# Penatalaksanaan Herpes Zoster pada Pasien Wanita Usia Produktif : Sebuah Laporan Kasus

**Arfa Salma Firnandya[1], Reni Zuraida[2]**
[1]Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
[2]Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

**Abstrak**

Herpes zoster merupakan penyakit akibat reaktivasi *Varicella-zoster virus* (VZV) yang menetap laten pada ganglion saraf setelah infeksi primer varisela. Meskipun lebih sering ditemukan pada usia lanjut, herpes zoster juga dapat terjadi pada usia produktif yang memiliki faktor risiko seperti stres psikologis, kurang tidur, dan gaya hidup tidak sehat. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan penatalaksanaan komprehensif herpes zoster pada wanita usia produktif. Seorang wanita berusia 19 tahun datang dengan keluhan bintil berisi cairan pada regio lumbalis posterior dekstra yang disertai nyeri, rasa panas, dan gatal sejak empat hari sebelum pemeriksaan. Pemeriksaan status lokalis menunjukkan vesikel-bula multipel dengan dasar eritematosa, pola herpetiformis, distribusi unilateral. Pasien memiliki riwayat varisela pada masa kanak-kanak, stres akademik tinggi, kebiasaan begadang, aktivitas fisik yang rendah, dan pola makan kurang seimbang. Diagnosis klinis ditegakkan sebagai herpes zoster regio lumbalis posterior dekstra. Terapi farmakologis berupa asiklovir oral 5×800 mg, asiklovir krim 5%, parasetamol, setirizin, dan vitamin C diberikan selama tujuh hari. Intervensi nonfarmakologis meliputi edukasi penyakit, manajemen stres, perbaikan pola tidur, aktivitas fisik, gizi seimbang, serta dukungan keluarga. Evaluasi menunjukkan perbaikan klinis berupa berkurangnya nyeri, gatal, dan rasa panas, lesi mulai mengering tanpa lesi baru, serta peningkatan pengetahuan dan perilaku kesehatan pasien. Penatalaksanaan komprehensif yang mengombinasikan terapi antivirus, edukasi, modifikasi gaya hidup, dan dukungan keluarga memberikan hasil klinis yang baik pada pasien herpes zoster usia produktif serta berpotensi mencegah komplikasi dan kekambuhan.

**Kata kunci:** Dewasa muda, herpes zoster, penatalaksanaan

# Management of Herpes Zoster in a Productive Age Female Patient: A Case Report

**Abstract**

Herpes zoster is caused by the reactivation of latent *Varicella-zoster virus* (VZV) following primary varicella infection. Although it is more common among older adults, it may also occur in productive-age individuals with risk factors such as psychological stress, sleep deprivation, and unhealthy lifestyles. This case report describes the comprehensive management of herpes zoster in a productive-age woman. A 19-year-old woman presented with painful, pruritic, and burning vesicular eruptions on the right posterior lumbar region for four days. Dermatological examination revealed multiple erythematous vesiculobullous lesions with a unilateral dermatomal distribution. The patient had a history of childhood varicella, high academic stress, inadequate sleep, low physical activity, and poor dietary habits. A clinical diagnosis of herpes zoster of the right posterior lumbar region was established. The patient received oral acyclovir 800 mg five times daily, topical acyclovir 5%, paracetamol, cetirizine, and vitamin C for seven days. Non-pharmacological interventions included education regarding the disease, stress management, sleep improvement, physical activity, balanced nutrition, and family support. Follow-up evaluation demonstrated reduced pain, pruritus, and burning sensation, drying of lesions without new eruptions, and improved knowledge and health-related behaviors. A comprehensive approach integrating antiviral therapy, patient education, lifestyle modification, and family support resulted in favorable clinical outcomes and may help prevent complications and recurrence in productive-age patients with herpes zoster.

**Keywords**: Herpes zoster, treatment, young adult

Korespondensi: Arfa Salma Firnandya, alamat Jl. Turunan Pemuka, Rajabasa, Bandarlampung, HP 081264091736, e-mail salma040715@gmail.com

## Pendahuluan

Varisela-zoster virus merupakan virus dari famili *Herpesviridae* yang sangat mudah menular. Setelah infeksi primer, virus dapat menetap secara laten di ganglia saraf dan mengalami reaktivasi pada sekitar 10-20% individu sehingga menyebabkan herpes zoster.[1] Meskipun herpes zoster umumnya dikaitkan dengan usia lanjut, penyakit ini tetap menjadi masalah kesehatan karena beban penyakit dan biaya pengobatan yang tinggi serta masih menunjukkan peningkatan jumlah kasus secara global.[2,3]

Di kawasan Asia Pasifik, insidensi herpes zoster diperkirakan mencapai 3–10 kasus per 1.000 penduduk setiap tahun, dengan sebagian kasus berkembang menjadi komplikasi seperti *post-herpetic neuralgia* (PHN).[4,5] Di

Indonesia, insidensi herpes zoster meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada kelompok usia 45–64 tahun, dengan angka kejadian lebih tinggi pada wanita.[6] Data peserta JKN tahun 2015–2022 juga menunjukkan terdapat 28 kasus herpes zoster per 10.000 peserta di fasilitas pelayanan kesehatan primer, dengan angka kejadian tertinggi ditemukan di beberapa provinsi, termasuk Yogyakarta, Bali, Jawa Tengah, Sumatera Selatan, Jawa Timur, Sumatera Barat, Gorontalo, Riau, dan DKI Jakarta.[7]

Meskipun lebih sering terjadi pada usia lanjut, herpes zoster pada dewasa muda tetap memiliki makna klinis karena masih ditemukan insidensi sebesar 1,2–3,4 kasus per 1.000 orang setiap tahun.[8,9] Data prevalensi spesifik di Provinsi Lampung masih terbatas, namun peningkatan insidensi secara kumulatif pada wanita serta angka mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan pria menunjukkan bahwa penyakit ini tetap memerlukan perhatian.[10,11] Oleh karena itu, laporan kasus herpes zoster pada pasien berusia 19 tahun ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai manifestasi klinis, tata laksana, dan luaran penyakit pada kelompok usia yang relatif jarang terdampak.

**Kasus**

Pasien seorang perempuan berusia 19 tahun, seorang mahasiswa, datang dengan keluhan utama munculnya bintil-bintil berisi air pada pinggang bawah sebelah kanan yang disertai rasa gatal, nyeri, dan panas sejak 4 hari sebelum pemeriksaan. Awalnya, bintil berjumlah sekitar 3 buah berukuran kecil muncul mendadak saat pasien bangun tidur di pagi hari kemudian bertambah banyak pada hari-hari berikutnya. Keluhan dirasakan terus-menerus sepanjang hari dan dirasakan semakin memberat dari hari ke hari. Keluhan juga disertai kemerahan pada bagian lesi dan demam hilang timbul sejak hari kedua terutama sore dan malam hari. Tidak ada keluhan serupa pada area tubuh lain dan tidak disertai dengan sisik.

Keluhan dirasakan semakin mengganggu seiring bertambah banyaknya bintil terutama saat beraktivitas. Akibatnya, pasien terkadang menggaruk lesi tanpa disadari. Pasien menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri tajam dan seperti ditarik, terlokalisasi hanya pada area lesi, tidak menjalar ke bagian tubuh lain, dengan skala nyeri mencapai 8 dari 10. Pasien menyangkal adanya keluhan mual, muntah, nyeri perut, nyeri kepala, nyeri otot, gangguan buang air kecil maupun buang air besar, serta tidak terdapat keluhan sesak napas.

Pasien menyangkal adanya riwayat menyentuh sesuatu, riwayat makanan tertentu, riwayat terkena serangga atau pun riwayat berpergian ke suatu tempat sebelum munculnya keluhan. Keluhan baru pertama kali dirasakan dan pasien memiliki riwayat cacar air pada saat TK. Riwayat penyakit kronis, penyakit paru, dan operasi disangkal. Riwayat penyakit dan keluhan serupa pada keluarga disangkal.

Selama sakit, pasien tetap menjalani aktivitas kuliah seperti biasa dengan jadwal perkuliahan dari pukul 06.20 hingga 13.00, meskipun keluhan dirasakan cukup mengganggu konsentrasi dan kenyamanan. Pasien merupakan seorang mahasiswa yang saat ini sedang menjalani ujian akhir semester, dengan beban akademik yang dirasakan cukup berat. Berdasarkan hasil anamnesis, pasien mengeluhkan beban akademik yang dirasakan berat, disertai kesulitan mengatur waktu belajar dan istirahat sehingga pasien merasa mengalami stres selama satu bulan terakhir. Penilaian ini didasarkan pada persepsi subjektif pasien dan tidak menggunakan instrumen penilaian stres yang tervalidasi.

Pasien biasanya tidur sekitar pukul 01.00 dini hari dan bangun pukul 04.00-05.00 pagi, sehingga waktu tidur hanya sekitar 3-4 jam per hari, jauh lebih singkat dibandingkan kebiasaan tidur sebelumnya. Kecukupan gizi pasien cukup. Pasien sehari-hari biasanya mengkonsumsi air putih sebanyak 1L. Makanan yang sering di konsumsi adalah mie, tahu tempe, telur, dengan porsi nasi 1 centong dalam satu piring. Pasien kurang konsumsi makanan seperti ayam dan ikan, buah-buahan, maupun sayur-sayuran. Pasien juga menyatakan jarang berolahraga.

Pengetahuan pasien dan keluarga mengenai kesehatan kurang cukup dimana pasien dan keluarga hanya berobat ketika keluhan penyakit dirasa sudah mengganggu aktivitas sehari-hari dan tidak memiliki kartu BPJS. Pasien juga merupakan seorang anak rantau yang tinggal jauh dari orang tua.

**Pemeriksaan Fisik**

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit sedang; kesadaran penuh (*composmentis*); frekuensi nadi: 85x/menit; frekuensi napas: 20x/menit; tekanan darah: 100/70 mmHg; suhu tubuh: 36.8 C; berat badan 42 kg; tinggi badan 150 cm; IMT: 18.66 kg/m2, dimana status gizi pasien masuk kedalam kategori normal.

**Status Generalis**

Pada pemeriksaan kepala seperti rambut hitam dan tidak mudah dicabut, mata didapatkan konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik. Telinga, hidung, dan mulut kesan dalam batas normal. Leher, tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening.

**Status Lokalis**

**Gambar 1.** Lesi Kulit Pasien

Pada regio lumbalis posterior dextra, tampak vesikel-bula dengan dasar eritematosa, berbatas tegas, tepi tidak rata, jumlah multipel, berbentuk pola herpetiformis, konfluens, sebagian diskret, ukuran milier-numular, distribusi unilateral.

**Pembahasan**

Studi kasus ini dilakukan pada Nn.T usia 19 tahun dengan diagnosis Herpes zoster regio lumbalis posterior dextra. Diagnosis herpes zoster pada pasien ini ditegakkan secara klinis berdasarkan adanya nyeri prodromal yang diikuti munculnya vesikel berkelompok di atas dasar eritematosa dengan distribusi unilateral sesuai dermatom. Gambaran klinis tersebut merupakan karakteristik khas herpes zoster sehingga pada pasien imunokompeten dengan manifestasi tipikal pemeriksaan penunjang umumnya tidak diperlukan.[1]

Diagnosis herpes zoster pada pasien ini ditegakkan berdasarkan kombinasi gejala prodromal berupa nyeri neuropatik, rasa terbakar, dan pruritus yang diikuti munculnya vesikel berkelompok pada dasar eritematosa dengan distribusi unilateral sesuai dermatom. Diagnosis herpes zoster pada sebagian besar kasus dapat ditegakkan secara klinis berdasarkan morfologi lesi dan distribusi dermatom tanpa memerlukan pemeriksaan laboratorium pada pasien imunokompeten. Diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan meliputi herpes simpleks, dermatitis kontak, impetigo bulosa, folikulitis, dan scabies karena beberapa penyakit tersebut dapat memberikan gambaran vesikular yang menyerupai herpes zoster, namun umumnya tidak menunjukkan distribusi dermatom maupun nyeri neuropatik yang khas.[11]

Herpes zoster merupakan manifestasi reaktivasi *Varicella-zoster virus* (VZV) yang menetap secara laten di ganglion akar dorsalis setelah infeksi primer berupa varisela. Pada individu dengan sistem imun yang baik, virus dipertahankan dalam keadaan laten oleh imunitas seluler yang dimediasi limfosit T. Apabila terjadi penurunan imunitas seluler, VZV akan bereaktivasi, bereplikasi di ganglion sensorik, kemudian bermigrasi melalui serabut saraf sensorik menuju kulit sehingga menimbulkan inflamasi saraf, nyeri neuropatik, dan lesi vesikular unilateral sesuai distribusi dermatom. Mekanisme inilah yang menjelaskan munculnya nyeri prodromal beberapa hari sebelum timbulnya ruam kulit yang merupakan karakteristik khas herpes zoster. [12]

Penatalaksanaan secara komprehensif diperlukan karena herpes zoster tidak hanya merupakan manifestasi infeksi virus, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh kondisi imunitas, stres psikologis, perilaku kesehatan, serta dukungan lingkungan sosial pasien. Pada usia produktif, herpes zoster dapat berdampak signifikan terhadap kualitas hidup dan fungsi sehari-hari. Terapi antivirus sistemik merupakan tata laksana utama pada herpes zoster karena mampu menghambat replikasi *Varicella-zoster virus* (VZV), mempercepat pembentukan krusta, mengurangi munculnya lesi baru, mempercepat penyembuhan lesi, serta menurunkan durasi dan intensitas nyeri

apabila diberikan dalam waktu 72 jam sejak onset ruam.

Pada kasus ini, pasien mendapatkan asiklovir oral 800 mg lima kali sehari selama tujuh hari sesuai rekomendasi terapi standar. Selain terapi sistemik, pasien juga diberikan krim asiklovir 5% sebagai terapi tambahan (adjuvan). Namun, bukti ilmiah menunjukkan bahwa manfaat antivirus topikal pada herpes zoster relatif terbatas karena penetrasi obat ke ganglion saraf tempat replikasi virus berlangsung sangat rendah sehingga tidak mampu menggantikan efektivitas antivirus sistemik. Oleh karena itu, pemberian asiklovir topikal pada kasus ini lebih ditujukan untuk membantu memberikan kenyamanan lokal pada lesi, sedangkan perbaikan klinis terutama dikaitkan dengan pemberian antivirus oral yang merupakan terapi utama herpes zoster.[12,13]

Herpes zoster merupakan penyakit yang disebabkan oleh reaktivasi virus varicella-zoster (VZV) yang sebelumnya menginfeksi secara laten setelah infeksi primer berupa varisela (cacar air). Dalam kondisi normal, VZV tetap berada dalam ganglion saraf sensorik setelah infeksi primer dan tidak aktif. Ketika imunitas seluler menurun, virus ini dapat bereaktivasi dan bermigrasi sepanjang serabut saraf perifer menuju kulit, menyebabkan lesi vesikel dermatomal unilateral yang khas dan nyeri neuropatik.[13] Beberapa faktor risiko telah diidentifikasi dalam patogenesis herpes zoster. Selain usia lanjut dan kondisi imunosupresif, faktor psikososial seperti stres berat dan gangguan tidur dan gizi yang tidak seimbang dapat memengaruhi fungsi dan daya tahan tubuh serta meningkatkan risiko reaktivasi VZV pada kelompok usia dewasa muda.[14]

Pasien dengan herpes zoster memerlukan perhatian khusus, karena penyakit ini tidak hanya berkaitan dengan aspek biologis, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor psikologis, perilaku kesehatan, dan lingkungan sosial. Persepsi pasien yang menganggap herpes zoster sebagai penyakit kulit biasa dapat menyebabkan keterlambatan pencarian pengobatan dan meningkatkan risiko komplikasi. Oleh karena itu, pendekatan secara komprehensif penting untuk meningkatkan pemahaman pasien, mendorong perubahan perilaku hidup sehat, serta mencegah kekambuhan dan dampak jangka panjang penyakit.[14]

Dari hasil anamnesis, didapatkan kesimpulan daftar masalah yang dialami pasien berupa keluhan nyeri, rasa panas, dan gatal disertai munculnya lesi kulit berupa vesikel berkelompok pada regio lumbalis posterior dextra. Keluhan tersebut dirasakan cukup mengganggu aktivitas sehari-hari dan konsentrasi belajar pasien. Pasien memiliki kekhawatiran bahwa keluhan yang dialaminya akan bertambah parah, menular, atau kambuh kembali di kemudian hari, serta berharap keluhannya dapat segera membaik sehingga tidak mengganggu aktivitas perkuliahan. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan temuan status lokalis, pasien didiagnosis secara klinis sebagai herpes zoster regio lumbalis posterior dextra.

Pasien memiliki beberapa faktor risiko berupa riwayat varisela pada masa kanak-kanak, stres akademik yang tinggi, pola tidur yang tidak adekuat akibat kebiasaan begadang, kurangnya aktivitas fisik, serta asupan gizi yang belum seimbang berdasarkan hasil *food* recall 24 jam. Dari aspek sosial, dukungan keluarga belum optimal karena pasien tinggal terpisah dari orang tua dan memiliki keterbatasan akses pelayanan kesehatan karena belum terdaftar sebagai peserta aktif BPJS Kesehatan.

Berdasarkan daftar permasalahan tersebut, intervensi direncanakan dan diimplementasikan secara komprehensif meliputi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis sesuai dengan tabel intervensi pasien. Pengetahuan pasien dievaluasi menggunakan kuesioner pre-test dan post-test yang disusun oleh penulis berdasarkan materi edukasi mengenai herpes zoster. Kuesioner terdiri atas 10 pertanyaan pilihan ganda yang mencakup pengertian penyakit, faktor risiko, tanda dan gejala, pengobatan, pencegahan, serta perawatan lesi. Skor dihitung berdasarkan jumlah jawaban benar dan dinyatakan dalam persentase.

Intervensi nonfarmakologis dilakukan melalui edukasi yang mencakup: 1) pengertian, penyebab, mekanisme terjadinya, pengobatan, dan pencegahan herpes zoster; 2) tanda bahaya dan komplikasi herpes zoster; 3) hubungan stres akademik dengan penurunan daya tahan tubuh dan reaktivasi virus varicella zoster; 4) manajemen stres melalui pengaturan waktu belajar dan tidur yang cukup; 5)

pentingnya aktivitas fisik; 6) keseimbangan asupan gizi sesuai kebutuhan pasien; 7) pentingnya kepatuhan minum obat serta menghindari pengobatan alternatif yang tidak terkontrol; dan 8) edukasi kepada anggota keluarga mengenai dukungan psikososial dan perawatan pasien. Materi edukasi disajikan dalam bentuk *power point*.

Intervensi farmakologis yang diberikan kepada pasien meliputi acyclovir tablet dosis 5×800 mg selama 7 hari, acyclovir krim 5% yang dioleskan 3×1 sehari hingga lesi mengering selama 7 hari, paracetamol 3×500 mg bila nyeri atau demam, cetirizine 1×10 mg bila gatal, serta vitamin C 500 mg per hari sebagai penunjang daya tahan tubuh. Pasien juga diberikan edukasi mengenai perawatan lesi dan kebersihan diri serta lingkungan untuk mendukung proses penyembuhan dan mencegah infeksi sekunder.[14]

Setelah dilakukan intervensi, dilakukan evaluasi. Dari hasil evaluasi dapat disimpulkan bahwa nyeri, rasa panas, dan gatal pada pasien berkurang, dimana terdapat penurunan intensitas nyeri dari 8/10 menjadi 2/10 menggunakan skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS). lesi kulit mulai mengering, serta tidak ditemukan lesi baru. Kondisi umum pasien membaik dan pasien dapat kembali mengikuti aktivitas perkuliahan dengan lebih nyaman. Pengetahuan pasien mengenai herpes zoster, faktor pencetus, pengobatan, pencegahan, serta tanda bahaya meningkat, yang ditunjukkan oleh peningkatan skor pre-test dan post-test dari 60% menjadi 100%.

**Gambar 2**. Evaluasi Lesi Kulit Pasien Setelah Intervensi

Dari aspek psikologis dan perilaku, pasien menunjukkan perbaikan terkait stres akademik dan pola hidup. Sebelum intervensi, pasien mengalami stres akademik tinggi dan memiliki kebiasaan begadang dengan durasi tidur hanya sekitar 3-4 jam per hari. Setelah intervensi, pasien melaporkan stres yang dirasakan berkurang, pola tidur menjadi lebih teratur dengan durasi 6-8 jam per hari, serta tidak ditemukan perburukan atau munculnya lesi baru. Selain itu, pasien mulai melakukan aktivitas fisik ringan berupa olahraga sederhana selama ±15 menit per hari.

Berdasarkan hasil *food recall* 24 jam sebelum intervensi, didapatkan Tingkat Kecukupan Gizi (TKG) energi sebesar 69%, karbohidrat 75%, dan protein 44% yang termasuk kategori kurang. Setelah dilakukan edukasi gizi dan pendampingan, hasil *food recall* 24 jam pasca intervensi menunjukkan peningkatan asupan dengan TKG energi menjadi 84%, karbohidrat 91%, dan protein 86%. Hal ini menandakan adanya perbaikan pola makan pasien menuju gizi yang lebih seimbang, yang berperan penting dalam mendukung daya tahan tubuh dan proses penyembuhan.

Terkait perilaku pencarian pengobatan, sebelum intervensi pasien cenderung melakukan pengobatan alternatif berupa penggunaan lidah buaya atau obat herbal tanpa pemahaman yang adekuat mengenai penyakit yang diderita. Setelah diberikan edukasi, pasien sudah memahami pentingnya terapi medis yang tepat dan menunjukkan kepatuhan dengan mengonsumsi obat sesuai aturan hingga tuntas tanpa menghentikan terapi sebelum waktunya.

Dari aspek sosial, setelah dilakukan edukasi keluarga, kakak pasien menunjukkan peningkatan pemahaman mengenai penyakit yang diderita pasien dan keluarga menjadi lebih aktif dalam memberikan dukungan, termasuk merencanakan kunjungan lebih rutin. Selain itu, pemahaman pasien dan keluarga mengenai akses pelayanan kesehatan juga meningkat. Setelah dilakukan promosi kesehatan, pasien dan keluarga menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap layanan kesehatan formal serta menyatakan komitmen untuk mendaftarkan diri sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Secara keseluruhan, pasien menunjukkan perbaikan klinis berupa penurunan nyeri, tidak muncul lesi baru, serta mulai terbentuknya krusta setelah mendapatkan terapi. Perbaikan tersebut kemungkinan besar dipengaruhi oleh pemberian antivirus sistemik sesuai

rekomendasi tata laksana herpes zoster. Intervensi nonfarmakologis berupa edukasi, perbaikan pola tidur, peningkatan aktivitas fisik, serta perbaikan pola makan diperkirakan memberikan manfaat dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pasien selama masa penyembuhan. Namun, pada laporan kasus ini kontribusi masing-masing intervensi terhadap perbaikan klinis tidak dapat dipisahkan secara objektif karena seluruh intervensi diberikan secara bersamaan.

Laporan kasus ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan hasil. Faktor stres akademik pada kasus ini diperoleh berdasarkan anamnesis tanpa menggunakan instrumen penilaian psikologis yang tervalidasi sehingga besarnya tingkat stres tidak dapat diukur secara objektif.Diagnosis herpes zoster pada pasien ditegakkan berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis yang khas tanpa konfirmasi virologis menggunakan *polymerase chain reaction* (PCR) atau pemeriksaan laboratorium spesifik lainnya.

Selain itu, pada pasien usia muda ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang untuk mengevaluasi kemungkinan kondisi imunodefisiensi yang mendasari, seperti pemeriksaan hematologi rutin, kadar glukosa darah, maupun skrining *Human Immunodeficiency Viru*s (HIV), sehingga penyebab predisposisi yang mendasari reaktivasi Varicella-zoster virus belum dapat disingkirkan secara menyeluruh. Meskipun demikian, berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak ditemukan tanda klinis yang mengarah pada kondisi imunodefisiensi berat.

Evaluasi hasil terapi pada laporan kasus ini juga masih terbatas pada luaran klinis jangka pendek sehingga belum dapat menggambarkan keberhasilan terapi secara menyeluruh. Tindak lanjut jangka panjang untuk menilai kemungkinan terjadinya kekambuhan maupun komplikasi berupa *postherpetic neuralgia* (PHN) belum dilakukan. Oleh karena itu, penelitian atau laporan kasus selanjutnya diharapkan dapat melengkapi evaluasi dengan pemeriksaan penunjang yang sesuai, konfirmasi virologis bila diperlukan, serta follow-up jangka panjang untuk memberikan gambaran luaran klinis yang lebih komprehensif.[1,15]

**Simpulan**

Laporan kasus ini menunjukkan bahwa herpes zoster dapat terjadi pada usia produktif dengan adanya beberapa faktor yang diduga berkontribusi terhadap penurunan imunitas. Meskipun hubungan kausal tidak dapat dipastikan dari satu laporan kasus, penatalaksanaan komprehensif yang meliputi terapi antivirus, edukasi kesehatan, modifikasi gaya hidup, dan dukungan keluarga memberikan luaran klinis yang baik pada pasien.

**Daftar Pustaka**


1. World Health Organization. (2025). Shingles (herpes zoster*)*. WHO. Diambil dari https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-zoster-(shingles).
2. Harvey, M., Prosser, L. A., Rose, A. M., *et al*. (2020). Aggregate health and economic burden of herpes zoster in the United States: illustrative example of a pain condition. Pain, 161, 361–368.
3. Wu, Z., Wei, J., Xu, W., Wu, J., & Jiang, M. (2025). Global burden of varicella and herpes zoster across 204 countries, 1990–2021: a temporal trend analysis in the era of the COVID-19 pandemic and projections to 2036. Frontiers in Public Health, 13.
4. Chen, J., Abrahamson, P. E., Ke, Y., Chin Rong Ong, Parikh, R., & Sumitra Shantakumar. (2024). A systematic literature review of the epidemiology and burden of herpes zoster in selected locales in Asia Pacific. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 20(1).
5. Han, R., San, M.P., Ahmed, N., Guzman-Holst, A., Mohy, A., Pinto, T., *et al.* (2024). Modelling the Public Health Burden of Herpes Zoster and the Impact of Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine in Five Selected Countries in Southeast Asia. Infectious Diseases and Therapy.
6. Sari, D., & None Wizar Putri Mellaratna. (2023). Herpes Zoster. Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran, 2(2), 41–49.
7. Thabrany, H. (2025). White Paper: Kajian Herpes Zoster berdasarkan data klaim JKN 2015–2022. Jakarta : Kalta Bina Insani Consulting & Training.

8. Nair, P. A., & Patel, B. C. (2021). Herpes zoster. In StatPearls. StatPearls Publishing.
9. Barakat, S., Dankar, R., Aldalahmeh, M., Barakat, M., & Mobarakai, N. (2024). Atypical Presentation of Painless Herpes Zoster in an Elderly Male: A Case Report. Cureus.
10. van Oorschot, D., Vroling, H., Bunge, E., Diaz-Decaro, J., Curran, D., & Yawn, B. (2021). A systematic literature review of herpes zoster incidence worldwide. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 17(6), 1714–1732.
11. Patil, A., Goldust, M., & Wollina, U. (2022). Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. Viruses, 14(2), 192.
12. Zhi, D., Hong Liang Tey, Mae, B., Ee, J., Ee-Jin Darren Seah, Nisha Suyien Chandran and Jiun Yit Pan (2024). Herpes Zoster and Post-Herpetic Neuralgia: Diagnosis, Treatment, and Vaccination Strategies. Pathogens, 13(7), pp.596–596.
13. Oleszko, M., Zapolnik, P., Kmiecik, W. and Czajka, H. (2025). Herpes Zoster: Risk Factors for Occurrence, Complications, and Recurrence with a Focus on Immunocompromised Patients. Diseases, 13(3), p.71.
14. Kim, Y. and Lee, W. (2025). Increased risk of herpes zoster associated with stress and sleep deprivation: Evidence from korea health panel survey. Journal of Psychiatric Research, 184, pp.333–339.
15. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Clinical Features of Shingles (Herpes Zoster). CDC. Diambil dari https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-signs/index.html