

Penatalaksanaan pada Pasien Perempuan Usia 56 Tahun dengan *Herpes Zoster* Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Panjang

Nando Abdila Itsa¹, Dian Isti Angraini²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Herpes zoster merupakan penyakit yang disebabkan oleh reaktivasi virus *varicella zoster* yang menetap laten. Insiden herpes zoster meningkat seiring pertambahan usia dan daya tahan tubuh melemah. Herpes zoster merupakan penyakit yang dapat rekuren sewaktu-waktu, sehingga perlu diberikan tatalaksana secara holistik. 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, family approach, dan community oriented*. Studi ini merupakan studi 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 Ny. S berusia 56 tahun dengan keluhan muncul bintil-bintil kemerahan berkelompok berisi cairan yang disertai rasa nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan sejak 8 hari yang lalu. Keluhan tersebut diawali dengan demam sehari sebelumnya. Pasien memiliki riwayat cacar air sebelumnya. Dilakukan intervensi non-medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya. Hasil evaluasi pasien dapat mengikuti anjuran tersebut. Penatalaksanaan sudah diberikan sesuai dengan panduan penatalaksanaan. Terlihat perkembangan yang baik pada pasien mulai dari gejala klinis yang menurun hingga perubahan perilaku. Peran dan dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan dan pengobatan pasien.

Kata Kunci: *Herpes zoster*, penatalaksanaan holistik, pelayanan dokter keluarga

Management of a 56-Year-Old Female Patient With Herpes Zoster Through a Family Medicine Approach in Panjang Primary Healthcare Center

Abstract

Herpes zoster is a disease caused by reactivation of the Varicella Zoster Virus which remains latent. The incidence of shingles increases with age and the immune system weakens. Herpes zoster is a disease that can recur at any time, so it needs to be treated holistically. 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 which are patient centred, family approach, and community oriented. 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 was based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and end of the study qualitatively and quantitatively. Patient Mrs. S, 56 year-old, complaints of small nodules in groups containing fluid accompanied by sensations of pain, heat and itchy on the right side of his back since 8 days ago. The complaint began with fever a day before. The patient has a previous history of chickenpox. Non-medical and medical interventions are performed on patients and their families. The result reveals that the patient can follow these recommendations. Management has been given according to management guidelines. Good progress has been seen in patients starting from a decrease in clinical symptoms to changes in behavior. The role and support of the family is needed in the care and treatment of patients.

Key Words: Family medicine, herpes zoster, holistic management

Korespondensi: Nando Abdila Itsa, alamat Jl. Pulau Sebuku no. 1, Kedamaian, Bandar Lampung, HP 081379448283, e-mail: nandoitsa@gmail.com

Pendahuluan

Herpes zoster merupakan penyakit yang disebabkan oleh reaktivasi *varicella zoster virus* yang menetap laten pada ganglia radiks dorsalis. *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*. Manifestasi klinis berupa ruam kulit kemerahan berkelompok disertai nyeri radikular dengan distribusi sesuai dermatom.

Insidensi *herpes zoster* memiliki rata-rata 10-20 persen dari populasi umum dan terdapat 600.000-850.000 insiden setiap tahun di Amerika Serikat. Studi insidensi herpes zoster pada periode 2011-2013 yang dilaporkan dari 13 rumah sakit pendidikan di Indonesia menunjukkan bahwa terdapat 2232 pasien herpes zoster dimana kelompok yang paling sering mengalami herpes zoster adalah kelompok usia 45-64 tahun, yaitu sebanyak 851 (37,95% dari total kasus).² Insiden herpes zoster secara global pada usia >50 tahun adalah 11.8 kasus/1000 populasi/tahun. Herpes zoster dapat muncul sepanjang tahun karena tidak dipengaruhi oleh musim dan tersebar merata di seluruh dunia, tidak ada perbedaan angka kesakitan antara laki-laki dan perempuan. Angka kesakitan meningkat dengan peningkatan usia.

Faktor risiko *herpes zoster* berkaitan erat dengan peningkatan usia. Infeksi ini sering terjadi akibat daya tahan tubuhnya melemah. Makin tua penderita *herpes zoster* makin tinggi pula risiko terserang nyeri.⁴ Penurunan imunitas tubuh dapat mengaktifkan kembali virus *varicella-zoster* yang dorman selama bertahun-tahun dan kemudian akan menyebabkan *herpes zoster*, sehingga pada umumnya penyakit herpes zoster terjadi pada orang dewasa.

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.⁴ Faktor risiko lain adalah stress psikologis gangguan

imunitas atau *immunocompromised*, misalnya pada penderita HIV.

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.

Penyakit herpes zoster dapat menurunkan efektivitas dan kualitas hidup pasien. Pentingnya penegakan diagnosis awal serta penanganan yang efektif sangat diperlukan untuk mengatasi keadaan akut, membatasi berkembangnya penyakit, membatasi lama penyakit, menurunkan risiko nyeri dan lesi di kulit, serta mencegah komplikasi *herpes zoster* sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Herpes zoster pada pasien imunokompeten dapat sembuh dengan sendirinya sehingga penatalaksanaan yang diberikan hanya bersifat suportif. Akan tetapi, karena penyakit ini merupakan penyakit yang dapat rekuren sewaktu-waktu, sehingga penanganan pada pasien yang menderita *herpes zoster* perlu ditangani secara lebih menyeluruh dalam hal kuratif, promotif, dan preventif. Dalam hal ini, tidak hanya melibatkan pasien dalam upaya penatalaksanaan, tetapi juga dibutuhkan peran serta keluarga untuk mencapai tujuan terapi semaksimal mungkin.

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah untuk:

1. Mengidentifikasi faktor risiko internal, faktor risiko eksternal, dan masalah klinis pada pasien.
2. Menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis *Evidence Based Medicine* pada pasien serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan

patient centered, family approach, dan community oriented.

Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik di Puskesmas serta anamnesis lanjutan dan pemeriksaan saat kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial dan lingkungan. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas Panjang. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif.

Kasus

Pasien Ny. S, seorang perempuan berusia 56 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Panjang pada 20 Mei 2024 dengan keluhan muncul bintil-bintil kemerahan berkelompok berisi cairan yang disertai rasa nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan sejak 8 hari yang lalu.

Pada awalnya, sehari sebelum muncul bintil-bintil, pasien mengeluhkan demam, menggigil dan pusing. Kemudian, 1 hari pasca demam tersebut, pasien baru menyadari bahwa terdapat bintil-bintil kemerahan berisi cairan di punggung sebelah kanan. Bintil tersebut berukuran sebesar jarum pentul dan berkelompok. Keluhan disertai dengan rasa nyeri, panas dan gatal. Pasien mengaku, bintil-bintil sempat tidak sengaja pecah karena pasien mengerok punggungnya dengan koin untuk meringankan keluhan tidak enak badannya. Saat pecah, bintil tersebut mengeluarkan cairan jernih berwarna kekuningan, tanpa disertai darah. Dua hari setelahnya, bintil-bintil mulai membesar menjadi seukuran biji jagung dan semakin banyak. Pasien memutuskan untuk membeli obat di Apotek dan diberikan pil anti inflamasi, namun keluhan tidak kunjung membaik, sehingga pasien memutuskan untuk berobat ke Puskesmas Rawat Inap Panjang.

Pasien tidak mengeluhkan adanya keluhan kulit dibagian lain, tidak mengeluh gangguan penglihatan maupun pendengaran. Riwayat penggunaan sabun, detergen, pewangi pakaian dengan merk baru disangkal.

Riwayat digigit serangga sebelum keluhan muncul disangkal. Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat antibiotik, maupun alergi makanan. Pasien baru pertama kali mengalami keluhan serupa. Pasien memiliki riwayat cacar air 19 tahun lalu. Pasien mengaku sudah vaksin *varicella* saat kecil. Pasien mengaku tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan tidak menggunakan narkoba.

Pada keluarga pasien disangkal adanya keluhan serupa. Pasien dan keluarga makan makanan utama tiga kali dalam sehari dengan porsi yang cukup. Pasien sudah tidak pernah melakukan olahraga dan hanya rutin melakukan kegiatan rumah tangga sehari-hari. Pola hidup pasien dan keluarga sudah cukup baik, namun kesadaran tentang higienitas pasien dan keluarganya masih kurang baik. Pasien menggunakan handuk bersama suaminya. Pasien dan suaminya tidur satu kasur. Menurut pasien, di rumahnya jarang menjemur kasur, bantal, dan guling serta mengganti sprengi 4 bulan sekali.

Aktivitas sehari-hari pasien adalah sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengaku jarang berolahraga dikarenakan harus melakukan pekerjaan rumah. Keluarga Ny. S terdiri dari Ny. S (56 tahun) sebagai istri dan Tn. H (58 tahun) sebagai suami serta kepala keluarga. Mereka memiliki dua anak, yaitu Ny. N (27 tahun) sebagai anak pertama dan Tn. R (24 tahun) sebagai anak kedua. Pasien memiliki seorang cucu, yaitu An. A (2 tahun). Saat ini pasien tinggal dengan suaminya. Anak pertama pasien telah menikah dan memiliki seorang anak. Kedua anak pasien sudah bekerja dan tinggal di rumah yang berbeda dengan pasien. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik, anak-anak pasien terkadang mengunjunginya di akhir pekan. Bila terdapat masalah dalam keluarga, pasien dan anggota keluarganya biasa melakukan musyawarah untuk mendapatkan solusi. Pasien cukup mengenal tetangga sekitar dan turut serta dalam aktivitas sosial yang diadakan di sekitar rumahnya. Pasien dan keluarganya menjalankan ibadah dengan cukup baik.

Pendapatan dalam keluarga berasal dari penghasilan suaminya yang bekerja sebagai pegawai swasta dan terkadang mendapatkan

tambahan penghasilan dari anaknya. Pasien mengatakan bahwa pendapatan tersebut cukup untuk digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer dan beberapa kebutuhan sekunder.

Pola pengobatan pasien dan anggota keluarganya bersifat kuratif, dimana mereka baru pergi untuk berobat apabila mengalami keluhan. Akan tetapi, pasien dan keluarganya sudah memiliki jaminan kesehatan berupa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Dapat diartikan bahwa pasien dan keluarganya sudah mulai peduli terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga. Ketika pasien pergi berobat ke dokter, ia menempuh jarak yang tidak terlalu jauh (± 4 Km). Pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan memburuk sehingga pasien berobat ke Puskesmas. Dalam sesi tanya jawab baik pasien dan keluarga pasien tidak mengetahui penyebab, gejala dan penanganan awal pada penyakit yang dialami oleh pasien.

Hasil Data Klinis

Pemeriksaan dilakukan di Puskesmas Panjang pada 20 Mei 2024.

Keluhan Utama

Muncul bintil-bintil kemerahan berkelompok berisi cairan yang disertai rasa nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan sejak 8 hari yang lalu.

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran sadar penuh (*compos mentis*); frekuensi nadi: 88x/menit; frekuensi napas: 18x/menit; suhu: 37,1°C; tekanan darah: 122/78 mmHg; berat badan: 56 kg; tinggi badan: 157 cm. IMT: 22,7 kg/m², status gizi normal.

Status Generalis:

Pemeriksaan kepala normocephal. Mata, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-). Telinga, normotia (+/+), sekret (-/-), nyeri tekan (-/-), hiperemis (-/-). Hidung, normosmia ki=ka, deviasi (-/-), sekret (-/-), hiperemis (-/-). Leher, JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB, kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran. Paru, gerak dada dan fremitus

taktil simetris, nyeri tekan (-), massa (-), ekspansi simetris, perkusi pada kedua lapang paru didapatkan sonor, rhonki (-/-), wheezing (-/-). Jantung, iktus cordis tidak terlihat, batas jantung tidak melebar, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen, cembung, bising usus + (7x/menit), nyeri tekan (-), tidak terdapat organomegali. Ekstremitas superior dan inferior dekstra sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Status Dermatologi:



Gambar 1. Lesi kulit pasien Ny. S

Pada regio thoracalis posterior dextra tampak papul-vesikel eritematosa di atas dasar eritem, berbatas tegas, jumlah multipel, berbentuk herpetiformis, ukuran miliar-lentikuler, diskret sebagian konfluens, unilateral (dermatom T5-T7).

Pemeriksaan Penunjang:

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang pada pasien ini.

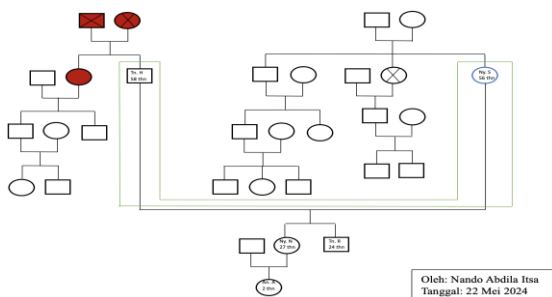
Data Keluarga

Pasien Ny.S usia 56 tahun merupakan seorang ibu rumah tangga. Kedua orang tua pasien masih hidup. Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pasien memiliki seorang

suami (Tn. H, 58 tahun) berkerja sebagai karyawan swasta. Pasien memiliki dua orang anak, anak pertama pasien (Ny. N, 27 tahun) saat ini sudah menikah dan anak kedua pasien (Tn. R, 24 tahun) saat ini belum menikah. Kedua anak pasien saat ini sudah bekerja dan tinggal di rumah yang berbeda dengan pasien. Pasien tinggal bersama suaminya. Pasien memiliki seorang cucu (An. A, 2 tahun) dari anak pertamanya.

Genogram

Genogram keluarga Tn. S dapat dilihat pada Gambar 2.



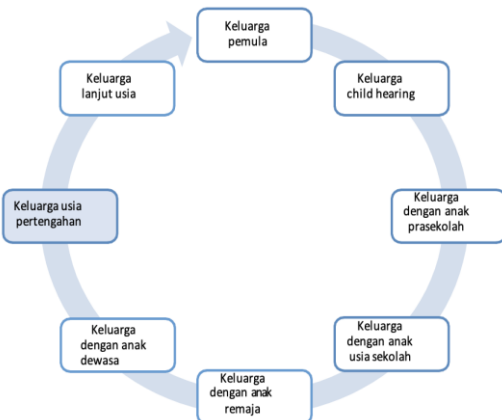
Gambar 2. Genogram Keluarga Ny. S

Keterangan Gambar:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ⊔ : Pernikahan
- ▭ : Keturunan
- : Hipertensi
- (blue) : Pasien
- (green) : Tinggal Serumah

Siklus Keluarga

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti. Menurut tahap keluarga pasien berada pada tahap VII yaitu keluarga usia pertengahan. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui musyawarah keluarga dan keputusan keluarga ditentukan oleh pasien dan suami pasien.

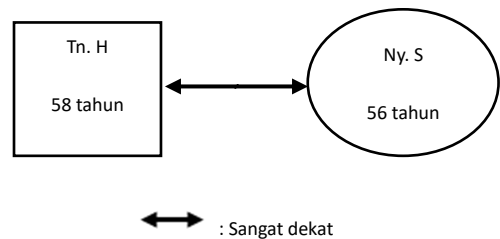


Gambar 3. Siklus Keluarga Ny. S

Pasien saat ini sehari-hari beraktivitas sebagai ibu rumah tangga. Pendapatan perbulan dari gaji suami pasien sebagai karyawan swasta dan pemberian anak-anaknya yang telah bekerja. Sehingga total penghasilan keluarga ini adalah ± 3.000.000 per bulan. Kebutuhan primer dan sekunder keluarga terpenuhi dari penghasilan tersebut. Seluruh anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan yaitu BPJS. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan keluarganya apabila sakit ke fasilitas layanan kesehatan bila mengganggu aktivitas. Keluarga pasien berobat ke fasilitas kesehatan terdekat yang berjarak ± 4 km dari rumah pasien. Pasien pergi ke puskesmas dengan kendaraan pribadi yaitu motor.

Hubungan Antar Keluarga

Hubungan antar keluarga dapat dilihat pada gambar 4.



Gambar 4. Hubungan Keluarga Ny. S

Family APGAR Score

Perhitungan jumlah skor kuesioner Family APGAR Score dilakukan dengan mewawancarai Ny. S selaku pasien Herpes Zoster di Puskesmas Panjang untuk menilai fungsi keluarga Ny. S.

Dari tabel dapat diketahui jumlah Family APGAR Score dari keluarga Ny. S adalah 9 (termasuk kategori jumlah skor 8-10: *highly functional*) sehingga dapat dikatakan fungsi keluarga Ny. S berjalan dengan baik.

Tabel 1. APGAR

APGAR	Skor
Adaptation	
Saya dapat selalu meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan	2
Partnership	
Saya merasa puas dengan keluarga saya yang membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi mengenai masalah mereka pada saya	2
Growth	
Ada kalanya saya kurang merasa puas dengan keluarga saya ketika mereka tidak dapat menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan suatu hal yang baru	2
Affection	
Saya merasa cukup puas dengan cara keluarga saya menunjukkan kasih sayang dan cara mereka dalam merespon emosi yang saya rasakan	2
Resolve	
Saya merasa puas dengan cara keluarga saya menghabiskan waktu sersama dengan saya	1

Berdasarkan hasil skoring SCREEM didapatkan hasil akhir skor total 28, sehingga dapat disimpulkan fungsi keluarga Ny. S memiliki sumber daya yang adekuat.

Data Lingkungan Rumah

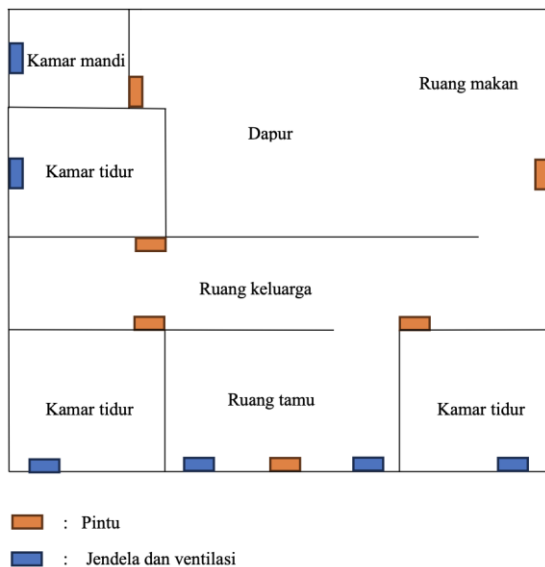
Pasien tinggal di rumah milik pribadi dengan lingkungan padat penduduk, rumah berukuran 10 m x 12 m. Rumah tidak bertingkat, memiliki satu ruang tamu, satu ruang keluarga, tiga kamar tidur, satu kamar mandi, satu dapur, dan satu ruang makan. Lantai rumah dari keramik, tembok rumah sudah dicat, dan atap rumah terbuat dari genting asbes. Sinar matahari dapat masuk ke bagian depan rumah. Rumah pasien sudah menggunakan listrik. Rumah pasien dalam keadaan lembab dan ventilasi kurang cukup. Saat siang hari, jendela maupun tirai jarang dibuka.

Family SCREEM Score

Tabel 2. Family SCREEM Score

Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit		SS	S	TS	STS	Score
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	√				3
S2	Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	√				3
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami	√				3
C2	Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita	√				3
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	√				3
R2	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		√			2
E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		√			2
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		√			2
E'1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			√		1
E'2	Pengetahuan dan pendidikan kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit anggota keluarga			√		1
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		√			2
M2	Dokter, perawat dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√				3
Total		28				

Sumber air menggunakan sumur dan pompa listrik yang digunakan untuk mandi, mencuci, dan air minum. Limbah dialirkan ke got yang berada di belakang rumah. Rumah pasien memiliki satu kamar mandi dan jamban. Kamar mandi terletak di dalam rumah, berukuran 1,75 x 1,75 m², lantai keramik, dan jamban jongkok. *Septic-tank* terletak di belakang rumah pasien dengan jarak ± 9 meter.



Gambar 5. Denah Rumah Ny. S

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Bintil-bintil berisi cairan yang disertai rasa nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan.
- Kekhawatiran: Khawatir keluhan akan memberat dan menyebar ke bagian tubuh lain.
- Persepsi: Pasien tidak mengetahui penyebab pasti keluhan yang dideritanya dan menganggap penyakit dapat sembuh dengan sendirinya.
- Harapan: Mengetahui penyebab, cara mengatasi keluhan dan penyakit yang diderita dapat disembuhkan.

2. Aspek Klinik

- *Herpes zoster* tanpa komplikasi (ICD X: B02.9)

3. Aspek Resiko Internal

- Pasien seorang wanita usia 56 tahun.

- Pengetahuan yang kurang mengenai pengertian, penyebab, penularan, pengobatan dan pencegahan mengenai penyakit yang diderita.
- Riwayat menderita penyakit *varicella* 19 tahun lalu.
- Perilaku kebersihan diri kurang baik yaitu menggunakan handuk bersamaan dengan suami, jarang menjemur kasur, bantal dan guling serta mengganti sprei kasur 4 bulan sekali.

4. Aspek Resiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit yang diderita pasien.
- Kurangnya dukungan keluarga dalam mengingatkan pasien untuk tidak menggaruk lesi karena akan memperparah lesi.
- Keluarga tidak bisa setiap saat untuk meluangkan waktu menemani pasien berobat.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1, yaitu pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit, mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah.

INTERVENSI

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah intervensi medikamentosa dan non medikamentosa. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyebab, faktor risiko, penularan dan pencegahan serta pengobatan *herpes zoster* menggunakan media intervensi berupa poster. Intervensi dilakukan dengan *patient centered*, *family focused* dan *community oriented*.

Patient Centered

Non medikamentosa

1. Edukasi mengenai penyakit *herpes zoster* meliputi pengertian, penyebab, penularan, gejala, upaya pengobatan serta cara pencegahan.

2. Edukasi dan motivasi pasien untuk menjaga *hygiene* pribadi dan lingkungan, menghindari penggunaan barang pribadi secara bersamaan dengan anggota keluarga lain.
3. Edukasi untuk menghindari kontak langsung maupun tidak langsung dengan keluarga, teman sebaya, atau orang lain di lingkungan rumah dan yang memiliki keluhan yang sama untuk menghindari reinfeksi.
4. Edukasi untuk kepatuhan obat hingga selesai dan kontrol terhadap perkembangan penyakit secara berkala.
5. Edukasi mengenai cara pencegahan dari komplikasi penyakit *herpes zoster*, yaitu penyakit *neuralgia post herpetic* (NPH).

Medikamentosa :

1. *Acyclovir* tablet 5x800 mg selama 7-10 hari
2. *Acyclovir cream* 5% dengan pemakaian 4-5 kali dalam sehari selama 7-10 hari
3. *Paracetamol* tablet 3x500 mg apabila demam
4. Vitamin B Complex tablet 1x1

Family focused

1. Memberikan edukasi mengenai penyakit *herpes zoster* yang dialami pasien dari penyebab, gejala, pengobatan dan komplikasi.
2. Meminta anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien untuk mengingatkan pasien untuk tidak menggaruk lesi.
3. Menghindari sementara kontak dengan pasien maupun orang lain yang memiliki keluhan serupa.
4. Menjelaskan kepada keluarga untuk mengingatkan kepatuhan obat pasien hingga selesai dan kontrol terhadap perkembangan penyakit secara berkala.

Community oriented

1. Memberikan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan kulit agar terhindar dari penyakit kulit.
2. Memberikan informasi tentang pentingnya mengetahui gejala *herpes zoster* untuk segera mencari pengobatan ke layanan kesehatan terdekat.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Bintil masih ada, namun sudah jauh lebih sedikit dan sebagian besar sudah menghilang, beberapa krusta masih ada, namun sudah jauh berkurang. Rasa panas pada lesi sudah menghilang, rasa nyeri masih ada namun jarang.
- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien sudah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.
- Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang penyakit yang diderita yaitu penyakit yang disebabkan oleh virus. Pasien juga mengetahui bahwa penyakitnya tidak dapat hilang dengan sendirinya dan perlu diobati.
- Harapan: Pasien tidak memiliki keluhan lagi terhadap penyakitnya, tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa dan penyakit yang dialami tidak semakin memburuk.

2. Aspek Klinik

Herpes zoster tanpa komplikasi (ICD X:B02.9)

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien sudah cukup memiliki peningkatan pengetahuan mengenai definisi, penyebab, penularan, pengobatan dan pencegahan mengenai penyakit yang diderita.
- Pasien menjaga daya tahan tubuh dengan menjaga pola hidup sehat berupa makan yang cukup dan rutin berolahraga agar tidak timbul penyakit *herpes zoster*.
- Perilaku kebersihan diri sudah memahami dengan baik untuk tidak memakai handuk bersamaan dengan anggota keluarga lain.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Peningkatan pengetahuan pada keluarga pasien tentang penyakit yang diderita pasien.
- Keluarga sudah mulai menyadari dalam mengingatkan pasien untuk

tidak menggaruk lesi karena akan memperparah lesi.

- Keluarga pasien mulai meluangkan waktu untuk membantu pasien dalam berobat.

5. Derajat Fungsional

Derajat fungsional 1 yaitu pasien masih bisa beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit, mandiri dalam perawatan diri, bekerja di dalam dan luar rumah.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada Ny. S berusia 56 tahun dengan diagnosa klinis *Herpes Zoster*. Manajemen kesehatan dengan konsep kedokteran keluarga pada pasien ini dirasa penting karena penyakit pada pasien merupakan penyakit yang sewaktu-waktu bisa mengalami rekurensi atau kekambuhan dan dapat mencetuskan penularan ke anggota keluarga lain. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah pasien seorang perempuan berusia 56 tahun dengan keluhan muncul bintil-bintil kemerahan berkelompok berisi cairan yang disertai rasa nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan sejak 8 hari yang lalu. Pasien memiliki riwayat penyakit *varicella* 19 tahun lalu.

Pembinaan pada pasien ini dilakukan dengan mengintervensi pasien beserta keluarga, dimana kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 22 Mei 2024. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan pengenalan 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 diderita. Pasien jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan terdekat.

Penegakan diagnosis *herpes zoster* dilakukan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis didapatkan pasien mengeluhkan muncul bintil-bintil kemerahan berkelompok berisi cairan yang disertai rasa

nyeri, panas, dan gatal di punggung sebelah kanan sejak 8 hari yang lalu. Pasien memiliki riwayat penyakit *varicella* 19 tahun lalu. Pada pemeriksaan fisik ditemukan pada regio thoracalis posterior dextra tampak papul-vesikel eritematosa di atas dasar eritem, berbatas tegas, jumlah multipel, berbentuk herpetiformis, ukuran miliar-lentikuler, diskret sebagian konfluens, unilateral (dermatom T5-T7). Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Infeksi *herpes zoster* 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.

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 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 sikatriks, menandakan infeksi sekunder.

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.

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 *Varicella 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 satu hingga dua minggu.

Berdasarkan masalah tersebut diberikan terapi berupa terapi farmakologi dan non farmakologi kepada pasien. Terapi farmakologi diberikan terapi analgetik *paracetamol* untuk keluhan demam dan sebagai anti nyeri pada pasien. Pasien juga diberikan antiviral berupa *acyclovir* sistemik dan *acyclovir* topikal.

Pasien diberikan terapi parasetamol untuk keluhan demam dan sebagai anti nyeri pada pasien. Dosis parasetamol yang diberikan yaitu 3x500 mg. 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.

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). Semua obat antiviral tersebut dapat menurunkan insidensi munculnya lesi baru secara signifikan, serta mempercepat penyembuhan dan resolusi nyeri akut yang dikeluhkan oleh pasien serta terbukti efektivitasnya dalam mencegah NPH.

Studi menyatakan bahwa *acyclovir* oral lebih efektif dalam menghambat replikasi virus *varicella 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. Asiklovir topikal memengaruhi penyembuhan *herpes zoster* lokal dengan waktu rata-rata untuk berkurangnya pustulasi, pembentukan krusta dan waktu rata-rata untuk penyembuhan.

Pencegahan terjadinya NPH merupakan masalah penting yang perlu diperhatikan saat pasien tengah menderita *herpes zoster*. Penanganan *herpes zoster* yang adekuat dengan terapi antivirus maupun analgesik dapat memberikan keuntungan dalam mencegah NPH sehingga pengenalan gejala *herpes zoster* secara dini merupakan hal yang sangat penting. Strategi dalam pengelolaan pencegahan terhadap NPH meliputi pemberian obat antivirus, pengendalian nyeri secara adekuat terhadap neuralgia herpetika akut dan vaksinasi. 14 Pemberian obat antivirus dalam 72 jam setelah awitan *herpes zoster* akut dapat menurunkan intensitas dan durasi NPH. Hal ini disebabkan karena pemberian antivirus pada awal terapi dapat menurunkan kerusakan saraf akibat infeksi *herpes zoster*. Namun bukti terkini menunjukkan pasien akan tetap mendapatkan keuntungan dari obat antivirus walaupun terapi diberikan terlambat lebih dari 3 hari.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 15 Juni 2024. Tujuan kunjungan adalah untuk menilai pemahaman penyakit pasien dengan mengisi kuesioner kemudian 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.

Pada kunjungan kedua, intervensi yang diberikan pada pasien adalah edukasi pemberian terapi medikamentosa. Pasien *herpes zoster* mendapatkan terapi antiviral dan analgetik berupa *acyclovir* (800mg, 5x sehari selama tujuh hari), dan *paracetamol* 3x500mg. 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 pasien diberikan *paracetamol* untuk mengambil manfaat dari analgetik dan antipiretiknya sehingga dapat meringankan beberapa gejala yang dialami pasien.

Adapun terapi non medikamentosa yang dilakukan pada pasien adalah melakukan konseling edukasi melalui media poster kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit *herpes zoster*, gejala, faktor risiko, cara penularan serta tatalaksananya. Memberikan informasi kepada pasien bahwa *herpes zoster* merupakan infeksi yang disebabkan oleh reaktivasi *virus varicella zoster* (VZV). Penyakit yang diderita merupakan penyakit yang dapat menular pada orang lain yang belum pernah menderita penyakit serupa serta penyakit pasien dapat berulang kembali menjadi *herpes zoster*, memberikan motivasi kepada pasien untuk menjaga kebersihan diri dan mematuhi pengobatan yang sesuai instruksi dokter. Pada pasien juga diedukasi mengenai cara pencegahan dari komplikasi penyakit *herpes zoster*, yaitu penyakit *neuralgia post herpetic* (NPH) dengan cara melakukan pengobatan secara dini setelah merasakan gejala *herpes zoster*.

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

Kunjungan ketiga dilakukan pada tanggal 19 Juni 2024. 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 perut dan punggung kiri sudah berkurang, yang tersisa berupa bercak-bercak putih pada kulit pasien. Selain itu, sudah terjadi perubahan dalam pola hidup keluarga pasien seperti lebih sering membersihkan rumah dan rutin menjemur kasur dan bantal. Pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien sudah

cukup baik. Kesadaran keluarga terkait pentingnya menjaga kesehatan kulit sudah cukup baik. Secara keseluruhan, tujuan intervensi dari berbagai aspek ini dinilai sudah cukup baik dari segi pengetahuan dan perubahan perilaku.

Evaluasi juga dilakukan dengan meminta pasien dan keluarganya untuk mengisi kuesioner. Pasien dan keluarga menjawab pertanyaan di kuesioner dengan benar dibandingkan sebelum dilakukan intervensi.

Simpulan

Pada kasus ini, didapatkan pasien dengan masalah kesehatan yaitu seorang perempuan usia 56 tahun dengan *herpes zoster* dengan pengetahuan tentang penyakit yang cukup kurang. 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.

SARAN

Bagi Pasien dan Keluarga:

1. Perlu meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyakit *herpes zoster*.
2. Menjaga perilaku hidup bersih dan sehat baik di rumah tangga maupun di lingkungan sekitar dan menerapkan pola hidup sehat berupa pola makan gizi sehat dan seimbang serta rutin berolahraga.
3. Dalam keluarga dapat mengubah pola pengobatan kuratif menjadi preventif serta memberikan dukungan apabila terdapat anggota keluarga yang sakit.

Bagi Pembina Selanjutnya:

Dapat melakukan pemantauan dan reevaluasi terhadap kondisi pasien.

Bagi Puskesmas:

1. Meningkatkan upaya promotif dan preventif berupa melakukan penyuluhan mengenai penyakit

herpes zoster dan pola hidup bersih dan sehat di wilayah kerja puskesmas Panjang.

2. Melakukan pencatatan dan pembinaan kasus *herpes zoster* yang ditemui di puskesmas untuk selanjutnya dilakukan penatalaksanaan secara holistik dan pencegahan penularan di komunitas.
3. Dapat melanjutkan pembinaan keluarga untuk kasus ini.

Daftar Pustaka

1. Levin MJ, Schmader KE, Oxman MN. Varicella and herpes zoster. In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
2. Damayanti PI. Herpes zoster pada geriatri. *Majalah Kedokteran MDVI*. 2020;47(3):161–166.
3. Schmader KE, Oxman MN. Varicella and herpes zoster. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 2383–2401.
4. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). *Herpes Zoster Vaccines: SAGE Working Group on Varicella and Herpes Zoster Vaccines*. Geneva: WHO; 2014.
5. Bardach AE, Palermo C, Alconada T, et al. Herpes zoster epidemiology in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255873.
6. Puspongoro EH. Penyakit virus. In: Liwunih S, Bramono K, Indriatmi W, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ke-7. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2015.
7. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, et al. Incidence of herpes zoster among children: 2003–2014. *Pediatrics*. 2019;144(1):e2018917.
8. Leung AKC, Barankin B. Herpes zoster in childhood. *Open J Pediatr*. 2015;5:766–770.
9. Cermin Dunia Kedokteran. Gabapentin sekali sehari untuk neuralgia pasca herpes zoster. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2012;38(3):230.
10. Sampathkumar P, Drage LA. Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(3):274–280.
11. Mitra B, Chopra A, Talukdar K, Saraswat N, Mitra D, Das J. A clinico-epidemiological study of childhood herpes zoster. *Indian Dermatol Online J*. 2017;10(4):481–485.
12. Aktas H, Erdal SA, Guvenc U. Herpes zoster in children: Evaluation of sixty cases. *Dermatol Ther*. 2019;32(6):e13064.
13. 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 Eur Med J*. 2018;6(1):118–123.
14. Philip A, Thakur R. Post herpetic neuralgia. *J Palliat Med*. 2011;14(6):765–773.
15. Gharibo C, Kim C. Postherpetic neuralgia: An overview of the pathophysiology, presentation, and management. *Pain Med News*. 2011;1–7.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Shingles (Herpes Zoster). 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/shingles/index.html>