

Penatalaksanaan Holistik Penyakit Herpes Zoster pada Pasien Remaja Laki-Laki 15 Tahun dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga

Nadia Rosmalia Dewi¹, Dian Isti Anggraini²

¹Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Herpes zoster (HZ) merupakan erupsi vesikuler akut yang disebabkan oleh reaktivasi dari virus varisela zoster (VVZ) laten pada ganglia sensoris yang sebelumnya terpajan dengan infeksi primer varisela. Insiden HZ meningkat seiring pertambahan usia dan jarang ditemukan pada anak-anak. Herpes zoster dapat terjadi pada anak yang memiliki riwayat infeksi primer intrauterin, kondisi imunokompromais, dan yang terinfeksi varisela pada tahun pertama kehidupannya. Tujuan dari laporan kasus ini adalah menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *evidence-based medicine* dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dari pasien dan alloanamnesis dari keluarga pasien) pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Pasien An. A berusia 15 tahun, telah didiagnosis dengan Herpes Zoster tanpa komplikasi memiliki kekhawatiran akan kondisi kesehatannya pasien merasa minder serta takut bahwa penyakitnya tidak dapat sembuh serta takut menularkan ke anggota keluarga yang lain. Harapan pasien adalah keluhan hilang dengan sempurna dan tidak kambuh kembali, sehingga dapat nyaman beraktivitas seperti biasanya. Keterbatasan akan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan pola hidup yang tidak baik merupakan faktor penyebab masalah yang terjadi pada pasien dan keluarga. Diagnosis herpes zoster pada kasus ini sudah sesuai dengan beberapa teori dan telaah kritis dari penelitian terkini. Penatalaksanaan sudah diberikan sesuai dengan panduan penatalaksanaan. Terlihat perkembangan yang baik pada pasien mulai dari gejala klinis yang menurun hingga perubahan perilaku setelah dilakukan intervensi berbasis *evident-based medicine* yang bersifat *family-approach* dan *patient-centered*.

Kata Kunci: Herpes zoster, pendekatan dokter keluarga, remaja

Holistic Management of Shingles on 15 Years Old Adolescent Boy Through Family Medicine Approach

Abstract

Shingles is clinical manifestations due to reactivation of varicella zoster virus (VZV). in sensory ganglia that were previously exposed to primary varicella infection. The incidence of HZ increases with age and is rarely found in children. Shingles can occur in children who have primary primary infections, immunocompromised conditions, and who are related in the first year of life. The purpose of this study is to Identify internal and external risk factors and clinical problems in patients, as well as holistically managing patients by applying a family doctor based on evidence-based medicine through a patient centered approach and family approach. This study analysis is a case report. Primary data were obtained through history taking (autoanamnesis from the patient and alloanamnesis from the patient's family) physical examination and home visits. Secondary data were obtained from the patient's medical record. Assessment is based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of study in a qualitative and quantitative manner. Patient A, 15 years old, who has been diagnosed with Herpes Zoster without complications has concerns about his health condition, the patient feels inferior and is afraid that his illness cannot be cured and is afraid of transmitting it to other family members. Patient's expectation is that complaints disappear completely and do not recur, so that they can be comfortable in their normal activities. Limitation of the patient's knowledge of the illness and bad lifestyle is a factor causing problems that occur in patients and families. The diagnosis of shingles in this case is in accordance with several theories and critical studies from recent research. Management has been given in accordance with management guidelines. Good developments were seen in patients ranging from decreased clinical symptoms to behavioral changes after a family-approach and patient-centered Evident Based Medicine intervention.

Keywords: Family medicine services, herpes zoster, teenager

Korespondensi: Nadia Rosmalia Dewi, alamat Sekampung, Lampung Timur, Hp: 082278667822, email nadiarosmalia140@gmail.com

Pendahuluan

Herpes zoster atau *shingles* merupakan manifestasi klinis karena reaktivasi virus varisela zoster (VZV). Virus varicella zoster dapat menyebabkan infeksi klinis utama pada manusia yaitu varisela dan herpes zoster. Varisela merupakan infeksi primer yang terjadi pertama kali pada individu yang berkontak dengan virus varicella zoster. Varisela zoster mengalami reaktivasi, menyebabkan infeksi rekuren yang dikenal dengan nama herpes zoster.^{1,2}

Selama terjadi infeksi varisela, VZV meninggalkan lesi di kulit dan permukaan mukosa menuju ujung saraf sensorik, kemudian menuju ganglion dorsalis. Dalam ganglion, virus memasuki masa laten dan tidak mengadakan multiplikasi lagi. Sistem imun tubuh yang menurun dapat menyebabkan terjadi reaktivasi virus yang tadinya laten di ganglion saraf. Karakteristik penyakit ini ditandai dengan adanya ruam vesikular unilateral yang berkelompok dengan nyeri yang radikular dengan penyebaran sesuai dermatom.³

Prevalensi herpes zoster tidak dipengaruhi oleh ras, jenis kelamin, atau musim. Insiden penyakit ini meningkat sejalan dengan pertambahan usia dan jarang ditemukan pada anak-anak.^{2,3} Herpes zoster dapat terjadi pada anak yang memiliki riwayat infeksi primer intrauterin, kondisi imunokompromais, dan yang terinfeksi varisela pada tahun pertama kehidupannya.^{2,4,5}

Insidensi terjadinya herpes zoster meningkat sesuai dengan pertambahan umur dan biasanya jarang terjadi pada anak-anak.⁴ Di Amerika Serikat lebih dari 1 juta kasus herpes zoster terjadi setiap tahun dan lebih dari 90 persen orang dewasa memiliki bukti serologi infeksi virus varicella zoster dan beresiko mengalami herpes zoster. Insidensi herpes zoster adalah sekitar 3-4 kasus per 1000 orang. Orang yang berusia diatas 85 tahun dan tidak mendapatkan vaksinasi beresiko 50% menderita herpes zoster dan 3% pasien memerlukan perawatan di rumah sakit. Kejadian herpes zoster meningkat secara dramatis seiring dengan bertambahnya usia, dan sekitar 30% populasi (1 dari 3 orang)

akan mengalami herpes zoster selama masa hidupnya.⁵

Reaktivasi virus varicella zoster dapat dipicu oleh berbagai faktor seperti pembedahan, penyinaran, usia lanjut, dan keadaan tubuh yang lemah meliputi malnutrisi, seseorang yang sedang dalam pengobatan immunosupresan jangka panjang, atau menderita penyakit sistemik seperti hipertensi.⁶

Herpes zoster biasanya diawali dengan adanya gejala prodormal, seperti nyeri, gatal atau kesemutan di daerah lesi dalam beberapa hari atau minggu, alodinia atau nyeri akibat sentuhan ringan, sebelum timbul ruam atau dapat juga ruam tidak muncul yang dikenal dengan *zoster sine herpette*. Gejala lain, seperti nyeri kepala, malaise, fotofobia dapat timbul. Selain pruritus pada lesi, keluhan utama sekitar 75% pasien adalah nyeri, rasa terbakar, berdenyut atau menusuk. Gejala mungkin menyerupai rasa sakit yang disebabkan oleh penyakit jantung iskemik, kolesistitis atau kolik ginjal.⁷

Pemeriksaan penunjang pada herpes zoster berupa tes Tzank, biopsi kulit, kultur virus, fluorescent antibody, uji serologis, dan polymerase chain reaction (PCR).¹⁻³

Herpes zoster pada anak imunokompeten dapat sembuh dengan sendirinya sehingga penatalaksanaan yang diberikan hanya bersifat suportif, akan tetapi pemberian terapi spesifik dapat dipertimbangkan pada kasus-kasus tertentu.^{8,9}

Pada kasus ini, remaja laki-laki dengan herpes zoster perlu dilakukan penatalaksanaan yang lebih menyeluruh dalam hal kuratif, promotif, dan preventif serta tidak hanya melibatkan pasien dalam upaya penatalaksanaan, juga dibutuhkan peran serta keluarga untuk mencapai tujuan terapi semaksimal mungkin.

Kasus

Pasien An. A berusia 15 tahun seorang remaja yang tinggal di Sawah Lama, Bandar Lampung datang ke Puskesmas Kampung Sawah pada hari Kamis, 05 Maret 2020 dengan keluhan timbul bintil bintil kecil yang berkumpul berisi air dengan dasar kemerahan sejak 1 hari yang lalu pada punggung kiri belakang dan terdapat pula bintil dengan

dasar kemerahan seukuran jarum pentul di bawah ketiak kiri. Pasien mengeluhkan bintil-bintil tersebut, terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih serta gatal.

Sejak satu minggu yang lalu pasien mengeluh badan terasa panas tidak terlalu tinggi, menetap, tidak disertai menggigil. Sulit tidur dan nafsu makan menurun dalam 1 hari terakhir akibat rasa nyeri pada tubuh yang semakin memberat. Pasien juga mengaku keluhan yang dirasakan pasien tidak memberat saat aktivitas namun juga tidak meringan saat istirahat. Pasien tidak mengeluh adanya keluhan kulit dibagian lain, tidak mengeluh gangguan pengelihatian maupun pendengaran.

Pasien mengaku temannya terkena cacar air dan sering berkunjung kerumah pasien lebih kurang satu minggu yang lalu. Pasien meminjam baju seragam temannya yang terkena sakit cacar tersebut. Pasien mengaku pernah menderita cacar air saat masih balita. Pasien menyangkal adanya alergi obat. Pasien mengaku kakeknya dan ayahnya memiliki riwayat sakit hipertensi Pasien menyangkal adanya riwayat diabetes mellitus di keluarga. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Pasien, ayah, ibu, kakak dan adiknya rutin untuk berkumpul bersama setiap minggu untuk mempererat hubungan antar keluarga.

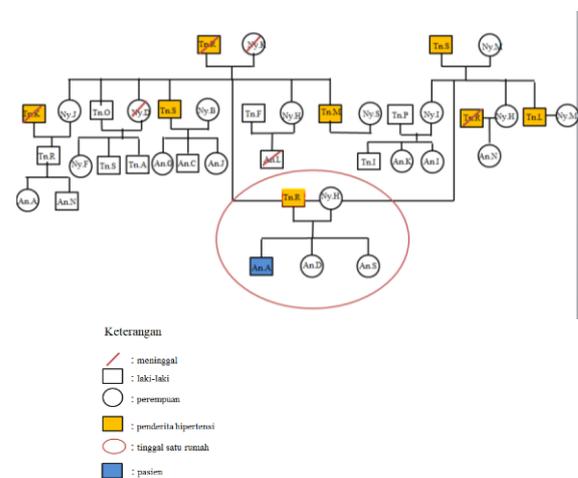
Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya adalah kuratif yaitu apabila mengalami keluhan, pasien baru datang untuk berobat dan mencari pelayanan kesehatan. Pasien biasanya makan tiga kali dalam sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol dan obat-obatan. Pasien mengaku jarang berolahraga.

Pasien adalah anak pertama dari tiga bersaudara. pasien hanya tinggal dengan kedua adiknya beserta ayah dan ibunya. Ibu pasien, Ny. H, berusia 36 tahun. Ayahnya, Tn. R, berusia 39 tahun. Adik pertama pasien, An D, berusia 10 tahun. Sementara adik kedua pasien, An. S, berusia 1 tahun. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yaitu terdiri dari ayah, ibu, dan kedua adiknya. Pasien adalah seorang remaja laki-laki berusia 15 tahun. Pasien sehari-hari melakukan aktivitas sebagai pelajar. Seluruh keputusan mengenai masalah

keluarga dimusyawarahkan bersama dan diputuskan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga. Gaji kepala keluarga (KK) didapatkan dari pekerjaan ayahnya sebagai buruh harian di pabrik roti sekitar Rp.600.000/bulan.

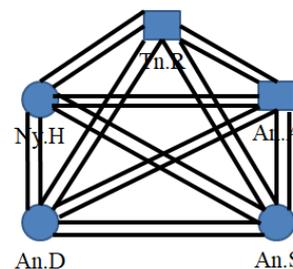
Keluarga mendukung untuk segera berobat jika ada anggota keluarga nya yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila terdapat keluhan. Keluarga pasien berobat ke puskesmas. Jarak rumah ke puskesmas ±2 kilo meter.

Genogram keluarga An. A dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Genogram (dibuat oleh Nadia Rosmalia Dewi pada 11/4/2020)

Hubungan antar keluarga An. A dapat dilihat pada gambar berikut:



Keterangan:
==== : Hubungan Dekat
Gambar 2. Hubungan Antar Keluarga An.A (dibuat oleh Nadia Rosmalia Dewi pada 11/4/2020)

Pada pemeriksaan *family apgar score*, didapatkan skor total sebesar 8 dengan rincian *adaptation* (2), *partnership* (2), *growth* (1),

affection (1), dan *resolve* (2). Hal ini menunjukkan bahwa fungsi keluarga baik.

Rumah pasien di pemukiman yang padat, rumah permanen milik sendiri berada di kawasan padat berukuran 7x12 m². Dinding tembok, berlantai kramik, dan mempunyai jendela yang terdapat di bagian depan rumah dan kamar. Jendela berupa kaca tembus pandang gelap yang dapat dibuka dengan lubang udara di atasnya. Sinar matahari dapat masuk ke bagian depan rumah, penerangan dibantu lampu listrik biasa, ventilasi cukup, udara dapat masuk dengan cukup. Terdapat dua kamar tidur, satu ruangan bersantai yang difungsikan sebagai ruang tv sekaligus ruang tamu, satu dapur yang berlantaikan semen dan satu toilet dengan wc jongkok berada di dalam rumah dan satu ruang mencuci bersamaan dengan kamar mandi. Keadaan rumah secara keseluruhan terkesan kurang rapi dan kurang teratur. Pasien menjemur pakaian didepan rumahnya dan sebagian didalam rumahnya sehingga terkesan lembab dan berbau. Penerangan dan ventilasi cukup baik.

Pada kunjungan didapatkan kamar tempat tidur kurang terawat dan kurang bersih. Fasilitas dapur memasak menggunakan kompor gas. Air untuk minum dan memasak didapat dari air galon isi ulang. Saluran air dialirkan ke got di belakang rumah. Terdapat septik tank untuk pembuangan limbah dengan kedalaman 3 m. Jarak rumah dengan rumah lainnya tidak ada jarak. Denah rumah dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Denah Rumah An. A (dibuat oleh Nadia Rosmalia Dewi pada 11/4/2020)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penampilan normal, tampak sakit sedang, berat badan 53 kg, tinggi badan 164, IMT 19,70 (normal), tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 86x/menit, frekuensi nafas 19x/mnt, suhu 35,8°C. Pada status generalis, mata, telinga, hidung dan mulut dalam batas normal. Tenggorokan, leher juga dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen, paru dan jantung serta KGB dalam batas normal. Ekstremitas superior dextra et sinistra dalam batas normal. Ekstremitas inferior dextra et sinistra dalam batas normal.

Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan lesi kulit pada regio thorakalis posterior sinistra berupa papul dan vesikel dengan dasar eritematosa, multiple, milier-numular, bentuk bulat dan ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, unilateral. Setinggi T2-T5 Kesan gambaran *zosteriformis* dengan batas tegas. Selain itu, lesi kulit juga ditemukan pada regio aksilaris sinistra berupa papul, dan vesikel dengan dasar eritematosa multiple, milier-numular, bentuk bulat dan ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, unilateral setinggi T4- T5

Diagnosis holistik awal pada pasien terdiri dari empat aspek. Aspek personal yaitu alasan kedatangan: timbul bitnik kecil berisi air dengan dasar kemerahan sejak 1 hari; kekhawatiran: khawatir bitnik-bintik merah melebar dan menularkan orang lain; dan harapan: pasien berharap cepat sembuh dan rasa sakit tidak menetap dan penyakitnya tidak tumbuh kembali. Aspek klinis awal yaitu herpes zoster tanpa komplikasi (ICD X: B02.9). Aspek ketiga, risiko internal, yaitu: pasien belum mengetahui tentang penyakit yang dialami meliputi penyebab, gejala, faktor risiko, pengobatan, penularan dan komplikasi dari penyakit herpes zoster (ICD 10- Z55.9); kurangnya pengetahuan tentang kebersihan diri; faktor keturunan hipertensi dalam keluarga yaitu ayah pasien (ICD X: Z82.4); dan kurangnya aktifitas fisik pasien dikarenakan kebiasaan pasien yang suka bermain game online, pasien jarang berolahraga dan hanya suka bermain *game* di handphonenya, paspasien tidak pernah memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. (ICD 10-Z72.3). Aspek

keempat, faktor risiko eksternal: faktor sosial ekonomi yaitu pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari hanya mengandalkan pendapatan dari ayahnya; dan faktor lingkungan yaitu keadaan rumah dan lingkungan sekitar yang padat penduduk tidak cukup bersih. Pada aspek psikososial keluarga didapatkan bahwa kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien, kurangnya kesadaran terhadap pencegahan penyakit, kurangnya dukungan keluarga dalam mengingatkan pasien untuk tidak menggaruk lesi karena akan memperparah lesi dan menjadikan lesi terasa lebih gatal serta kurangnya kesadaran dalam menjaga kebersihan dalam rumah tangga. Berdasarkan diagnosis holistik awal tersebut, diketahui derajat fungsional: 1 (satu) yaitu mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit

Intervensi yang diberikan berupa pemberian medikamentosa dan non medikamentosa, edukasi tentang penyakit dan penggunaan obat yang tepat serta faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penularan penyakit, menjelaskan tentang kemungkinan resiko penyakit dapat terjadi pada anggota lain serta menjelaskan tentang komplikasi yang mungkin terjadi. Pada pasien dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk menggali tentang keluhan pasien. Kunjungan kedua untuk melengkapi data pasien dan intervensi dan kunjungan ketiga untuk melakukan evaluasi.

Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient centred* dan *family approach*. Puskesmas hanya melakukan intervensi *patient centered* farmakologi berupa *acyclovir* tablet 5 x 800 mg selama 7 hari, *paracetamol* tablet 3 x 500 mg, dan bedak *salicyl* 2% setelah mandi.

Intervensi *patient centered* berupa terapi nonfarmakologi, intervensi *family approach*, dan intervensi *community oriented* selanjutnya dilakukan di rumah pasien dengan *home visit*. Intervensi non farmakologi *patient centered* yang diberikan adalah: memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit herpes zoster, cara penularannya, komplikasi serta rencana tatalaksananya; menjelaskan kepada pasien bahwa penyakit yang diderita merupakan

penyakit yang dapat menular menjadi cacar air (varisela) pada orang lain yang belum pernah menderita penyakit serupa serta penyakit pasien dapat berulang kembali menjadi herpes zoster; memberikan motivasi kepada pasien untuk merawat luka herpes zoster dan menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan diri dalam menghindari infeksi sekunder pada lesi kulit herpes zoster; memberikan informasi dan motivasi mengenai perlunya menjaga kesehatan dengan olahraga, makan makanan bergizi dan memeriksakan diri rutin ke puskesmas untuk menghindari kejadian berulang; dan edukasi mengenai terapi pasien, dari lama pengobatan dan cara penggunaan obat dan menganjurkan untuk melakukan vaksinasi VZV, agar prognosis penyakit, serta pencegahan agar penyakit tidak berulang. Intervensi *family approach* yang diberikan adalah: memberikan informasi kepada keluarga pasien mengenai penyakit yang diderita pasien, cara penularan, komplikasi serta rencana tatalaksananya; meminta anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap konsumsi obat; meminta anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien untuk mengingatkan pasien untuk tidak menggaruk lesinya, dan memperbanyak interaksi dengan pasien agar pasien taat dalam pengobatan dan menuruti anjuran yang diberikan; dan edukasi kepada anggota keluarga untuk menjaga kebersihan rumah dan lingkungan sekitar, dengan rajin membersihkan rumah, membuka jendela agar cahaya matahari masuk, serta menjaga kebersihan pakaian dengan cara mencuci pakaian setelah 1 kali dipakai dan tidak menggunakan pakaian atau handuk secara bersamaan dengan pasien. Intervensi *community oriented* yang dilakukan adalah menyarankan pasien untuk mengikuti program posyandu remaja program baru dari puskesmas.

Setelah dilakukan intervensi, didapatkan diagnosis holistik akhir pasien pada aspek personal yaitu: keluhan timbul bintil bintil kecil yang berkumpul berisi air dengan dasar kemerahan terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih serta gatal sudah mulai hilang, lesi sudah mulai kering; kekhawatiran pasien sudah

berkurang, pasien khawatir keluhan muncul kembali; dan untuk saat ini keluhan sudah berkurang, harapan telah tercapai. Diagnosis aspek klinis yaitu herpes zoster tanpa komplikasi (ICD X: B02.9). Diagnosis holistik akhir aspek resiko Internal yaitu: pasien telah mengetahui tentang penyakit yang dialami meliputi penyebab, gejala, faktor risiko, pengobatan, penularan dan komplikasi dari penyakit herpes zoster; pasien telah mengerti tentang aspek menjaga kebersihan diri; pasien mengetahui dirinya memiliki resiko darah tinggi yang di turunkan oleh ayahnya; pasien sudah mulai berolahraga dan mau rutin untuk memeriksakan dirinya di layanan kesehatan; pasien memiliki keinginan untuk menjadi anggota posyandu remaja Puskesmas Kampung Sawah. Pada aspek risiko eksternal didapatkan bahwa keadaan rumah saat ini sudah cukup bersih rumah dan meskipun lingkungan sekitar yang padat penduduk masih kurang bersih. Diagnosis holistik akhir pada aspek psikososial keluarga yaitu: keluarga telah mengerti masalah kesehatan dan gejala yang dirasakan pasien; keluarga memiliki pengetahuan yang cukup mengenai penyakit yang diderita pasien, komplikasinya, penularannya dan cara pencegahan komplikasi lanjutan; keluarga mengetahui dan menjalankan pentingnya perilaku hidup sehat bagi personal dan keluarga dalam berumah tangga dengan menerapkan PHBS sesuai anjuran. Derajat fungsional akhir adalah: 1 (satu), yaitu mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah pasien remaja berusia 15 tahun yang mengalami bintil kecil yang berkumpul berisi air dengan dasar kemerahan pada punggung kiri belakang seukuran jarum pentul dan terdapat pula bintik yang serupa pada ketiak kiri bawah sejak sehari yang lalu dan terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih dan gatal. Pasien memiliki riwayat cacar air saat masih kecil dan terdapat riwayat teman pasien yang menderita cacar air lebih kurang seminggu lalu yang datang berkunjung setiap hari ke rumah pasien. Pasien meminjam baju seragam temanya yang terkena sakit cacar

tersebut. Pasien mengaku pernah menderita cacar air saat masih balita.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga sebanyak 3 kali, dimana kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 7 Maret 2020. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan terhadap pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis tentang keluarga dan perihal penyakit yang telah diderita serta kondisi keluarga. 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 ia derita. Pasien jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan terdekat serta jarang melakukan gerakan olahraga.

Penegakan diagnosis herpes zoster umumnya didasari atas gambaran klinis dengan penegakan diagnosis adalah dengan terdapatnya gejala prodromal berupa nyeri, distribusi yang khas dermatomal, adanya vesikel berkelompok atau dalam beberapa kasus ditemukan papul, beberapa kelompok lesi mengisi dermatom terutama dimana terdapat nervus sensorik, tidak ada riwayat ruam serupa pada distribusi yang sama (menyingkirkan herpes simpleks zosteriformis), dan nyeri serta allodinia (nyeri yang timbul dengan stimulus yang secara normal tidak menimbulkan nyeri) pada daerah ruam.^{9,10}

Herpes zoster biasanya diawali dengan gejala-gejala prodromal selama 2-4 hari, yaitu sistemik (demam, pusing, malaise), dan lokal (nyeri otot-tulang, gatal, pegal). Setelah itu akan timbul eritema yang berubah menjadi vesikel berkelompok dengan dasar kulit yang edema dan eritematosa. Vesikel tersebut berisi cairan jernih, kemudian menjadi keruh, dapat menjadi pustul dan krusta. Jika mengandung darah disebut sebagai herpes zoster hemoragik. Jika disertai dengan ulkus dengan sikatriks, menandakan infeksi sekunder.⁶

Herpes Zoster diinisiasi oleh virus Varisella Zoster dimana masa tunas dari virus ini sekitar 7-12 hari, masa aktif berupa lesi baru yang tetap timbul, berlangsung seminggu, dan masa resolusi berlangsung 1-2 minggu.

Pajanan infeksi pertama virus ini dapat menjadi cacar air atau Varisela. Varisela zoster mengalami reaktivasi, menyebabkan infeksi rekuren yang dikenal dengan nama herpes zoster.¹⁶

Selain gejala kulit, kelenjar getah bening regional juga dapat membesar. Penyakit ini lokalisasinya unilateral dan dermatomal sesuai persarafan. Saraf yang paling sering terkena adalah nervus trigeminal, fasialis, otikus, C3, T3, T5, L1, dan L2. Jika terkena saraf tepi jarang timbul kelainan motorik, sedangkan pada saraf pusat sering dapat timbul gangguan motorik akibat struktur anatomisnya. Gejala khas lainnya adalah hiperestesia pada daerah yang terkena.⁶

Pemeriksaan lab direkomendasikan bila lesi atipikal seperti lesi rekuren, dermatom yang terlibat multipel, lesi tampak krusta kronis atau nodul verukosa dan bila lesi pada area sakral sehingga diragukan patogennya virus varisela zoster atau herpes simpleks. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan adalah *Tzanck Test*, PCR yang berguna pada lesi krusta, imunofluoresensi direk dari spesimen lesi vesikular, dan kultur virus yang tidak efektif karena membutuhkan waktu 1-2 minggu.⁹

Pasien didiagnosis sebagai herpes zoster berdasarkan dari anamnesis gejala subjektif dan riwayat penyakit serta pemeriksaan fisik dan dermatologis. Penampakan lesi kulit pada herpes zoster cukup jelas sehingga diagnosis secara klinis biasanya akurat sehingga pemeriksaan penunjang untuk herpes zoster, yaitu *Tzanck test*, tidak dilakukan pada pasien ini karena diagnosis sudah dapat ditegakkan dengan data-data klinis yang ada.¹¹ Diagnosis banding bagi herpes zoster yaitu herpes simplex, impetigo, dermatitis kontak, *insect bites*, dermatitis *herpetiformis*, dan peyakit kulit akibat erupsi obat.^{12,13}

Prevalensi herpes zoster tidak dipengaruhi oleh ras, jenis kelamin, atau musim. Insiden penyakit ini meningkat sejalan dengan pertambahan usia dan jarang ditemukan pada anak-anak.^{2,3} Herpes zoster dapat terjadi pada anak yang memiliki riwayat infeksi primer intrauterin, kondisi imunokompromais, dan yang yang terinfeksi varisela pada tahun pertama kehidupannya.^{2,4,5}

Satu dari empat orang akan terkena herpes zoster dalam hidupnya, dan risiko ini meningkat setelah usia 50 tahun, dan mengenai satu dari 2 orang lanjut usia dengan herpes zoster.^{8,9}

Pasien dengan herpes zoster mendapatkan terapi antiviral, dan analgetik. Terapi antiviral yang digunakan adalah *acyclovir* (800 mg, 5x sehari selama 7 hari), *valacyclovir* (1000 mg setiap 8 jam), dan *famciclovir* (500 mg setiap 8 jam). Meski efektivitasnya dalam mencegah NPH masih kontroversial, namun semua obat antiviral tersebut dapat menurunkan insidensi munculnya lesi baru secara signifikan dan mempercepat penyembuhan dan resolusi nyeri akut yang dikeluhkan oleh pasien.⁶

Pemberian kortikosteroid oral masih sering di lakukan namun hasil beragam dari berbagai penelitian menyebabkan kontroversi dalam penggunaannya. Dalam beberapa penelitian menyebut bahwa penggunaan kortikosteroid dalam mencegah NPH tidak banyak bermanfaat serta risiko komplikasi terapi kortikosteroid yang lebih berat sehingga tidak diberikannya terapi kortikosteroid pada pasien.⁶

Pemberian analgetik membantu meringankan nyeri akut. Obat anti inflamasi nonsteroid (OAINS) maupun analgetik nonopioid memberikan respon baik. Pada pasien diberikan paracetamol untuk mengambil manfaat dari analgetik dan antipiretiknya sehingga dapat meringankan dua gejala sekaligus yang dialami pasien meringankan.⁶

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 11 Maret 2020. Tujuan kunjungan adalah untuk melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media presentasi poster dan leaflet dalam membantu pasien dalam mengadopsi perilaku baru. Pertama adalah membangun *awareness* (kesadaran) yaitu menyadari stimulus tersebut dan mulai tertarik (*interest*). Selanjutnya, orang tersebut akan menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut (*evaluation*) dan mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh stimulus (*trial*). Selanjutnya pada tahap akhir adalah *adoption*,

berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya.¹⁵

Tujuan penatalaksanaan herpes zoster adalah mempercepat proses penyembuhan, mengurangi keparahan dan durasi nyeri akut dan kronik, serta mengurangi risiko komplikasi. Pada kunjungan kedua, pasien diberikan pemahaman mengenai penyakitnya mulai dari penyebab, faktor risiko, gejala, komplikasi hingga penatalaksanaan dan perawatan. Sebagai edukasi pasien juga diingatkan untuk menjaga kebersihan lesi agar tidak terjadi infeksi sekunder. Diberikan konseling mengenai larangan menggaruk karena garukan dapat menyebabkan lesi lebih sulit untuk sembuh atau terbentuk skar jaringan parut, serta berisiko terjadi infeksi sekunder. Pentingnya konsumsi obat secara teratur dan menjaga kebersihan diri.

Pada kunjungan kedua, intervensi yang diberikan pada pasien adalah pemberian terapi medikamentosa berupa Acyclovir tablet 5x800mg selama 7 hari, Paracetamol 3x500mg, bedak salicyl 2% setelah mandi yang hanya diberikan pada papul dan vesikel yang belum pecah. Pasien herpes zoster mendapatkan terapi antiviral dan analgetik. Terapi antiviral yang digunakan adalah *acyclovir* (800mg, 5x sehari selama 7 hari), *valacyclovir* (1000 mg setiap 8 jam), dan *famciclovir* (500 mg setiap 8 jam). Semua obat antiviral tersebut dapat menurunkan insidensi munculnya formasi lesi baru secara signifikan dan mempercepat penyembuhan dan resolusi nyeri akut yang dikeluhkan oleh pasien.⁶ Pada pasien diberikan paracetamol untuk mengambil manfaat dari analgetik dan antipiretiknya sehingga dapat meringankan dua gejala yang dialami pasien sekaligus.⁶

Adapun terapi non medikamentosa yang dilakukan pada pasien adalah melakukan konseling edukasi melalui media leaflet dan poster kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit herpes zoster, penularan, komplikasi serta rencana tatalaksananya, melakukan konseling kepada pasien bahwa penyakit yang diderita merupakan penyakit yang dapat menular menjadi cacar air (varisela) pada orang lain yang belum pernah menderita penyakit serupa serta penyakit pasien dapat berulang kembali menjadi

herpes zoster, memberikan konseling dan motivasi kepada pasien untuk merawat luka herpes zoster dan menjaga kebersihan diri untuk menghindari infeksi sekunder pada lesi kulit herpes zoster, memberikan konseling dan motivasi mengenai perlunya menjaga kesehatan dan melakukan perilaku hidup bersih dan sehat menerapkan perilaku ber PHBS dengan menjaga kebersihan, olahraga, makan makanan bergizi dan memeriksakan diri rutin ke puskesmas untuk menghindari berulang kembalinya penyakit dan timbulnya komplikasi, serta memberikan saran kepada pasien untuk melakukan vaksinasi VZV agar tidak terjadi keluhan berulang.

Selanjutnya meluruskan persepsi yang salah dari pasien dengan menganjurkan pasien untuk tetap mandi. Pasien juga diberikan konseling mengenai pentingnya melakukan aktifitas fisik dan melakukan pengecekan kesehatan berkala dengan mengikuti kegiatan kegiatan pelayanan kesehatan yang rutin dilakukan di posyandu remaja.^{6, 16}

Kunjungan ketiga dilakukan satu minggu setelah kunjungan kedua yaitu tanggal 20 Maret 2020. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi terhadap kondisi pasien saat ini dan pemeriksaan fisik. Evaluasi dilakukan dengan menanyakan beberapa informasi mengenai pentingnya berperilaku hidup sehat dan aktifitas apa yang dilakukan pasien serta menanyakan tentang pengobatan pasien, dan meminta pasien dan keluarganya untuk mengisi kuisioner berisikan pertanyaan mengenai penyakit dan faktor risiko serta apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien yang berhubungan dengan penyakit pasien untuk mengevaluasi pengetahuan pasien dan keluarga yang sebelumnya telah di edukasi.

Pasien dan keluarga menjawab beberapa pertanyaan di kuisioner dengan baik dan benar meskipun untuk faktor pencegahan masih terdapat jawaban yang salah. Pasien juga mengaku sudah tidak gatal dan nyeri namun bekas luka belum hilang. Pasien juga mengaku mengkonsumsi obat yang diberikan sebelumnya secara teratur. Pasien mengatakan mulai mendaftarkan diri sebagai anggota posyandu remaja yang ada di Puskesmas Kampung Sawah dan pasien

mengatakan muali rutin berolahraga bermain sepakbola dengan temanya. Pada pemeriksaan fisik didapat lesi yang telah mengering pada bagian yang sebelumnya pustul dan vesikel.

Terlihat dari keadaan rumahnya saat kunjungan yang ketiga berbeda dengan kunjungan pertama rumah terlihat rapih dan teratur serta ibu pasien mengatakan keluarganya telah melaksanakan anjuran anjuran perilaku hidup sehat dalam rumah tangga sesuai edukasi yang diberikan.

Simpulan

Pada kasus ini, didapatkan pasien dengan masalah kesehatan yaitu remaja usia 15 tahun dengan herpes zoster tanpa komplikasi dengan pengetahuan tentang penyakit yang kurang dan gaya hidup yang belum baik Pada pasien, telah dilakukan penatalaksanaan secara holistik dan komperhensif pada pasien dengan *patient centered, family focused* dan *community oriented* Pada pasien dan kelaurga diberikan edukasi mengenai penyakitnya dan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat serta pentingnya melakukan pengecekan kesehatan di pelayanan kesehatan .

Daftar Pustaka

1. Straus, SE. Oxman, MN. Schmader, KE. Chapter 194-Varicella and Herpes Zoster. In: Wolff K. Goldsmith, LA. Katz, SI. Gilchrest, BA. Paller, AS. Leffell, DJ. Editor. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine 7th Edition Vol. 1 & 2. New York. McGraw-Hill. 2008:1885.
2. Mancini AJ, Wargon O. Viral infections. In: Schachner LA, Hansen RC. Pediatric Dermatology (4th ed). Philadelphia: Elsevier; 2011:1425-69.
3. Schmader KE, Oxman MN. Varicella and herpes zoster. In: Goldsmith A, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (8th ed). New York: Mc Graw-Hill; 2012:2383-401.
4. Malik LM, Azfar NA, Khan AR, Hussain I, Jahangir M. Herpes zoster in children. JPAD. 2013;23(3):2267-71.
5. SAGE. Herpes zoster vaccines. SAGE Working Group on Varicella and Herpes Zoster Vaccines; 2014.
6. Puspongoro, Erdina HD. Penyakit virus. In: Sri Liwunih, Kusmarinah B, Wresti I, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi ketujuh. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
7. Puspongoro, Erdina HD. Nilasari, H. Luminatang, H. Buku Panduan Herpes Zoster Di Indonesia 2014. Jakarta : FK UI; 2014.
8. Cermin Dunia Kedokteran Gabapentin Sekali Sehari untuk Neuralgia Pasca Herpes Zoster. 2012;38(3):230.
9. Sampathkumar P, Drage LA. Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. Mayo Clin Proc. 2009;84(3): 274-80.
10. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M. Recommendations for the management of herpes zoster. Clinical Infection Disease Journal. 2007; 44:1-21.
11. Gnann JW & Whitley RJ. Herpes zoster. NEJM. 2002; 347(10):340-6
12. Gagliardi AMZ, Silva BNG. Vaccines for preventing herpes zoster in older adults. Sao Paulo Med J. 2014; 132(4):255.
13. Espy MJ, Teo R. Diagnosis of varicella zoster virus by Light Cyler PCR. J Clin Microbiol. 2000;38(9):3187-89.
14. Notoatmojo S.Prinsip-prinsip dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta:PT Rineka Cipta;1997:95-133.
15. Himal Lal MD,Nthony L, Cunningham et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine of Medicine. 2015 ;372(22):2087-96.