

**LAPORAN PENYELIDIKAN
KEJADIAN LUAR BIASA SUSPEK HFMD
DI DESA BULO KECAMATAN BUNGIN KABUPATEN ENREKANG
PROVINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2023**



**BALAI TEKNIK KESEHATAN LINGKUNGAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT KELAS I MAKASSAR**

**DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

TAHUN 2023

**Jalan Wijaya Kusuma No. 29-31
Makassar 90222**

Susunan Tim

**PENYELIDIKAN KEJADIAN LUAR BIASA SUSPEK HFMD
DI DESA BULO KECAMATAN BUNGIN KABUPATEN ENREKANG
PROVINSI SULAWESI SELATAN
NOVEMBER 2023**

Penanggungjawab : Kepala BTKLPP Kelas I Makassar

Koordinator : Sub Koordinator Seksi Surveilans Epidemiologi

Penyusun Amisra, SKM.

Tim

**Dr.Yohana P,M.Kes
H.Mustaman,SKM
Adisti Diah Setiawati,S.d ST**

**PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI
KEJADIAN LUAR BIASA SUSPEK HFMD
DI KECAMATAN BUNGIN KABUPATEN ENREKANG PROVINSI SULAWESI
SELATAN, 5 S.D 8 JULI 2023**

A. Pendahuluan

Hand Foot and Mouth Diseases (HFMD) atau dalam bahasa Indonesianya dikenal sebagai Penyakit Kaki Tangan dan Mulut (PMK), sudah ada sejak tahun 1957 dan pertama kali muncul di Toronto, Kanada. Penyakit ini juga dikenal dengan nama “Flu Singapura” karena gejalanya yang mirip dengan flu dan pada saat itu banyak terjadi kasus dan kematian akibat penyakit ini di Singapura. Beberapa negara di sekitar Indonesia selain Singapura yaitu Australia, Brunei, Malaysia, dan Vietnam bahkan melaporkan adanya wabah HFMD ini.¹ Penyakit ini berbeda dengan PMK yang biasa menyerang hewan (sapi/kambing).

HFMD merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi enterovirus terutama virus Coxsackie A16 (CA 16) dan Enterovirus 71 (EV 71), sedangkan serotipe lain yang juga dapat menyebabkan penyakit ini adalah CA 6 dan CA 10. Penyakit ini sering menyerang anak-anak. Gejala umum yang timbul diakibatkan terinfeksi penyakit ini adalah demam dan terbentuknya vesikula di kulit telapak tangan, kaki, dengan atau tanpa ulkus di rongga mulut sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan susah menelan. Kadang-kadang bercak dapat hanya berupa makulopapular tanpa vesikel dan mengenai area pantat, lutut atau siku. Infeksi HFMD yang disebabkan oleh CA 16 pada umumnya dapat sembuh sendiri, bila ada komplikasi akan sangat ringan. Komplikasi yang lebih berat seperti edem paru, gagal jantung, infeksi pada system saraf (ensefalitis, meningitis aseptik, acute flaccid paralysis) bahkan kematian terutama disebabkan oleh EV71. Terakhir wabah HFMD karena EV 71 terjadi di Cina pada tahun 2007 dan menyebabkan kematian.

Di Indonesia, penyakit HFMD masih belum mendapat perhatian besar dari klinisi, masyarakat dan pemerintah, karena umumnya penyakit ini ringan dan dapat sembuh sendiri. Penyakit ini bisa terjadi sepanjang tahun karena iklim di Indonesia yang tropis sehingga menyebabkan temperatur hangat sepanjang tahun. Virus penyebab HFMD ini dapat ditularkan melalui fecal-oral, rute pernafasan, atau melalui kontak langsung dengan secret dari hidung dan tenggorok, air liur, cairan dari vesikel atau feses dari kasus yang terinfeksi virus ini. Kepadatan penduduk dan sanitasi yang buruk menyebabkan penyakit ini mudah menyebar. Penyakit ini bisa berpotensi menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB) karena penyebarannya yang sangat mudah.

Berdasarkan laporan W1 dari Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang tanggal 3 Juli 2023 dilaporkan bahwa telah terjadi KLB suspek HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin

Kabupaten Enrekang, sebanyak 12 orang penderita dengan gejala panas, batuk, pilek, sakit kepala, bercak merah di kulit dan bercak berair di badan, telapak tangan dan telapak kaki.

Untuk mendapatkan kepastian terjadinya kejadian luar biasa (KLB) dengan gambaran penyakit dan kemungkinan pola penularan serta penyebab dari kejadian luar biasa (KLB) tersebut perlu dilaksanakan penyelidikan lebih lanjut. Berdasarkan hal tersebut di atas BTKLPP Kelas I Makassar, Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang dan UPT Puskesmas Bungin melaksanakan penyelidikan epidemiologi pada tanggal 5 s.d 8 Juli 2023 terhadap kemungkinan terjadinya KLB Suspek HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang.

B. Tujuan Penyelidikan KLB

1. Tujuan Umum

Melakukan penyelidikan epidemiologi KLB Suspek HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang.

2. Tujuan Khusus

- a. Memperoleh kepastian adanya kejadian luar biasa.
- b. Memperoleh gambaran etiologi kejadian luar biasa.
- c. Menetapkan sumber dan cara penularan penyakit.

C. Tinjauan Umum HFMD

1. Pengertian

Hand, Foot, and Mouth Disease HFMD atau penyakit tangan, kaki dan mulut, adalah penyakit menular yang umumnya disebabkan oleh sekelompok enterovirus, termasuk Coxsackievirus A16 (CA16) dan Enterovirus 71 (EV71). Sedangkan kemerahan dapat berbentuk papulovesikuler yang terdapat pada telapak tangan atau telapak kaki atau keduanya, pada beberapa kasus kemerahan berbentuk makulopapular tanpa vesikel yang dapat mengenai bokong, lutut dan siku pada balita dan bayi

2. Gambaran Klinis

Gejala awal muncul demam (38-39°C), nafsu makan turun dan nyeri menelan. Timbul vesikel dan ruam di dalam mulut. Vesikel ditemukan di lidah, gusi atau mukosa pipi. Vesikel ini mudah pecah dan menjadi ulkus yang menyebabkan anak tidak mau makan dan ludah meleleh keluar. Ruam dengan vesikel dapat juga ditemukan pada telapak tangan, kaki dan bokong pada bayi. Gejala lain dapat berupa nyeri otot, muntah, diare, nyeri perut dan konjungtivitis. Pada keadaan tertentu, misalnya akibat infeksi EV-71, dapat menyebabkan gangguan neurologi berat atau radang otak (meningitis aseptik, ensefalitis) maupun kelumpuhan bahkan kematian serta terbanyak menyebabkan KLB. Pada umumnya penyakit ini menyerang anak usia di bawah 10 tahun. Penyakit ini berbeda dengan penyakit kuku dan mulut pada Binatang.

3. Etiologi

Disebabkan oleh human enteroviruses spesies Coxsackievirus A16(CA16) dan Enterovirus 71 (EV71). Genus Enterovirus family Picornaviridae. Serotipe HEV-A yang lain adalah Coxsackie virus A6 dan Coxsackievirus A10, berhubungan dengan HFMD dan herpangina yang menimbulkan penyakit ringan pada anak-anak. serta Echovirus. Infeksi EV71 menjadi perhatian khusus karena dapat menyebabkan penyakit yang parah pada anak-anak, kadang-kadang menyebabkan kematian.

4. Masa Inkubasi

Masa inkubasi 3-7 hari dan masa infeksius minggu pertama sejak timbul gejala

5. Sumber dan Cara Penularan

Secara kontak langsung dengan cairan tubuh penderita (cairan hidung, mulut, vesikel) melalui batuk, berbicara dan bersin (droplet). Secara oral fecal melalui tangan, mainan, dan alat-alat lain yang tercemar oleh feses penderita. Faktor yang dapat mempengaruhi penularan adalah hygiene, kualitas air dan kerumunan orang. Enterovirus masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran cerna, berkembangbiak di orofaring dan banyak ditemukan dalam feses penderita. Replikasi enterovirus dapat terjadi di saluran gastrointestinal atau saluran respiratori. Setelah fase viremia, infeksi akan mengenai jaringan dan beberapa organ sehingga menimbulkan gejala yang bervariasi. Penularan virus melalui faecal-oro route dan dapat pula melalui kontak langsung melalui droplets. Virus akan diekskresi melalui feses selama beberapa minggu. Sirkulasi Enterovirus bervariasi dengan pola musim tertentu sesuai area geografis. Pada Negara tropis dan subtropics sirkulasi sepanjang tahun dengan KLB lebih banyak di musim hujan.

6. Epidemiologi

Penyakit yang berhubungan dengan infeksi EV71 pertama kali dijelaskan oleh Schmidt, dan rekannya di tahun 1974, yang melaporkan pada 20 pasien dengan penyakit SSP (Sistim sraf pusat) , termasuk satu kematian di California.

Selanjutnya di Amerika Serikat antara tahun 1969 dan 1972, lalu di New York, Amerika Serikat tahun 1972 dan 1977, Australia tahun 1972-1973 dan 1986, Swedia tahun 1973, Jepang pada tahun 1973 dan 1978, Bulgaria pada tahun 1975, Hongaria pada tahun 1978, Prancis pada tahun 1979, Hong Kong (China) tahun 1985, dan Philadelphia, Amerika Serikat pada tahun 1987. Selama terjadinya wabah, EV71 menyebabkan spektrum yang luas dari penyakit, termasuk HFMD, aseptik meningitis, ensefalitis, kelumpuhan, gejala pernapasan akut dan miokarditis.

Selain itu selama dekade terakhir, banyak wabah HFMD telah dilaporkan di negaranegara kawasan Pasifik Barat, termasuk Jepang Malaysia, Singapura dan China. Insiden HFMD, terutama yang disebabkan oleh infeksi EV71.

Sebuah studi *cross-sectional* di Singapura menunjukkan bahwa, terjadi penurunan antibodi maternal, seroprevalensi untuk EV71 meningkat pada tingkat rata-rata dari 12% per tahun pada anak-anak dari dua sampai lima tahun, dan mencapai tingkat tetap sekitar 50% pada mereka yang berusia lima tahun atau lebih.

Akhir tahun 1990-an, dua wabah masyarakat luas terkait dengan infeksi EV71 terjadi, yang pertama di Sarawak, Malaysia, pada tahun 1997 sebanyak 2628 kasus dan yang kedua di Taiwan (Cina) tahun 1998 dengan 129.106 kasus yang dilaporkan.

Pada tahun 2008 dilaporkan terjadi KLB PTKM/HFMD di Cina dan pada Tahun 2009 dilaporkan terjadi KLB PTKM/HFMD di Indonesia (jumlah kasus 94 kasus klinis – 1 positif EV 71) dan di beberapa negara di Asia seperti Taiwan, Hong Kong, Vietnam, Singapore dan Malaysia. Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut ini menyerang sebagian besar anak di bawah 10 tahun dengan masa inkubasi 3-7 hari dan masa infeksius minggu pertama sejak timbul gejala.

Di Indonesia penyakit ini telah ada sejak tahun 2000 terjadi di Batam sebanyak 12 kasus dan 7 kasus di Jakarta. Tahun 2001 ditemukan 3 kasus di DIY dan 48 kasus di Kabupaten Boyolali, tahun 2009 terjadi 9 kasus di Jakarta.

7. Pengobatan

Pada umumnya penderita infeksi PTKM bersifat ringan sehingga terapi yang diperlukan hanya bersifat simptomatis. Bila timbul tanda bahaya (gejala neurologi, kejang mioklonik, iritabel, insomnia, abdomen distensi, muntah berulang, sesak nafas, halusinasi) segera rujuk ke Rumah Sakit.

Pada pasien rawat inap, terapi suportif merupakan hal utama. Tidak diperlukan terapi spesifik untuk enterovirus. Untuk mencegah timbulnya komplikasi perlu dilakukan deteksi awal adanya keterlibatan gangguan SSP khususnya batang otak dan monitor denyut jantung, frekuensi nafas, tekanan darah, saturasi oksigen, keseimbangan cairan dan fungsi ventrikel kiri. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah Meningitis aseptik, Ensefalitis, Paralisis, Dekompensasio kardio-pulmonal dan kegagalan ventrikel kiri. Bila keadaan memburuk perlu dilakukan intubasi endotrakeal karena pasien dapat mengalami Edema pulmonal dalam waktu singkat.

D. Metode Penyelidikan

1. Desain Penyelidikan

Laporan ini berupa survey deskriptif untuk melakukan penyelidikan epidemiologi dalam rangka KLB Suspek HFMD.

2. Lokasi Penyelidikan, Populasi dan sampel

Lokasi penyelidikan di Desa Bulu Kecamatan Bungin Utara Kabupaten Enrekang. Populasi dalam penyelidikan ini adalah seluruh masyarakat di Desa Bulu Kecamatan

Bungin Kabupaten Enrekang. Sampel adalah anak yang mempunyai gejala HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang.

3. Pengumpulan dan Pengolahan Data

a. Pengumpulan Data

1) Data Primer

Pengumpulan data dilakukan langsung oleh Tim Surveilans Epidemiologi dengan wawancara dan pengambilan sampel.

2) Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang dan Puskesmas Bungin.

b. Pengolahan Data

Data yang diperoleh diolah secara manual dengan menggunakan tabel dan grafik

4. Analisa Data

Analisa data secara deskriptif, disajikan dalam bentuk : Narasi, tabel, Grafik distribusi gejala klinis berdasarkan tempat, waktu dan orang.

E. Hasil Penyelidikan Epidemiologi

1. Kronologi Kejadian

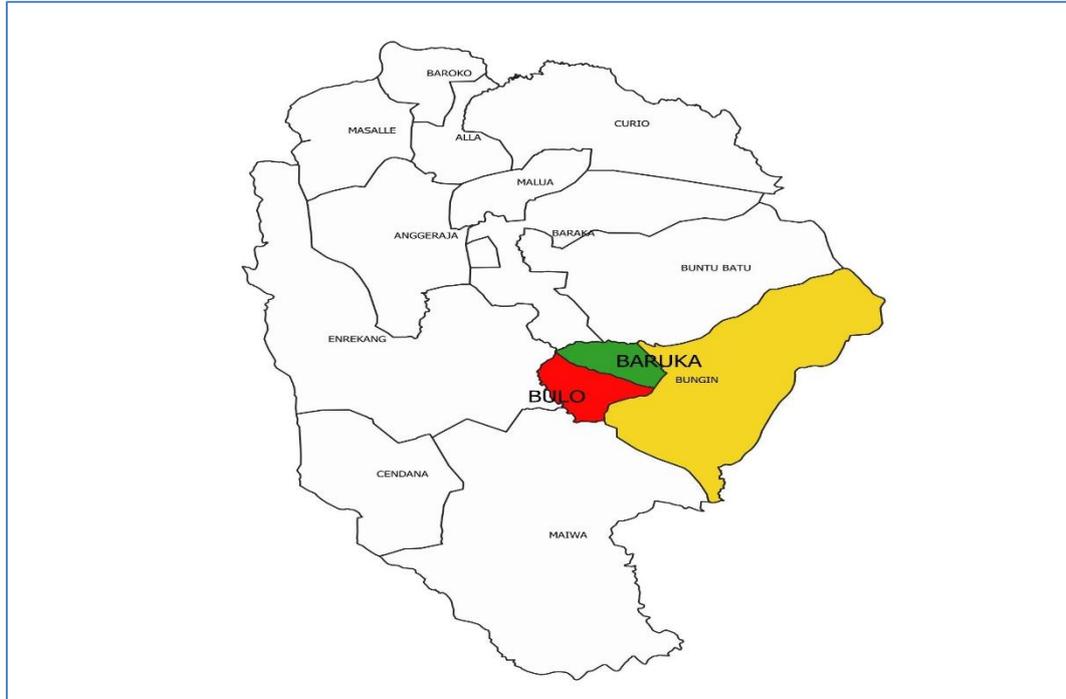
Hasil penyelidikan sebelum oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang yang terjadi di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang adalah :

- Tanggal 13 Juni 2023 kasus pertama datang ke Poli MTBS Puskesmas Bungin dengan keluhan Demam 3 hari yang lalu dan gatal-gatal pada bagian telapak kaki dan tangan disertai ada bintik-bintik merah berair. Dokter mendiagnosa suspek HFMD, di minggu yang sama (Minggu 24 periode tanggal 11-17 Juni 2023) beberapa anak datang pdengan keluhan serupa, sehingga jumlah suspek HFMD sebanyak 6 orang.
- Pada minggu ke 25 (Periode 18-24 Juni 2023) terdapat 2 suspek HFMD ke Puskesmas Bungin dengan beberapa keluhan gatal-gatal pada telapak kaki, tangan dan mulut.
- Pada minggu ke 26 (Periode 25 Juni s.d 1 Juli 2023) sebanyak 4 orang anak dilaporkan dengan suspek HFMD.
- Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi tanggal 25 Juni s.d 1 Juli 2023 diketahui terdapat 12 kasus suspek HFMD yang melakukan rawat jalan di Puskesmas Bungin.

2. Gambaran Epidemiologi

a. Menurut Tempat

Lokasi kejadian kasus Leptospirosis menurut tempat dapat digambarkan pada peta berikut:



Gambar 1 Lokasi Kejadian HFMD di Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2023

Desa Bulo terdiri dari 3 Dusun yakni Dusun Karai, Dusun Buo dan Dusun Kampung Baru. Desa Bulo berada di wilayah Kecamatan Bungin, dengan jumlah penduduk 899 jiwa yang terdiri dari laki-laki 467 jiwa dan Perempuan sebanyak 432 jiwa.

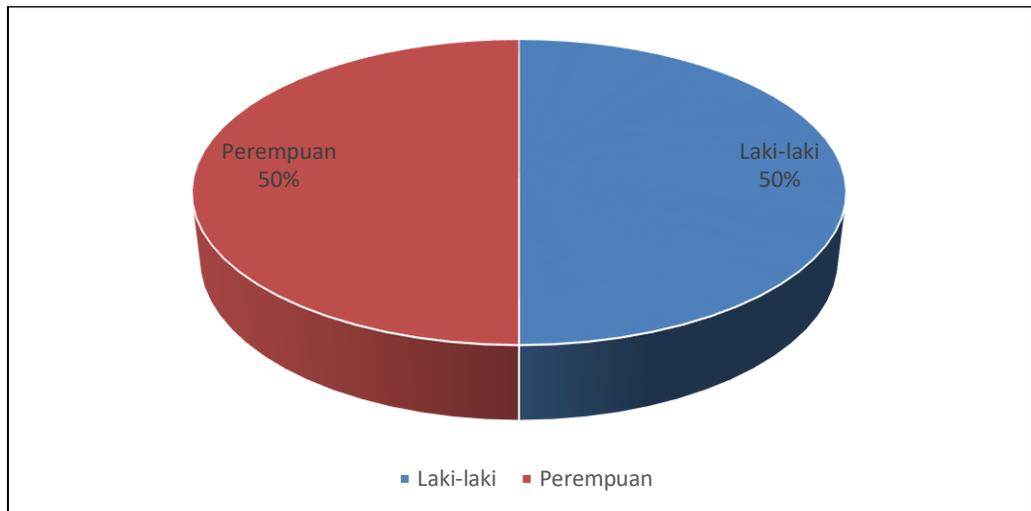
b. Menurut Orang

Gambaran epidemiologi menurut orang atau person dapat digambarkan menurut jenis kelamin, golongan umur, dan tanda dan gejala yang dialami kasus yang berobat di Puskesmas Bungin dan atau Pustu Bulo dan Posyandu Serumpun Kasih. Selengkapnya adalah sebagai berikut:

1) Jenis Kelamin

Distribusi kasus menurut variable jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut

Grafik 1. Distribusi kasus berdasarkan Jenis Kelamin Di Desa Bulo dan Desa Baraka Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan Juli Tahun 2023



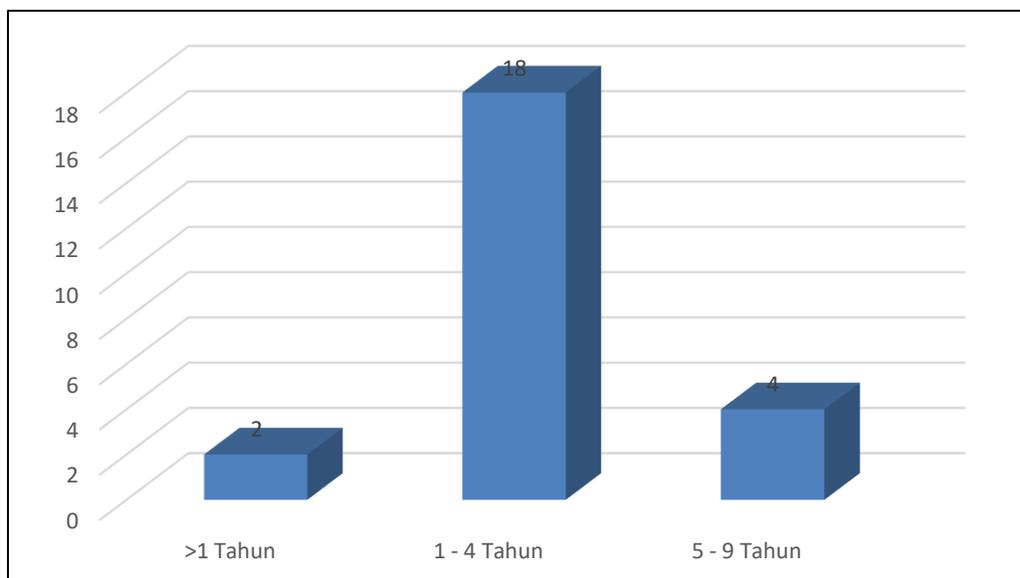
Sumber : Data Primer, 2023

Grafik 1 menunjukkan bahwa dari 24 kasus jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin Perempuan sama yaitu masing-masing sebesar 50%.

2) Umur

Distribusi kasus berdasarkan kelompok umur seperti grafik berikut ini :

Grafik 2. Distribusi kasus berdasarkan Umur Di Desa Bulo dan Desa Baraka Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan Juli Tahun 2023



Sumber : Data Primer, 2023

Grafik 2 menunjukkan dari 24 kasus terbanyak adalah umur 1-4 tahun sebanyak 18 (75%) kasus dan umur 5-9 tahun sebanyak 4 (16,7%) kasus.

3) Gejala Klinis

Gejala klinis yang dialami kasus dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi kasus berdasarkan gejala klinis Di Desa Bulu dan Desa Baraka Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan Juli Tahun 2023

Tanda/Gejala	N=24	
	Jumlah	Persentase
Demam	22	91.7
Ulkus di telapak tangan	18	75
Ulkus di telapak kaki	15	62.5
Gatal-gatal	13	54.2
Ulkus di wajah	7	29.2
Pilek	6	25
Batuk	4	16.7
Ulkus di mulut	4	16.7
Sakit tenggorokan	2	8.3

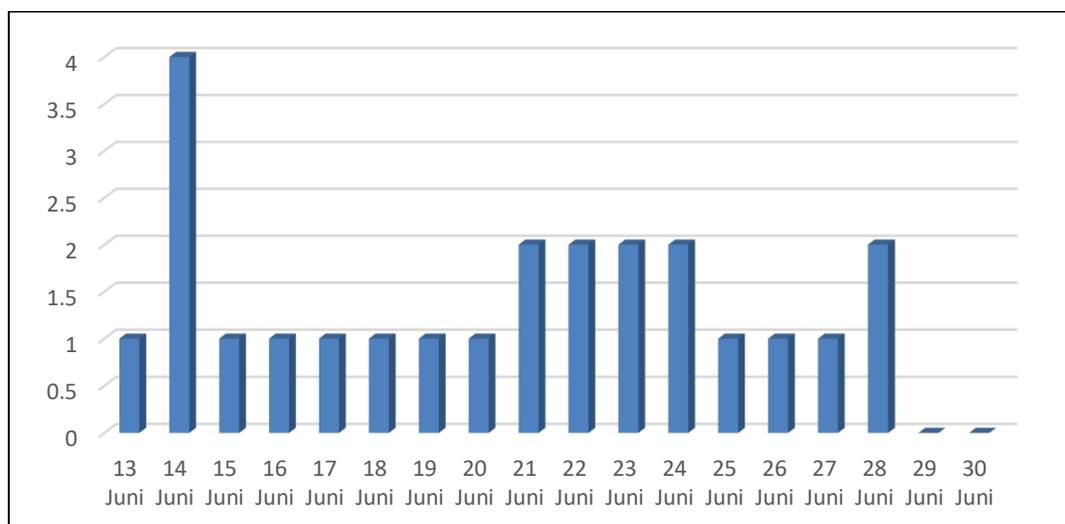
Sumber : Data Primer, 2023

Tabel 1 menunjukkan bahwa gejala klinis utama yang dialami penderita adalah demam (91.7%), ulkus di telapak tangan (75%), ulkus di telapak kaki (62.5%), gatal (54.2%) dan ulkus di wajah (29.2%). Penderita ada yang mengalami gejala atau tanda klinis lebih dari 1 tanda. Tanda dan gejala yang timbul ini mengarah ke tanda dan gejala Penyakit Kaki Tangan dan Mulut (HFMD) dan Penyakit cacar monyet (Monkeypox).

c. Variabel Waktu

Distribusi kasus HFMD menurut variabel waktu dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 3. Distribusi kasus berdasarkan Tanggal Masuk ke Fasilitas Kesehatan Di Desa Bulu dan Desa Baraka Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan Juli Tahun 2023



Sumber : Data Primer, 2023

Grafik diatas menunjukkan bahwa jumlah kasus tertinggi masuk di fasilitas kesehatan pada tanggal 14 Juni sebanyak 4 kasus. Kasus pertama dimulai tanggal 13 Juni 2023 dan terus berlanjut.

3. Penyelidikan Faktor Risiko

Hasil penyelidikan faktor risiko yang diperoleh adalah :

- a. Lokasi kejadian merupakan daerah dengan penduduk yang hidup mengandalkan pertanian sebagai sumber pencaharian mereka.
- b. Rumah penduduk rata-rata rumah panggung, terdapat genangan pembuangan air limbah rumah tangga di kolong rumah.
- c. Sekitar rumah adalah hutan sehingga hewan liar sering masuk ke perkampunagn misalnya babi hutan dan monyet.
- d. Sumber air bersih berasal dari air perpipaan dari mata air.
- e. Sebagian rumah tidak memiliki jamban, sebagian rumah sudah memiliki jamban.

Berdasarkan data dari Puskesmas Bungin bahwa kemungkinan masalah kesehatan yang terjadi adalah Penyakit Kaki Tangan dan Mulut (HFMD) atau Penyakit Cacar Monyet (Monkeypox).

Selanjutnya pada tanggal 4-8 Juni 2023 dilakukan investigasi lanjutan untuk melihat jenis penyakit tersebut. Dilakukan pengambilan orofaring dan lesi kepada penderita yang masih bergejala, hasil seperti tabel berikut:

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Spesimen Suspek HFMD Pada Beberapa Kasus Di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan 4-8 Juli Tahun 2023

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hasil PCR EV-71
1	[REDACTED]	1,9 tahun	Perempuan	Negatif
2	[REDACTED]	3 Tahun	Laki-laki	Negatif
3	[REDACTED]	2,4 tahun	Laki-laki	Negatif
4	[REDACTED]	5,2 tahun	Perempuan	Negatif
5	[REDACTED]	2 tahun	Laki-laki	Negatif
6	[REDACTED]	3 tahun	Laki-laki	Negatif
7	[REDACTED]	2 tahun	Laki-laki	Negatif
8	[REDACTED]	2,6 tahun	Laki-laki	Negatif
9	[REDACTED]	3,6 tahun	Perempuan	Negatif
10	Airil Nurdianayah	2 tahun	Laki-laki	Negatif
11	[REDACTED]	11 bulan	Perempuan	Negatif

Sumber : Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa dari 11 spesimen yang diperiksa tidak ditemukan Enterovirus 71 (EV71) sebagai penyebab hand, foot and mouth disease. Hal ini disebabkan karena semua pasien dalam masa penyembuhan sehingga virus tidak ditemukan lagi.

Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Sampel Monkeypox Pada Beberapa Kasus Di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Bulan 4-8 Juli Tahun 2023

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Hasil Laboratorium
1	[REDACTED]	1 tahun	Perempuan	Negatif

Sumber : Data Primer, 2023

Tabel 3 menunjukkan bahwa sampel yang diperiksa adalah negative monkeypox

Diagnosis Banding HFMD

Diagnosis banding yang paling dekat adalah enantema pada herpangina. Kedua penyakit ini disebabkan oleh enterovirus. HFMD dibedakan dari herpangina berdasarkan distribusi lesi oral dan adanya lesi kulit. Herpangina berupa enantema tanpa lesi kulit dengan lokasi yang tersering di plika anterior fossa tonsilaris, uvula, tonsil, palatum mole.

Diagnosis banding yang lain yang perlu dipertimbangkan adalah, varisela, stomatitis aphthosa, erupsi obat, herpes ginggivostomatitis serta measles. Stomatitis aphthosa dibedakan dengan HFMD dengan tidak adanya demam dan tanda sistemik lainnya serta riwayat kekambuhan. Ditandai dengan adanya lesi ulseratif yang besar pada bibir, lidah dan bagian mukosa buccal yang sangat nyeri.

Penderita herpes ginggivostomatitis biasanya mengalami lesi yang lebih nyeri dengan limfadenopati leher dan ginggivitis yang lebih menonjol. Lesi pada kulit biasanya terbatas perioral namun dapat mengenai jari tangan yang dimasukkan ke mulut.

Berbeda dengan HFMD, lesi kulit pada varisela lebih luas dengan distribusi sentrifugal, lesi jarang pada telapak tangan dan kaki serta lebih jarang dijumpai lesi oral. Lesi pada varisela membaik oleh pembentkan krusta, sementara vesikel pada HFMD membaik dengan adanya reabsorpsi dari cairan vesikel. Jika eksantema pada HFMD berbentuk makulopapuler maka lesi ini harus dibedakan dengan erupsi obat meskipun jarang.

Selain adanya lesi makulopapular yang bersifat general, anak-anak yang mengalami infeksi measles atau campak akan disertai dengan batuk, coryza dan konjungtivitis, serta koplik spot sering ditemukan pada pemeriksaan mulut.

F. Pembahasan

HFMD paling banyak menyerang anak-anak kurang dari 10 tahun dan wabah dapat terjadi diantara anggota keluarga dan kontak erat. Adanya kontak serumah yang erat,

higiene tidak adekuat yang dikaitkan viral load yang tinggi dan periode penyebaran virus yang lama berperan dalam tingginya angka transmisi di antara penderita anak-anak, (WHO, 2012). Hasil penyelidikan menunjukkan bahwa dari 24 kasus 100% anak usia kurang dari 10 tahun.

HFMD sangat menular terutama 2 hari sebelum hingga 2 hari setelah timbul kelainan kulit. Oleh karena itu anak-anak yang menderita HFMD sebaiknya tidak diperbolehkan masuk sekolah hingga demam dan kelainan kulitnya membaik serta semua vesikel telah kering dan menjadi krusta. Hasil penyelidikan menunjukkan bahwa gejala klinis utama yang dialami penderita adalah demam (91.7%), ulkus di telapak tangan (75%), ulkus di telapak kaki (62.5%), gatal (54.2%) dan ulkus di wajah (29.2%). Penderita ada yang mengalami gejala atau tanda klinis lebih dari 1 tanda. Tanda dan gejala yang timbul ini mengarah ke tanda dan gejala Penyakit Kaki Tangan dan Mulut (HFMD).

HFMD mempunyai masa inkubasi 3-6 hari. Selama masa epidemik, virus menyebar dengan sangat cepat dari satu anak ke anak yang lain. Setelah virus masuk melalui jalur oral atau pernafasan akan terjadi replikasi awal pada faring dan usus, kemungkinan dalam sel M mukosa.

Sebagian besar kasus HFMD self-limiting anak sembuh sendiri dengan terapi simptomatik. Tidak ada antiviral spesifik untuk HFMD. Terapi simptomatik menggunakan antipiretik dan lotion seperti calamine lotion pada lesi kulit. Dapat diberikan juga anestesi local pada mulut untuk mengurangi rasa sakit saat makan dan minum WHO, 2012).

Hasil pemeriksaan terhadap 11 spesimen tidak ditemukan Enterovirus 71 (EV71) sebagai penyebab hand, foot and mouth disease. Hal ini disebabkan karena semua pasien dalam masa penyembuhan sehingga virus tidak ditemukan lagi.

G. Penanggulangan

Penanggulangan yang telah dilakukan pada saat masa penyelidikan Epidemiologi adalah

1. Melakukan Penyuluhan untuk melaksanakan PHBS dengan baik.
2. Melakukan pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui penyebab infeksi

H. Kesimpulan

1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil investigasi dapat disimpulkan :

- a. Telah terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal di minggu ke 24 s.d minggu ke 26.
- b. Gejala klinis yang utama adalah demam, ulkus pada telapak tangan, ulkus pada telapak kaki, ulkus pada mulut dan gatal gatal.

2. Rekomendasi

Bedasarkan hasil penyelidikan epidemiologi dapat diberi rekomendasi agar kejadian serupa tidak terulang lagi adalah sebagai berikut :

- a. PHBS pada masyarakat berisiko tinggi tentang pencegahan penyakit, tanda-tanda penyakit, serta tatalaksana kasus.
- b. Peningkatan pengetahuan tenaga kesehatan yang ada di desa terhadap penyakit HFMD agar bisa mendeteksi awal lewat tanda dan gejala klinis
- c. Melakukan kebersihan individu dan sanitasi lingkungan antara lain mencuci kaki, tangan dan bagian tubuh lainnya dengan sabun setelah bekerja.
- d. Surveilans ketat berupa pengamatan perkembangan jumlah kasus.

I. Penutup

Demikian Laporan penyelidikan KLB Suspek HFMD di Desa Bulu Kecamatan Bungin Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2023.

Makassar, 15 Agustus 2023

Kepala BTKLPP Kelas I Makassar



Yohanis Rapa Patari, SE, M.Kes

DAFTAR PUSTAKA

Andriyani, C, Heriwati, D, Sawitri. 2010. Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut. Berkala Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin

Nugrahani, I. Penyakit Kaki, Tangan dan Mulut dan Pengobatannya. Fak. Farmasi UPJ

Samphutthanon, R. 2014. Spatio-Temporal Distribution and Hotspots of Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) in Northern Thailand. Int. J. Environ. Res. Public Health

WHO. 2011. A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD). WHO Library Cataloguing in Publication Data.