

PENATALAKSANAAN HOLISTIK PADA PASIEN HERPES ZOSTER OFTALMIKA MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA : LAPORAN KASUS

Muhammad Bagus Nitei Ago^{1*}, Diana Mayasari²

¹Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

^{*}) Email Korespondensi: bagusniteiago@gmail.com

Abstract: Holistic Management Patient with Herpes Zoster Ophthalmic Through a Family Medicine Approach. Herpes zoster is an infectious disease caused by reactivation of latent infection with the varicella zoster virus (VZV). Ophthalmic herpes zoster (HZO) occurs in 10-20% of herpes zoster cases. Holistic management using a family medicine approach is needed to prevent complications by prioritizing patient-centered and community-oriented. The study conducted was a Case Report. Primary data was obtained through alloanamnesis, physical examination, home visits. Assessment based on a holistic diagnosis from the beginning, process and end of the research is carried out quantitatively and qualitatively. A 52 yearold patient came with the main complaint of fluid-filled pustules accompanied by painful reddish spots on the right forehead, the area around the right eye and the tip of the nose since 3 days ago. Blisters appear in groups filled with clear fluid. Clinically the patient was diagnosed with herpes zoster ophthalmic. Internal risk factors include a lack of knowledge regarding the disease and a history of suffering from varicella zoster. External risk factors include the patient often working overtime, the family not keeping the house clean. Medical and non-medical interventions were carried out on patients and families with education in 3 visits. Based on the evaluation results, it was found that there was an increase in knowledge about the disease and changes in behavior in patients.
Keywords: Family Medicine, Herpes Zoster Ophthalmic, Holistic Management.

Abstrak: Penatalaksanaan Holistik Pada Pasien Herpes Zoster Oftalmika Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. Herpes zoster adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh reaktivasi infeksi laten virus varisela zoster (VZV). Herpes zoster oftalmikus (HZO) terjadi pada 10-20% dari kasus herpes zoster. Penanganan secara holistik menggunakan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi dengan mengutamakan patient-centered dan community-oriented. Studi yang dilakukan adalah Case Report. Data primer diperoleh melalui alloanamnesis, pemeriksaan fisik, kunjungan rumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir penelitian dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien usia 52 tahun datang dengan keluhan utama muncul bintil berisi cairan disertai bercak kemerahan yang terasa nyeri pada dahi kanan, area sekitar mata kanan dan ujung hidung sejak 3 hari yang lalu. Lepuh timbul berkelompok berisi cairan jernih. Secara klinis pasien didagnosis herpes zoster oftalmika. Faktor risiko internal berupa kurangnya pengetahuan terkait penyakit dan riwayat menderita varisela zoster. Faktor risiko eksternal berupa Pasien sering lembur kerja, keluarga kurang menjaga kebersihan rumah. Dilakukan intervensi medikamentosa dan non-medikamentosa pada pasien dan keluarga dengan edukasi dalam 3 kali kunjungan. Berdasarkan hasil evaluasi didapatkan peningkatan pengetahuan mengenai penyakit dan adanya perubahan perilaku pada pasien.

Kata Kunci: Herpes Zoster Oftalmika, Kedokteran Keluarga, Penatalaksanaan Holistik

PENDAHULUAN

Herpes zoster adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh reaktivasi infeksi laten virus varisela zoster (VZV) dan lebih sering terjadi pada orang dewasa yang lebih tua dan individu dengan gangguan kekebalan tubuh (John & Canaday, 2017). Herpes zoster menyebabkan reaksi neurokutaneus unilateral pada suatu dermatom yang menyebabkan rasa nyeri dan ruam pustular (Jianbo et al., 2018).

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) diperkirakan terdapat 1 juta kasus herpes zoster setiap tahun di Amerika Serikat dan 1 dari 3 orang menderita herpes zoster dalam kehidupannya. Risiko terjadi herpes zoster meningkat seiring dengan bertambahnya usia akibat penurunan sistem kekebalan tubuh (Marra et al., 2020). Insiden herpes zoster di Korea adalah 2 per 1000 orang kelompok usia anak-anak dan 21,8 per 1000 orang pada kelompok usia 70-79 tahun serta insiden puncak herpes zoster pada usia 60-69 tahun (Kim et al., 2014).

Herpes zoster oftalmikus (HZO) terjadi pada 10-20% dari kasus herpes zoster. Herpes zoster oftalmikus terjadi ketika reaktivasi virus pada saraf trigeminus cabang oftalmikus (Vrcek et al., 2017). Lebih dari 50% kasus melibatkan okular termasuk keratitis, uveitis, skleritis, retina perivaskulitis dan neuritis optik (Niederer et al., 2021). Munculnya lesi pada ujung hidung disebut juga tanda hutchinson menunjukkan keterlibatan nervus nasosiliaris merupakan faktor predilektor komplikasi okular yang serius seperti uveitis, keratitis dan kebutaan (Matsuura & Senoo, 2018).

Laporan kasus ini membahas tentang pasien perempuan usia 52 tahun yang didiagnosis Herpes Zoster Oftalmika. Penyakit Herpes Zoster Oftalmika merupakan penyakit yang dapat dikendalikan dengan pola hidup sehat. Dalam mengubah perilaku dibutuhkan faktor pendorong salah satunya dukungan keluarga dan komunitas. Tatalaksana holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga meliputi patient centered, family

focused dan community oriented, maka dari itu pada pasien ini perlu dilakukan pendekatan kedokteran keluarga untuk mendorong perubahan perilaku pasien.

METODE

Penelitian yang dilakukan adalah sebuah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui *autoanamnesis* dan *alloanamnesis*, pemeriksaan fisik serta lokalis dan kunjungan ke rumah dengan pengisi folder keluarga dan pengisian bagan pasien yang diperoleh melalui wawancara mendalam. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian didasarkan pada diagnosis keseluruhan dari kunjungan pertama, kunjungan proses dan kunjungan terakhir.

ILUSTRASI KASUS

Pasien Ny.P berusia 52 tahun suku Jawa, warga negara Indonesia, datang ke Puskesmas Natar pada hari Senin, 21 Maret 2022 dengan keluhan utama muncul bintil berisi cairan disertai bercak kemerahan yang terasa nyeri pada dahi kanan, area sekitar mata kanan dan ujung hidung sejak 3 hari yang lalu. Lepuh timbul berkelompok berisi cairan jernih satu hari setelah keluhan demam dan nyeri pada dahi kanan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk, panas seperti terbakar dan mata terasa seperti tertarik. Nyeri dirasakan semakin hebat, terus menerus sepanjang hari hingga mengganggu istirahat. Tidak ada riwayat digigit serangga, berpergian ke sawah atau kebun. Pasien tidak pernah mengalami penyakit serupa sebelumnya. Pasien pernah menderita penyakit cacar air pada saat anak-anak (usia pasti tidak ingat). Riwayat penyakit seperti diabetes melitus, tuberkulosis, penyakit jantung, hipertensi dan keganasan disangkal.

Pasien memiliki keinginan untuk mengetahui tentang penyakit kulitnya dan pasien juga mengatakan ingin sembuh. Pasien juga merasa bingung dan khawatir apabila keluhan penyakit kulitnya kembali kambuh dikarenakan dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien dan mengganggu aktivitas

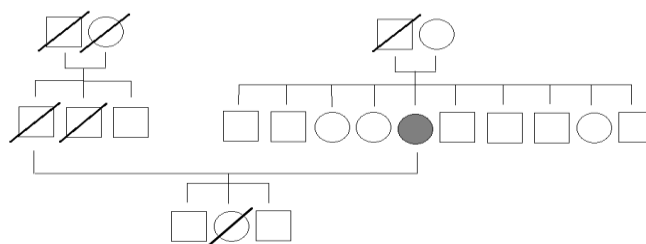
sehari-hari. Pasien belum mengetahui apa penyebab penyakit ini.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: Tampak sakit ringan; tekanan darah: 120/80 mmHg; frekuensi nadi: 86 x/menit; frekuensi nafas: 20 x/menit; suhu: 36,8 oC; berat badan 53 kg dan tinggi badan 158 cm. Hasil IMT: 21,2 kg/m². Didapatkan ambang batas IMT yaitu normal. Pada pemeriksaan mata didapatkan kemerahan pada mata kanan dan pengelihatan normal, bercak merah pada ujung hidung. Pada pemeriksaan leher, didapatkan JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB. Pada pemeriksaan paru, didapatkan dada simetris, gerak dada dan fremitus taktil simetris, tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Pada pemeriksaan jantung, didapatkan bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan, murmur (-). Pada pemeriksaan abdomen, tidak didapatkan organomegali ataupun asites, kesan dalam batas normal. Ekstremitas baik superior maupun inferior tidak didapatkan adanya edema, CRT kurang dari dua detik, kesan normal.

Pada status lokalis regio temporalis dekstra, regio periorbita dekstra dan regio nasalis terdapat vesikel dengan dasar eritema, multiple, milier-numular, bentuk bulat dan

ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, unilateral. Kesan gambaran herpetiformis dengan batas tegas. Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Pasien sudah menikah dan tinggal bersama kedua anaknya, suami pasien sudah meninggal pada tahun 2020 akibat pembengkakan hati. Anak pertama pasien Tn. P, berusia 32 tahun dan anak ketiga pasien Tn.B, berusia 18 tahun. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga orang tua tunggal, yaitu terdiri dari pasien dan kedua anaknya. Pasien sehari-hari bekerja sebagai buruh pabrik keripik singkong. Dalam menyelesaikan masalah, setiap anggota keluarga ikut dalam musyawarah dengan peran pasien sebagai penentu keputusan. Gaji didapat dari pekerjaan pasien sebagai buruh pabrik keripik dan anak pertama pasien sebagai tenaga kontrak di kantor pemerintahan desa.

Keluarga pasien jarang berkumpul. Keluarga pasien beribadah di rumah dan di masjid. Keluarga mendukung untuk berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan jika ada keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Jarak rumah ke puskesmas ± 3 km.

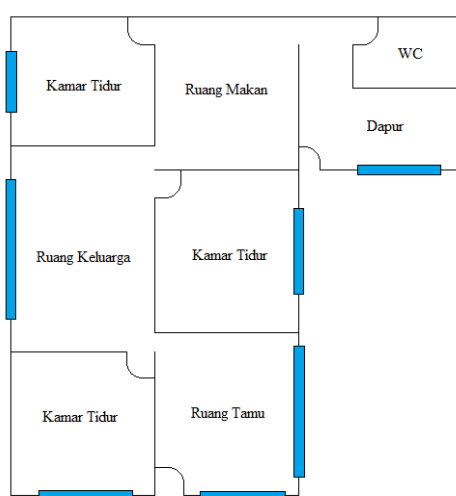


- Keterangan:
- : Laki-laki
 - : Perempuan
 - ◻ : Meninggal
 - ◻ : Pernikahan
 - : Pasien

Gambar 1. Genogram keluarga Ny. P

Pasien tinggal di rumah dengan ukuran 10x15 meter. dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah tiga orang. Rumah terdiri dari ruang tamu, ruang keluarga, tiga kamar tidur, satu kamar mandi, dapur, dan ruang makan. Atap rumahnya terbuat dari genteng, dengan lantai keramik. Dinding sudah tembok dan dilapisi cat. Untuk pencahayaan disiang hari, terdapat jendela di ruang tamu, ruang keluarga dan kamar tidur. Ukuran jendela pada ruang tamu cukup besar, akan tetapi pada kamar pasien kurang memadai.

Pada kunjungan pertama didapatkan kebersihan rumah kurang, lantai bersih namun barang berantakan. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang sprei sedikit berantakan. Terdapat satu kamar mandi dengan WC jongkok. Sumber air untuk kebutuhan masak, mandi, dan mencuci, didapat dari sumur bor di belakang rumah. Sedangkan air untuk minum lebih sering dari air isi ulang (galon). Saluran air dialirkan ke Septic tank. Sumber air dan septic tank berjarak 7 meter.



■ : Jendela dan Ventilasi

Gambar 2. Denah Rumah Ny. P

DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL

1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: Timbul lepuh dan bercak kemerahan yang terasa nyeri di dahi, hidung dan daerah sekitar mata kanan
- Kekhawatiran: Sakit akan bertambah berat;
- Harapan: Penyakitnya bisa sembuh dan tidak timbul keluhan serta tidak terjadi komplikasi

2. Aspek Klinis

- Herpes zoster (ICD X: B02) dan ICPC: herpes zoster (S70)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan masih kurang tentang penyakit yang diderita (ICD X- Z55.9)
 - Pola berobat kuratif (ICD X-Z92.3)
 - Riwayat menderita penyakit varisela zoster pada saat kanak-kanak
 - Personal hygiene yang kurang baik
- #### 4. Aspek Risiko Eksternal
- Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit (ICD X- Z55.9)
 - Pola berobat kuratif (ICD X: Z76.8)
 - Pasien sering lembur kerja dan keluarga kurang termotivasi untuk menjaga kebersihan rumah
- #### 5. Derajat Fungsional: 2 (dua), pasien mulai mengurangi aktivitas berat, aktivitas ringan masih mampu.

INTERVENSI

Intervensi yang dilakukan pada pasien ini berupa medikamentosa dan non- medikamentosa sesuai penyakit pasien. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah kekambuhan agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien menggunakan pemaparan dengan slide yang berisi tentang penyakit *herpes zoster* berisi keluhan, perawatan dan pencegahan penyakit serta pencegahan komplikasi. Pasien diedukasi untuk tidak menggaruk lesi dan segera mengonsumsi obat gatal dengan resep dokter, memberikan motivasi untuk minum obat secara kontinu, memberikan edukasi kepada keluarga untuk menjadi pengingat minum obat, untuk selalu memberikan dukungan pada pasien serta berperan menjadi tempat bercerita ketika pasien memiliki masalah atau hal-hal yang menjadi beban pikiran.

Kunjungan ke rumah pasien dilakukan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan untuk melengkapi data pasien. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi. Kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi *atas patient center, family focused dan community oriented*.

1. Patient Centered

- Medikamentosa: Acyclovir tab 5x800 mg; Paracetamol 3x500 mg ; Cetirizine 1x10 mg
- Non medikamentosa: Edukasi dan motivasi pasien untuk menjaga kebersihan, edukasi tentang pencegahan penyakit herpes zoster, konseling tentang pencegahan dan penanganan komplikasi dan manajemen stres.

2. Family focused

- Konseling kepada keluarga pasien mengenai penyakit herpes zoster, gejala, pengobatan awal dan pencegahan
- Edukasi pencegahan penularan herpes zoster
- Memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan pola hidup bersih dan sehat serta pemeriksaan kesehatan secara rutin

3. Community oriented

- Memotivasi pasien dan keluarga untuk melakukan pola hidup bersih dan sehat serta pemeriksaan kesehatan secara rutin

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

1. Aspek Personal

- Alasan Kedatangan: Lepuh dan bercak kemerahan di kulit sudah berkurang, rasa nyeri sudah tidak dirasakan.
- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien sudah berkurang karena adanya peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita.
- Persepsi: Pasien mengetahui faktor apa saja yang bisa menyebabkan penularan herpes zoster dan bagaimana pencegahannya.
- Harapan: Penyakitnya bisa sembuh dan tidak timbul keluhan serta tidak terjadi komplikasi.

2. Aspek Klinis

- Herpes zoster (ICD X: B02) dan ICPC: herpes zoster (S70)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita meningkat yaitu pasien mengetahui pencegahan dan faktor pencetus serta gaya hidup yang tepat sesuai dengan penyakitnya.
- Pasien menjaga daya tahan tubuh agar penyakit herpes zoster yang diderita tidak berulang.

4. Aspek Risiko Eksternal
 - Pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya meningkat
 - Pasien dan keluarga mengetahui pencegahan yang dapat dilakukan agar terhindar dari infeksi herpes dan penularannya
 - Pasien dan keluarga menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitar rumah
 - Pasien menjaga kebersihan diri dan berhati-hati agar tidak tertular infeksi herpes zoster
5. Derajat Fungsional: 1 (satu), pasien dapat mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan kepada Ny. P, berusia 52 tahun. Pasien datang dengan keluhan muncul bintil berisi cairan disertai bercak kemerahan yang terasa nyeri pada dahi kanan, area sekitar mata kanan dan ujung hidung sejak 3 hari yang lalu. Pertemuan dilakukan tiga kali yaitu kunjungan pertama dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada pertemuan kedua dilakukan intervensi secara tatap muka. Pada kunjungan ketiga dilakukan evaluasi. Herpes zoster merupakan penyakit yang disebabkan oleh reaktivasi virus Varicella Zoster (VZV) yang berada di ganglion akar dorsal sensorik yang biasanya terjadi setelah infeksi primer yang menyebabkan cacar air. Biasanya, setelah terjadi varicella, sistem kekebalan tubuh membunuh VZV untuk mencegah reaktivasi, namun kadangkala supresi oleh sistem imun gagal untuk mencegahnya. Ketika reaktivasi VZV terjadi, virus ini diangkut ke sepanjang mikrotubulus dalam akson sensorik untuk menginfeksi sel epitel, yang kemudian membentuk ruam yang terasa nyeri dan gatal dan berlokasi di daerah dermatom yang terkena secara unilateral. (Olabode, et al., 2018).

Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, dan pemeriksaan fisik. Dari hasil anamnesis, didapatkan bahwa Ny. P mengeluhkan adanya gejala prodromal berupa demam, dan rasa pegal pada otot dan sendi, yang merupakan gejala

terjadinya infeksi. Ny. P juga mengatakan pernah mengalami sakit cacar air ketika anak-anak. Dari pemeriksaan fisik lokalis didapatkan adanya vesikel-vesikel dengan dasar eritema, multiple, milier, berbentuk bulat dan ireguler, batas tegas, tepi tidak rata, unilateral. Kesan gambaran herpetiformis.

Diagnosis herpes zoster sebagian besar dibuat dengan pemeriksaan klinis yang terperinci, dan distribusi dermatom yang khas dari vesikel berkelompok sudah dapat memastikan diagnosis. Setelah muncul gejala prodromal selama 2-4 hari, biasanya akan muncul gejala klinis yang khas berupa nyeri, distribusi yang khas dermatomal, adanya vesikel berkelompok atau dalam beberapa kasus dapat ditemukan papul, serta tidak ada riwayat ruam serupa pada distribusi yang sama (Pusponegoro & Erdina, 2015). Risiko untuk terjadi herpes zoster cenderung lebih tinggi pada orang yang memiliki riwayat cacar air dibandingkan pada orang yang telah divaksinasi dan tidak memiliki riwayat cacar air. Oleh karena itu, herpes zoster dan neuralgia post herpetik dapat dicegah dengan vaksinasi (Aktas, Erdal, & Güvenç, 2019).

Diagnosis dapat dikonfirmasi dengan tzanck test dari kerokan dasar vesikel yang menunjukkan sel datia 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 (Mitra et al., 2017). Dalam kasus ini, pada Ny. P tidak dilakukan pemeriksaan penunjang untuk herpes zoster karena diagnosis sudah dapat ditegakkan pada gambaran klinis yang ada. Pemeriksaan penunjang seperti Tzanck Test dan histopatologi direkomendasikan bila lesi yang muncul atipikal seperti lesi rekuren, dermatom yang terlibat multiple, lesi tampak krusta kronis atau nodul verukosa dan bila lesi pada area sacrum sehingga diragukan patogennya akibat VZV atau herpes simplex virus. (Sampathkumar & Drage, 2009).

Pada saat pengobatan di puskesmas, pasien diberikan tatalaksana berupa acyclovir 800 mg yang diminum lima kali sehari selama tujuh hari, serta obat-obatan simptomatik seperti parasetamol sebagai antipiretik dan analgesik serta cetirizine untuk mengurangi rasa gatal. Adapun terapi non-medikamentosa diberikan pada saat kunjungan pertama dan kedua berupa konseling edukasi dengan media power point mengenai penyakit herpes zoster, penyebab, cara pengobatan dan perawatan, pencegahan, serta komplikasinya. Untuk pengobatan farmakologi yang diberikan, pasien diberikan obat Hidrokortison cream 2 x sehari (dioleskan pada lesi kulit) dan Cetirizine 1 x 10 mg, untuk penanganan pada keluhan gatal di kulit, serta diberikan amlodipin 10 mg untuk mengatasi hipertensinya. Penatalaksanaan neurodermatitis bertujuan untuk mengurangi gejala gatal dan memperkecil luka akibat garukan atau gosokan. Pemberian kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi reaksi inflamasi dan antihistamin oral untuk mengurangi rasa gatal. Terapi yang efektif pada pasien neurodermatitis seharusnya adalah koreksi stimulasi psikologis, yang berperan penting dalam penyakit ini. Terapi topikal yang dapat digunakan antara lain, steroid topikal, agen keratolitik seperti asam salisilat, kapsasin dan krioterapi. Pengobatan hipertensi pada pasien diberikan golongan calcium canal blocker (CCB) yaitu Amlodipin 10 mg satu kali sehari.

Tujuan utama terapi pada pasien herpes zoster ialah untuk mempercepat penyembuhan, mengurangi kesakitan akibat nyeri yang dirasakan, serta mencegah penyakit kearah yang lebih parah atau muncul komplikasi. Terapi antiviral yang dapat dijadikan pilihan adalah acyclovir, famciclovir, dan valacyclovir. Obat-obatan tersebut dapat menghambat polimerasi Varicella Zoster Virus. Efek samping yang mungkin muncul biasanya mual, muntah, diare, dan sakit kepala. Acyclovir diberikan lima kali dengan dosis 800 mg selama 7-10 hari atau famciclovir 250-500 mg diberikan tiga

kali sehari selama tujuh hari. Alternatif lainnya ialah valacyclovir 1000 mg diberikan tiga kali sehari. Obat-obatan ini diekskresikan di ginjal sehingga dosis pemberiannya harus disesuaikan dengan pasien insufisiensi ginjal (Cohen, 2013).

Pada kasus ini, pasien diberikan acyclovir 800 mg yang diminum sebanyak lima kali sehari selama tujuh hari. Studi menyatakan bahwa acyclovir terbukti aman serta dapat mengurangi lamanya demam dan jumlah lesi yang timbul. Acyclovir 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 varicella. (Dworkin, et al., 2012). Analgesik diberikan untuk mengurangi nyeri yang ditimbulkan oleh herpes zoster. Pada kasus pasien diberikan paracetamol 500 mg diminum sehari tiga kali selama pasien masih merasakan nyeri. Digunakan paracetamol untuk mendapatkan efek analgesik dan antipiretik. (Dumasari, 2008).

Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) diberikan kepada pasien untuk mencegah penularan, menjaga lesi tetap kering, dan menjaga kebersihan lesi untuk mengurangi risiko superinfeksi bakteri. Komplikasi seperti NPH atau komplikasi signifikan lainnya seperti infeksi sekunder atau viremia diseminata jarang dilaporkan (Harpaz & Leung, 2019). Pada pasien ini terjadi perbaikan kondisi klinis dalam satu minggu setelah pemberian tatalaksana.

KESIMPULAN

Pada kasus ini didapatkan pasien Ny P, usia 52 tahun, dengan diagnosis herpes zoster. Keluarga kurang memahami tentang penyakit pasien. Dalam melakukan intervensi terhadap pasien tidak hanya memandang aspek klinis tetapi juga aspek psikososial.

Memberikan motivasi terhadap pasien dan keluarga, penting untuk pemeriksaan dan penanganan yang holistik, komprehensif dan berkesinambungan. Dari hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan, keluhan yang dirasakan sudah berkurang, dan kepatuhan Ny P dalam mengikuti anjuran terapi, baik terapi farmakologi maupun non farmakologi sudah baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aktaş, H., Erdal, S. A., & Güvenç, U. (2019). Herpes Zoster in children: Evaluation of the sixty cases. *Dermatologic Therapy*, 32(6), 1-5
- Cohen J. (2013). Herpes zoster. *N Engl J Med*, 36(9);255-63
- Dumasari, R. (2008). *Varicella dan herpes zoster*. Medan : Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK USU
- Dworkin, R, Robert WJ, Judith B, et al. (2012). Recommendation for the management of herpes zoster. *Clinical infectious disease*. 44: 1-26
- Harpaz, R., & Leung, J. W. (2019). The epidemiology of herpes zoster in the United States during the era of varicella and herpes zoster vaccines: Changing patterns among older adults. *Clinical Infectious Diseases*, 69(2), 341-344
- Jianbo, W., Koshy, E., Mengting, L., & Kumar, H. (2018). Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 84(3), 251
- John, A. R., & Canaday, D. H. (2017). Herpes zoster in the older adult. *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(4), 811-826
- Kim, Y. J., Lee, C. N., Lim, C.-Y., Jeon, W. S., & Park, Y. M. (2014). Population-Based study of the epidemiology of herpes zoster in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 29(12), 1706-1710
- Marra, F., Parhar, K., Huang, B., & Vadlamudi, N. (2020). Risk factors for herpes zoster infection: A meta-analysis. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(1)
- Matsuura, H., & Senoo, A. (2018). Herpes zoster and Hutchinson's sign. *QJM: An International Journal of Medicine*, 111(7): 483
- Mitra, B., Chopra, A., Talukdar, K., Saraswat, N., Mitra, D., & Das, J. (2017). A Clinico-epidemiological Study of Childhood Herpes Zoster. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(4), 481-485
- Olabode, O., Sebastine, O., and Akinboro, A. (2018). Herpes Zoster in Diverse Situations: A Review. *International Journal of Clinical Medicine*: 716-36
- Pusponegoro, Erdina HD. (2015). Penyakit virus. In: Sri Linuwih, Kusmarinah B, Wresti I, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. Edisi Ketujuh. Jakarta: FK UI
- Sampathkumar, P, Drage LA (2009). Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clin Proc*. 84(3): 274-80