

Penatalaksanaan Holistik pada Pasien Anak Usia 7 Tahun dengan *Herpes Zoster* melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Rawat Inap Panjang

Rara Julia Timbara Harahap¹, Azelia Nusadewiarti²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Herpes zoster merupakan erupsi vesikuler akut yang disebabkan oleh reaktivasi dari virus *varicella zoster* laten pada ganglia sensoris yang sebelumnya terpajan dengan infeksi primer *varicella*. Insiden *herpes zoster* meningkat seiring pertambahan usia namun banyak laporan kasus yang menunjukkan bahwa *herpes zoster* juga dapat terjadi pada remaja bahkan pada anak-anak. 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 studi *case report*. 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. K berusia 7 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 *evidence based medicine* yang bersifat *family approach* dan *patient centered*.

Kata Kunci: *Herpes zoster*, pendekatan dokter keluarga, virus *varicella zoster*

Holistic Management 7-Years-Old Girl With Herpes Zoster Through A Family Medicine Approach In Puskesmas Rawat Inap Panjang

Abstract

Herpes zoster (HZ) is an acute vesicular eruption caused by reactivation of latent varicella-zoster virus (VZV) in sensory ganglia previously exposed to primary varicella infection. The incidence of HZ increases with age but many case reports show that herpes zoster can also occur in adolescents and even in children. The purpose of this case report is to implement a holistic and comprehensive family doctor service by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence-based medicine with a patient-centered and family approach. This study is a case report study. 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 the study qualitatively and quantitatively. Patient Ms. K, 7 years old, has been diagnosed with uncomplicated herpes zoster, has concerns about his health condition, the patient feels inferior and is afraid that the disease cannot be cured and is afraid of transmitting it to other family members. The patient hopes that the complaints disappear completely and do not recur, so they can be comfortable with their activities as usual. The patient's limited knowledge of the illness and an unfavorable lifestyle are factors that cause problems that occur in patients and their families. The diagnosis of herpes zoster, in this case, was in accordance with several theories and a critical review of recent studies. Management has been given in accordance with the management guidelines. There is good progress in patients starting from decreased clinical symptoms to changes in behavior after an intervention based on evidence-based medicine that is family-approach and patient-centered.

Keywords: Family medicine services, herpes zoster, varicella zoster virus

Korespondensi: Rara Julia Timbara Harahap, alamat Jl. Pelajar Timur No. 168, Medan, HP 08138222571, e-mail htimbara@gmail.com

Pendahuluan

Herpes zoster terjadi akibat reaktivitasi

varicella zoster virus yang menetap laten pada ganglia radiks dorsalis. Manifestasi klinis HZ

berupa ruam kulit dengan distribusi dermatomal. *Varicella* merupakan infeksi primer yang terjadi pertama kali pada individu yang berkontak dengan virus *varicella zoster*. *Varicella zoster* mengalami reaktivasi, menyebabkan infeksi rekuren yang dikenal dengan nama *herpes zoster*. *Herpes zoster* adalah penyakit langka di masa kanak-kanak. *Varicella* pada anak usia dini merupakan faktor risiko *herpes zoster* pada anak *immunocompromised* dan *immunocompetent*. Zoster masa kanak-kanak terjadi pada anak-anak yang sehat atau yang mengalami defisiensi imun. Munculnya *herpes zoster* pada anak tidak selalu menyiratkan defisiensi imun atau keganasan.¹

Selama terjadi infeksi *varicella*, *varicella zoster virus* 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.²

Prevalensi *herpes zoster* tidak dipengaruhi oleh ras, jenis kelamin, atau musim. Insiden penyakit ini meningkat sejalan dengan penambahan usia dan jarang ditemukan pada anak-anak. *Herpes zoster* dapat terjadi pada anak yang memiliki riwayat infeksi primer intrauterin, kondisi imunokompromais, dan yang terinfeksi *varicella* pada tahun pertama kehidupannya.³

Setelah pengenalan vaksinasi *varicella* rutin tahun 1996 di Amerika Serikat, sebagian besar penelitian yang mengevaluasi kejadian *herpes zoster* melaporkan insiden lebih rendah dari waktu ke waktu, dengan berbagai tingkat penurunan.⁴ Vaksin telah terbukti bermanfaat dalam sebagian besar mencegah *herpes zoster* dan mengurangi morbiditas infeksi. Dilaporkan bahwa anak-anak yang divaksinasi dan mengalami infeksi *herpes zoster* cenderung memiliki lesi kurang dari sepuluh, memiliki nyeri terkait yang lebih rendah, dan ruam zoster di daerah lumbosakral dengan lebih sedikit vesikel yang berukuran lebih kecil.⁵

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.⁶

Pemeriksaan penunjang pada *herpes zoster* berupa tes *Tzank*, biopsi kulit, kultur virus, *fluorescent antibody*, uji serologis, dan *polymerase chain reaction* (PCR). *Herpes zoster* pada pasien imunokompeten dapat sembuh dengan sendirinya sehingga penatalaksanaan yang diberikan hanya bersifat suportif, akan tetapi pemberian terapi spesifik dapat dipertimbangkan pada kasus-kasus tertentu.^{9,10} Pada kasus ini, anak perempuan 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.⁷

Tujuan dari penulisan ini sebagai penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

Kasus

Pasien An. K, seorang anak perempuan berusia tujuh tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan demam sejak tiga hari yang lalu disertai dengan timbul bintil-bintil kecil yang berisi cairan terasa perih, panas, dan gatal di siku kiri. Keluhan mual dan muntah disangkal. Pasien memiliki riwayat cacar saat usia dua tahun. Anak tersebut memiliki riwayat imunisasi yang lengkap. Pada keluarga disangkal adanya keluhan serupa. Namun, teman pasien memiliki keluhan yang serupa.

Pasien dan keluarga biasanya makan

makanan utama tiga kali dalam sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Dalam satu kali makan, mengambil nasi sebanyak dua centong nasi, satu lauk (ayam, ikan, telur) dan dua sendok makan sayur. Pasien sering mengonsumsi jajanan. Jajanan yang dikonsumsi seperti bakso, gorengan, es krim, dll. Pasien dan keluarga jarang mengonsumsi buah. Pasien dan keluarga mandi dua kali sehari. Namun, pasien dan keluarga kurang memperhatikan kebersihan diri dan sekitarnya.

Pasien melakukan aktivitas sehari-hari di sekolah dan rumah, bermain dengan teman sebaya di lingkungan tempat tinggal. Pasien memiliki kebiasaan tidur siang setelah makan siang. Pasien tidur di malam hari pukul 22.00.

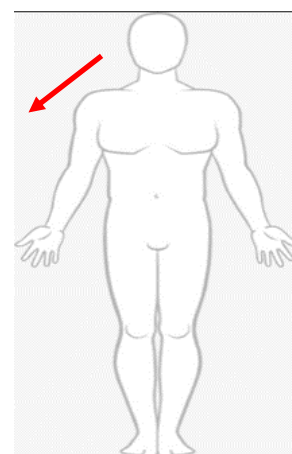
Pasien adalah anak pertama dari tiga bersaudara. Pasien tinggal bersama Ayah pasien Tn. A 30 tahun, Ibu Ny. D 27 tahun, adik An. A 3 tahun dan An. A 7 bulan.

Setelah dilakukan anamnesis didapatkan keluhan yang diawali dengan demam kemudian muncul bintil-bintil yang berisi air pada siku kiri. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital dan pemeriksaan fisik terdapat vesikel berdasar eritema pada siku kiri.

Pola pengobatan pasien ini bersifat kuratif, apabila mengalami keluhan, pasien baru pergi untuk berobat dan jika obat habis, terkadang pasien membelinya sendiri di apotek. Sama saja dengan pola pengobatan anggota keluarga lainnya merupakan kuratif, dimana anggota keluarga mencari pelayanan kesehatan jika sakit saja. Akan tetapi, pasien dan keluarganya sudah memiliki jaminan kesehatan berupa P2KM dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dapat diartikan bahwa pasien dan keluarganya sudah mulai peduli terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga sehingga bisa selalu terjamin.

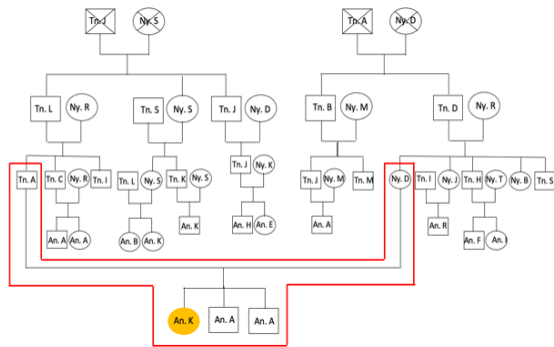
Pola hidup pasien dan keluarga sudah cukup baik, namun higienitas pasien dan keluarganya kurang baik. Kebersihan rumah dan lingkungan juga kurang, banyak barang yang tidak tertata rapi dan tidak sesuai pada tempatnya. Pola tidur pasien dan anggota keluarga lainnya juga cukup baik, tidur di malam hari pada pukul 22.00, namun ayah pasien cukup sering tidur larut malam. Ayah pasien juga memiliki kebiasaan merokok sekitar 1 bungkus per hari. Pasien dan keluarga jarang melakukan aktivitas olahraga.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan; tekanan darah: 90/60 mmHg; frekuensi nadi: 86 x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; suhu: 36,8 °C; berat badan 40 kg dan tinggi badan 130 cm. Hasil IMT: 23,6 kg/m². Didapatkan ambang batas (Z-Score) IMT/U yaitu: $-2SD \leq \frac{Z}{d} \leq +1SD$. Kategori status gizi IMT/U yaitu gizi baik (normal). Pada pemeriksaan status generalis didapatkan penampilan rapi dan sesuai usia. Bentuk kepala normocephal, rambut hitam, konjungtiva tidak anemis dan sklera tidak ikterik, tidak ada sekret dan deviasi septum pada hidung, tidak ada sekret pada telinga, bibir tidak kering maupun sianosis. Pada pemeriksaan leher, JVP tidak meningkat, kesan dalam batas normal. Pemeriksaan paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan *wheezing*, kesan dalam batas normal. Jantung, batas kanan pada linea sternalis kanan, batas kiri tepat pada linea midclavicula, ICS V, kesan batas jantung normal. Abdomen, tampak cembung, supel, tidak didapatkan organomegali ataupun ascites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas tidak didapatkan edema, kesan dalam batas normal. Muskuloskeletal dan status neurologis dalam batas normal. Pemeriksaan status dermatologis pada regio antebrachii sinistra posterior didapatkan vesikel dengan dasar eritema, multiple, milier, bentuk bulat dan ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, berkelompok sesuai dermatom.



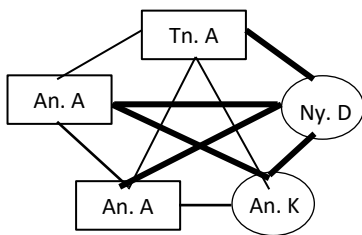
Gambar 1. Predileksi

Genogram keluarga An. K dibuat oleh penulis pada tanggal 9 Mei 2022 dan dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Genogram keluarga An. K

Hubungan antar keluarga An. K dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 3. Family mapping An. K

Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil antara lain:

Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1 Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		√		
S2 Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	√			
C2 Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita	√			
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		√		
R2 Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		√		
E1 Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami				√
E2 Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami				√
E'1 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			√	
E'2 Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit kami anggota keluarga			√	
M1 Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2 Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√			
TOTAL	22			

Gambar 4. Skor Family SCREEM

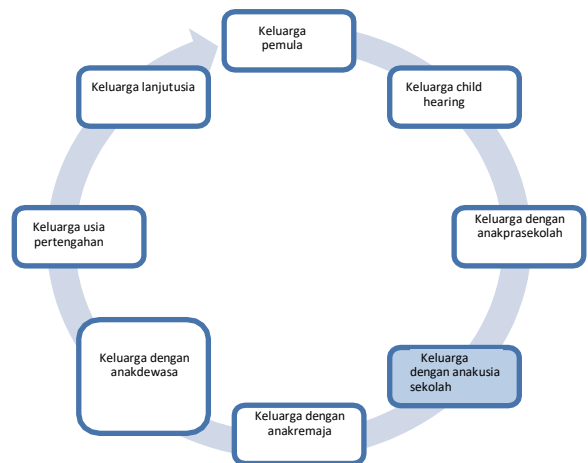
Family Apgar Score

Adaptation : 2
Partnership : 1

Growth : 2
Affection : 2
Resolve : 2

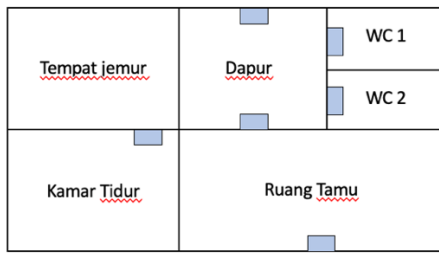
Total Family Apgar score 9 (tidak ada disfungsi keluarga).

Siklus hidup keluarga An. K dapat dilihat bahwa keluarga An. K berada dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah, karena salah satu anggota keluarga yaitu An. K berusia 7 tahun dan berada pada tingkat pendidikan sekolah dasar.



Gambar 5. Family Lifecycle

Pasien tinggal di lingkungan padat penduduk dengan rumah ukuran 9x12 m² dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah lima orang. Rumah terdiri dari satu kamar tidur, dua kamar mandi dengan WC jongkok, dapur, ruang tamu yang merangkap ruang makan. Atap rumahnya terbuat dari genteng, dengan lantai keramik pada ruang tamu dan kamar tidur dan semen pada dapur dan kamar mandi, dinding tembok, serta mempunyai jendela yang terdapat di bagian depan rumah. Sinar matahari dapat masuk ke bagian depan rumah dan bagian belakang rumah, penerangan dibantu lampu listrik biasa, ventilasi cukup, udara dapat masuk dengan cukup. Sumber air berasal dari sumur bor yang digunakan untuk mandi dan mencuci, sedangkan air minum menggunakan airgalon. Keadaan rumah secara keseluruhan terkesan kurang rapi dan kurang teratur.



Gambar 6. Denah Rumah Pasien

Diagnosis holistik awal pasien dari aspek personal adalah alasan kedatangan pasien karena demam disertai timbul bintil-bintil berisi air yang terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih serta gatal di siku kiri. Selain itu kekhawatiran keluhan akan memburuk dan menyebar ke bagian tubuh lain. Persepsi orangtua pasien yaitu keluhan muncul karena pasien pernah bermain ke rumah teman sebayanya yang memiliki keluhan serupa. Harapannya yaitu penyakit yang diderita dapat disembuhkan. Penilaian aspek klinis didapatkan *Herpes zoster* tanpa komplikasi (ICD X: B02.9) atau *Herpes zoster* (ICPC-2 : S70).

Aspek resiko internal pada pasien antara lain, pengetahuan yang kurang mengenai definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pencegahan mengenai penyakit yang diderita (ICD X : Z55.9), serta perilaku kebersihan diri yang kurang baik (ICD X : Z55.9). Aspek resiko eksternal pada pasien yaitu pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit yang diderita pasien (ICD X : Z55.9), perilaku kebersihan keluarga kurang baik, kebersihan rumah kurang baik karena rumah kurang rapi dan kurang teratur dan pola berobat keluarga kuratif (ICD X-Z92.3) dengan demikian, derajat fungsional 1, yaitu pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakitnya serta pencegahan penularannya, serta tatalaksana medikamentosa. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi dilakukan dengan *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

Secara *patient centered*, pasien

mendapatkan intervensi secara medikamentosa dan non-medikamentosa. Pasien diberikan obat antivirus berupa *acyclovir* tablet 4 x 400mg selama lima hari, *acyclovir cream* 5%, *prednisone* 2 x 5mg selama 5 hari, dan *paracetamol* tablet 3 x 500mg. secara non-medikamentosa diberikan edukasi mengenai penyakit *herpes zoster* meliputi penyebab, faktor risiko, penularan, upaya yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan penyakit, serta cara pencegahan.

Secara *family focused*, akan diberikan edukasi kepada keluarga mengenai penyakit *herpes zoster* : penularan, menghindari sementara kontak dengan pasien maupun orang lain yang memiliki keluhan serupa, cara penggunaan obat yang benar, kebersihan diri dan lingkungan sekitar rumah.

Secara *community oriented* memberikan penyuluhan tentang *herpes zoster* pada warga sekitar terutama kepada tetangga pasien yang memiliki keluhan serupa, cara menjaga higienitas personal maupun lingkungan dan mengingatkan pentingnya hal ini dalam proses penyembuhan penyakit dan memberikan dorongan kepada masyarakat yang memiliki keluhan serupa untuk segera mencari pengobatan ke layanan kesehatan terdekat sebagai upaya untuk memutus rantai penularan *herpes zoster*.

Diagnosis holistik akhir pasien dari aspek personal adalah keluhan demam disertai timbul bintil-bintil berisi air yang terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih serta gatal di siku kiri. Kekhawatiran pasien sudah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita. Persepsi pasien terkait penyakitnya adalah telah mengetahui tentang penyakit yang diderita. Harapan pasien yaitu tidak memiliki keluhan lagi terhadap penyakitnya dan penyakit tidak semakin memburuk. Penilaian aspek klinis didapatkan *Herpes zoster* tanpa komplikasi (ICD X: B02.9) atau *Herpes zoster* (ICPC-2 : S70).

Aspek resiko internal pada pasien antara lain yaitu peningkatan pengetahuan mengenai definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pencegahan mengenai penyakit yang diderita, serta perilaku kebersihan diri pasien sudah baik.

Aspek resiko eksternal pada pasien berasal dari keluarga, yaitu meningkatnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang

diderita pasien, meningkatnya kebersihan diri dan lingkungan rumah serta barang-barang sudah mulai rapi dan teratur. Pola berobat dalam keluarga perlahan beralih ke preventif. Dengan demikian, derajat fungsional 1 yaitu pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

Pembahasan

Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah pasien anak perempuan berusia 7 tahun yang mengalami demam disertai timbulnya bintil-bintil kecil yang berkumpul berisi air dengan dasar kemerahan pada siku kiri sejak tiga hari yang lalu dan terasa nyeri seperti ditusuk, panas, perih dan gatal. Pasien memiliki riwayat cacar air saat berusia 2 tahun dan terdapat riwayat teman sebaya pasien yang menderita keluhan serupa.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga, dimana kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 9 Mei 2022. 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.

Infeksi HZ disebabkan oleh reaktivasi *virus varicella zoster* (VZV) laten endogen yang berada di ganglion akar dorsal sensorik yang biasanya terjadi setelah infeksi primer VZV yang menyebabkan cacar air. Biasanya virus berkembang setelah beberapa tahun setelah infeksi primer cacar air atau vaksinasi dengan vaksin cacar air. *Virus varicella zoster* yang teraktivasi kembali berada pada saraf kulit yang terkena, dan menyebabkan erupsi vesikular unilateral dengan distribusi dermatomal terbatas atau dermatom menular.⁸

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 *allodynia* (nyeri yang timbul dengan stimulus yang secara normal tidak menimbulkan nyeri) pada daerah ruam.^{9,10}

Diagnosis HZ sebagian besar dibuat dengan pemeriksaan klinis yang terperinci, dan distribusi dermatom yang khas dari vesikel berkelompok memastikan diagnosis. Dilema muncul dalam kasus-kasus *skip lesion* atau distribusi multidermatomal. Diagnosis dapat dikonfirmasi dengan apusan *Tzanck* dari kerokan dasar vesikel yang menunjukkan sel raksasa berinti banyak pada mikroskop langsung. Metode lainnya adalah biopsi kulit dan pemeriksaan histopatologi serta tes antibodi fluoresen langsung. Tes serologis untuk antibodi terhadap virus dan studi kultur virus juga tersedia untuk diagnosis.¹¹

Herpes zoster biasanya diawali dengan gejala-gejala prodromal selama dua hingga empat 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 eritematoso. 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 sikatriks, menandakan infeksi sekunder.⁶

Pasien mengeluh demam dan muncul bintil-bintil pada siku kiri yang terasa nyeri seperti tertusuk, perih, panas dan gatal. Pada pemeriksaan fisik ditemukan vesikel pada regio antebrachia posterior sinistra dengan dasar eritema, multiple, milier, bentuk bulat dan ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, berkelompok sesuai dermatom. Pasien juga memiliki riwayat cacar air saat berusia dua tahun. Pada anak tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Diagnosis ditegakkan berdasarkan

anamnesis dan pemeriksaan fisik saja.

Risiko relatif tinggi terjadinya HZ pada anak yang memiliki riwayat cacar air dibandingkan pada anak-anak yang telah divaksinasi dan tidak memiliki riwayat cacar air yang pasti. *Herpes zoster* dan neuralgia post herpetik dapat dicegah dengan vaksinasi.^{12,13}

Pemeriksaan laboratorium direkomendasikan bila lesi atipikal seperti lesi rekuren, dermatom yang terlibat multipel, lesi tampak krusta kronis atau nodul verukosa, serta bila lesi pada area sakral diragukan patogennya virus *Varicellazoster* 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 satu hingga dua minggu.⁹

Pasien mengalami keluhan setelah diketahui teman sebaya di sekitar rumah mengalami keluhan yang sama, yaitu demam disertai muncul ruam merah dan benjolan kecil berisi air. Penularan HZ dapat terjadi terutama melalui kontak langsung dari lesi di kulit atau melalui droplet sekret saluran nafas yang dapat terjadi 24 sampai 48 jam sebelum timbulnya ruam sampai menjadi keropeng, pada umumnya 5-7 hari setelah timbulnya ruam. Onset penyakit dapat ditandai dengan nyeri di dalam dermatom dan mendahului lesi dalam waktu 48 sampai 72 jam. Rasa sakit ini disebabkan oleh neuritis akut dan terkait dengan replikasi virus, peradangan, dan produksi sitokin yang menyebabkan kerusakan saraf dan peningkatan sensitivitas reseptor rasa nyeri. Keluhan yang jarang terjadi yaitu parestesia, rasa terbakar, atau gatal di daerah yang terkena.¹⁴

Area eritema mungkin mengikuti dan mendahului perkembangan sekelompok vesikel dalam distribusi dermatom yang sesuai dengan ganglion akar dorsal yang terinfeksi. Biasanya satu atau, lebih jarang, dua atau tiga dermatom yang berdekatan jika ikut terpengaruh. Pada anak, HZ memiliki predileksi pada daerah yang disuplai oleh dermatom servikal dan sakral. Pada anak, lesi biasanya tidak melewati garis tengah tubuh. Vesikel dapat bergabung membentuk lesi bulosa. Lesi vesikular dan bulosa dapat

menjadi pustular atau kadang-kadang hemoragik dan akhirnya menjadi krusta dalam tujuh sampai sepuluh hari. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemui limfadenopati regional.⁸

Pada anak sehat, manifestasi klinis varisela umumnya ringan, dapat sembuh sendiri, dan jarang menimbulkan penyulit yang serius. Episode ringan dikaitkan dengan perjalanan umum cacar air ringan pada anak-anak. Gejala serta durasi penyakit jauh lebih baik dengan cara imunisasi anak.¹⁵

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

Asiklovir sebagai terapi varisela sudah lama digunakan termasuk pada anak sehat tanpa penyulit walaupun sampai saat ini masih kontroversial apakah perlu diberikan secara rutin pada anak sehat tanpa penyulit. Pada anak sehat atau tanpa penyulit yang menderita varisela, asiklovir terbukti dapat mengurangi lama terjadinya demam dan mengurangi banyaknya lesi yang timbul. Studi menyatakan bahwa asiklovir oral lebih efektif dalam menghambat replikasi virus varisela zoster pada viremia sekunder dibandingkan dengan viremia primer yang terjadi antara lima hari sebelum dan satu hari setelah onset klinis. Hal tersebut mungkin disebabkan karena adanya perbedaan derajat induksi oleh timidin kinase milik virus pada saat viremia primer dan sekunder.

Aktivitas timidin kinase milik virus mulai meningkat 3-5 hari sebelum onset klinis varisela. Dosis asiklovir per oral adalah 20 mg/kgBB (dosis maksimum 800 mg) empat kali sehari selama lima hari dan dimulai dalam 24 jam setelah onset ruam. Anak diberikan asiklovir per oral dengan dosis 4x400 mg. Asiklovir yang seharusnya diberikan yaitu 600 mg jika disesuaikan dengan berat badan anak. Anak juga diberikan asiklovir topikal. Asiklovir

topikal memengaruhi penyembuhan HZ lokal dengan waktu rata-rata untuk berkurangnya pustulasi, pembentukan krusta dan waktu rata-rata untuk penyembuhan.¹⁶

Dari hasil penelusuran, asiklovir terbukti aman serta dapat mengurangi lamanya demam dan jumlah lesi yang timbul. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) merekomendasikan agar anak dengan varisela tetap tinggal di rumah selama enam hari setelah onset ruam.¹⁷

Pemberian kortikosteroid oral masih sering dilakukan 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 pasien⁶

Pengobatan varisela bersifat simtomatik seperti pemberian *calamine lotion* lokal pada lesi kulit, untuk mengurangi rasa gatal dapat diberikan kompres dingin, mandi secara teratur atau pemberian antihistamin. Pasien diberikan terapi parasetamol untuk keluhan demam dan sebagai anti nyeri pada pasien. Dosis parasetamol yang diberikan yaitu 3x500 mg. Dosis ini sudah sesuai dengan Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak IDAI Tahun 2013, dosis parasetamol oral untuk anak usia 6-12 tahun: 250-500 mg. Dosis dapat diulang setelah 4 – 6 jam (maksimum 4 dosis/24 jam).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 gejalanya sekaligus yang dialami pasien.⁶

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 13 Mei 2022. Tujuan kunjungan adalah untuk melakukan intervensi terhadap pasien dengan menggunakan media presentasi poster 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.

Tujuan penatalaksanaan *herpes zoster* adalah mempercepat proses penyembuhan, mengurangi keparahan dan durasi nyeri akut maupun kronik, serta mengurangi risiko komplikasi. Pada kunjungan kedua, pasien dan keluarga 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 edukasi pemberian terapi medikamentosa berupa *acyclovir* tablet 4 x 20mg/kgBB selama lima hari dan *paracetamol* 3x500mg. Pasien *herpes zoster* mendapatkan terapi antiviral dan analgetik. Terapi antiviral yang digunakan adalah *acyclovir* (800mg, 5x sehari selama tujuh 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. Pada pasiendiberikan *paracetamol* untuk mengambil manfaat dari analgetik dan antipiretiknya sehingga dapat meringankan beberapa gejala yang dialami pasien.⁶

Adapun terapi non medikamentosa yang dilakukan pada pasien adalah melakukan konseling edukasi melalui media 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 (*varicella*) 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.⁶

Kunjungan *follow up* dilakukan pada tanggal 19 Mei 2022. Pada kunjungan *follow up* ini dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga. Pada kegiatan *follow up* ini dilakukan evaluasi terhadap intervensi yang telah diberikan kepada pasien. Didapatkan keluhan nyeri, panas, gatal, dan bintil-bintil pada siku sudah berkurang, yang tersisa berupa bercak-bercak kehitaman pada kulit pasien akibat bintil yang digaruk. Selain itu, sudah terjadi perubahan dalam pola hidup keluarga pasien seperti lebih sering membersihkan rumah, dan rutin menjemur kasur dan bantal. Secara keseluruhan, tujuan intervensi dari berbagai aspek ini dinilai sudah cukup baik dari segi pengetahuan dan perubahan perilaku.

Evaluasi juga 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 kuesioner 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 kuesioner dengan baik dan benar.

Menurut teori Roger, seseorang akan mengikuti perilaku baru melalui tahapan sebagai berikut: Sadar (*Awareness*): Seseorang sadar akan adanya informasi baru. Tertarik (*Interest*): Seseorang mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut. Evaluasi (*Evaluation*): Pada tahap ini seseorang mulai menilai, apakah perilaku baru tersebut memiliki efek baik pada dirinya. Mencoba (*Trial*) : Orang tersebut mulai mempertimbangkan untung rugi dari perilaku baru. Adopsi (*Adoption*): Pada tahap ini, orang yakin dan telah mengadopsi perilaku baru tersebut.¹⁸

Simpulan

Pada kasus ini, didapatkan pasien dengan masalah kesehatan yaitu anak perempuan usia 7 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 komprehensif pada pasien dengan *patient centered, family focused* dan *community oriented*. Pada pasien dan keluarga diberikan edukasi mengenai penyakitnya dan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat serta pentingnya melakukan pengecekan kesehatan di pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Levin MJ, Schmader KE, Oxman MN. *Varicella and herpes zoster*. Fitzpatrick's dermatology in general medicine New York: McGraw-Hill; 2019.
2. Schmader KE, Oxman MN. *Varicella and herpes zoster*. In: Goldsmith A, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012;2383-401.
3. SAGE. *Herpes zoster vaccines*. SAGE Working Group on *Varicella and Herpes zoster Vaccines*; 2014.
4. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, et al. Incidence of Herpes Zoster Among

- Children: 2003–2014. *Pediatrics*. 2019;144(1):e2018917.
5. Quesada D, Morsky L, Navarrete PA. Pediatric Herpes Zoster. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. California; 2020;4(1):32-34.
 6. Pusponegoro, Erdina HD. Penyakitvirus. In: Sri Liwunih, Kusmarinah B, Wresti I, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. Edisiketujuh. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
 7. Mancini AJ, Wargon O. Viral infections. In: Schachner LA, Hansen RC. *Pediatric Dermatology* (4th ed). Philadelphia: Elsevier; 2011:1425-69.
 8. Leung, AKC & Barankin B. Herpes zoster in childhood. *Open Journal of Pediatrics*. 2015;(5):766–770.
<https://doi.org/10.4236/ojped.2015.51008>
 9. Cermin Dunia Kedokteran Gabapentin Sekali Sehari untuk Neuralgia Pasca *Herpes zoster*. 2012;38(3):230.
 10. Sampathkumar P, Drage LA. *Herpeszoster* (shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(3):274–80.
 11. Mitra B, Chopra A, Talukdar K, Saraswat N, Mitra D, Das J. A Clinico-epidemiological Study of Childhood Herpes Zoster. *Indian Dermatology Online Journal*. 2017;10(4): 481–485.
<https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ>
 12. Aktas H, Erdal SA, Guvenc U. Herpes Zoster in children: Evaluation of the sixty cases. *Dermatologic Therapy*. 2019;32(6):1–5.
<https://doi.org/10.1111/dth.13087>
 13. Jin J. Shingles vaccination. *Journal of the American Medical Association*. 2018;320(4): 416.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.7263>
 14. Esposito S, Principi N. Herpes zoster prevention: A difficult problem to solve. *Vaccine*. 2018;36(36):5442–5448.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.099>
 15. Koshy E, Mengting L, Kumar H, Jianbo W. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2018;84(1):6–15.
<https://doi.org/10.4103/ijdv.IJDVL>
 16. Hammer KDP, Dietz J, Lo TS, Johnson EM. A Systematic Review on the Efficacy of Topical Acyclovir, Penciclovir, and Docosanol for the Treatment of Herpes Simplex Labialis. *EMJ European Medical Journal*. 2018;6(1):118–123.
 17. Center for Disease Control and Prevention. Shingles (Herpes Zoster) [Internet]. 2019. Available from <https://www.cdc.gov/shingles/index.html>.
 18. Rogers M. *Diffusion of Innovation*. 5th Editio. New York: Free Press; 2003.