepat, perawatan lesi kulit, pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi, serta pencegahan penularan penting dilakukan untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi, terutama infeksi bakteri sekunder pada lesi kulit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ulum, I.S., Abdi, D.A., Eva, F., Waspodo, N.N. and Aras, J., 2023. Karakteristik Pasien Varicella Pada Anak di Puskesmas Tamalanrea Jaya Makassar. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, *3*(5), pp.374-380.
2. Kencana, N.S.T. & Anindita, R., 2024. *Seorang anak laki-laki usia 8 tahun dengan varicella zoster disertai infeksi sekunder*. Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta, pp.473–480.
3. Saleh HM, Ayoade F, Kumar S. Virus Varicella-Zoster (Cacar Air) [Diperbarui 27 April 2025]. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Januari 2026-. Tersedia dari: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448191/
4. Zerboni L, Sen N, Oliver SL, Arvin AM. Molecular mechanisms of varicella zoster virus pathogenesis. Nat Rev Microbiol. 2014 Mar;12(3):197-210. doi: 10.1038/nrmicro3215. Epub 2014 Feb 10. PMID: 24509782; PMCID: PMC4066823.
5. Trihono PP, Djer MM, Sjakti HA, Hendrarto TW, Prawitasari T, editor. Best Practices in Pediatrics: Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan X. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia Cabang DKI Jakarta; 2013
6. Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, RSUP Sanglah. Buku Panduan Belajar Dokter Muda Ilmu

Kesehatan Anak. Denpasar: Program Studi Sarjana Kedokteran dan Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana; 2020.

7. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Chickenpox (Varicella) [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [diakses 1 Agustus 2026]. Tersedia dari: https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html
8. Azis FO, Abdi DA, Susanti M, Roem NR. Management of varicella in children. PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2025;9(2):3476-3482.
9. Karyanti MR, Putri A. Pengendalian Varisela di Rumah Sakit. *Sari Pediatri*. 2023;25(3):203–208.