

LAPORAN KASUS
HERPES ZOSTER



Disusun Oleh:

dr. Darari Dini Hanifati

Pendamping:

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
ANGKATAN III PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023
PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH
2023

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan kasus dengan judul “Herpes Zoster”

diajukan untuk memenuhi tugas pelaksanaan Internship Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah disetujui dan dipresentasikan

Pada tanggal:

Disusun oleh:

dr. Darari Dini Hanifati

Mengetahui,

Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM

**PESERTA PROGRAM INTERNSHIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023
PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN
MEI 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan kasus dengan judul “Herpes Zoster”

diajukan untuk memenuhi tugas pelaksanaan Internship Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah disetujui dan dipresentasikan

Pada tanggal:

Disusun oleh:

dr. Darari Dini Hanifati

Mengetahui,

Pendamping

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

**PESERTA PROGRAM INTERNSHIP DOKTER INDONESIA (PIDI)
PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023
PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN
MEI 2023**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan laporan kasus yang berjudul Herpes Zoster di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen. Laporan kasus ini disusun dalam rangka memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia. Dalam menyusun laporan lasus ini, penulis, telah mendapatkan banyak bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat waktu. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih dan apresiasi kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kemampuan, serta kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan laporan kasus ini.
2. dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti selaku dokter pendamping di Puskesmas Ambal II yang telah banyak memberikan bimbingan, semangat, motivasi, serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
3. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II atas kerjasama dan bantuannya selama kegiatan internsip berjalan.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan laporan kasus ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi penyempurnaan laporan kasus ini. Penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Ambal, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

<u>HALAMAN PENGESAHAN</u>	ii
<u>KATA PENGANTAR</u>	iii
<u>DAFTAR ISI</u>	iv
<u>BAB I PENDAHULUAN</u>	1
<u>BAB II LAPORAN KASUS</u>	2
<u>BAB III TINJAUAN PUSTAKA</u>	13
<u>BAB IV PEMBAHASAN</u>	20
<u>BAB V KESIMPULAN</u>	23
<u>DAFTAR PUSTAKA</u>	24

BAB I

PENDAHULUAN

Herpes zoster merupakan salah satu penyakit kulit akibat infeksi virus, yaitu reaktivasi virus varisela zoster. Virus akan mulai mereplikasi dalam beberapa waktu kedepannya, bergerak menyusuri saraf sensorik di dalam kulit. Gejalanya berupa radang kulit akut yang bersifat khas berupa vesikel-vesikel yang tersusun berkelompok, unilateral di sepanjang persarafan sensorik kulit sesuai dengan dermatom.¹

Herpes zoster bisa terjadi pada usia berapapun tetapi paling sering terjadi pada usia diatas 50 tahun.² Insiden zoster meningkat dengan usia. Di bawah usia 45 tahun kejadian per tahun kurang dari 1 dari 1000 orang. Meningkatnya insidens herpes zoster pada usia lanjut berkaitan dengan menurunnya respon imun yang dapat pula terjadi pada pasien imunokompromais seperti pasien HIV-AIDS, pasien dengan keganasan, dan pasien yang mendapat obat immunosupresi.¹

Terapi antivirus merupakan landasan terapi dalam pengelolaan herpes zoster. Manfaat utama terapi adalah pengurangan durasi dan keparahan nyeri akibat zoster. Oleh karena itu, pengobatan pada pasien imunokompeten diindikasikan bagi mereka yang berisiko tinggi untuk terus menerus sakit pada mereka yang berusia lebih dari 50 tahun. Hal ini juga dianjurkan untuk mengobati semua pasien dengan nyeri pada herpes zoster yang berat, zoster ophthalmic, sindrom Ramsay Hunt, immunosupresi, kulit atau penyebaran visceral, dan keterlibatan saraf motorik. Dalam kasus yang paling parah, terutama pada zoster ophthalmic, terapi intravena dapat dipertimbangkan. Terapi harus dimulai segera setelah diagnosis ditegakkan dengan menunggu konfirmasi laboratorium. terapi lebih baik diberikan pada hari pertama, ke-3 dan ke-4.¹

Menurut Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahun 2012, kompetensi herpes zoster tanpa komplikasi bagi dokter umum adalah 4A, yang berarti level kompetensi tertinggi yang perlu dicapai oleh dokter umum, di mana dokter dapat mengenali tanda klinis, mendiagnosis, menatalaksana hingga tuntas kecuali pada perjalanannya timbul komplikasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Definisi

Herpes zoster atau *shingles* merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh reaktivasi virus varisela-zoster yang laten endogen di ganglion sensoris radiks dorsalis setelah infeksi primer.⁷ Herpes zoster adalah penyakit yang menyerang kulit dan mukosa.⁸

Herpes zoster ditandai dengan adanya vesikel yang tersusun berkelompok, unilateral di sepanjang persarafan sensorik kulit sesuai dengan dermatom.¹ Virus ini tidak hilang tuntas dari tubuh setelah infeksi primernya dalam bentuk varisela melainkan dorman pada sel ganglion dorsalis sistem saraf sensoris yang kemudian pada saat tertentu mengalami reaktivasi dan bermanifestasi sebagai herpes zoster.¹

II.2 Etiologi

Herpes zoster disebabkan oleh infeksi virus varisela zoster (VVZ) yang tergolong virus berinti DNA, virus ini berukuran 140-200 nm dan termasuk subfamili alfa herpes viridae. Berdasarkan sifat biologisnya VVZ diklasifikasikan kedalam 3 subfamili yaitu alfa, beta dan gamma. VVZ dalam subfamili alfa mempunyai sifat khas menyebabkan infeksi primer pada sel epitel yang menimbulkan lesi vaskuler. Selanjutnya setelah infeksi primer, infeksi oleh virus herpes alfa biasanya menetap dalam bentuk laten didalam neuron dari ganglion. Virus yang laten ini pada saatnya akan menimbulkan kekambuhan secara periodik. Secara in vitro virus herpes alfa mempunyai jajan penjamu yang relatif luas dengan siklus pertumbuhan yang pendek serta mempunyai enzim yang penting untuk replikasi meliputi virus spesifik DNA polimerase dan virus spesifik deoxyridine (thymidine) kinase yang disintesis di dalam sel yang terinfeksi.²

Virus menginfeksi sel limfosit T teraktivasi, sel epitel, dan sel epidermal untuk replikasi produktif serta sel neuron. Virus ini akan mengalami inaktivasi pada suhu 56-60°C dan menjadi tidak berbahaya

apabila bagian selubung virus ini rusak. Penyebaran virus ini dapat terjadi melalui pernapasan dan melalui vesikel pada kulit pada penderita.⁶

II.3 Epidemiologi

Herpes zoster dapat muncul disepanjang tahun karena tidak dipengaruhi oleh musim dan tersebar merata di seluruh dunia, tidak ada perbedaan angka kejadian antara laki-laki dan perempuan. Insidensi herpes zoster terjadi pada 20 % populasi dunia dan 10 % diantaranya adalah herpes zoster oftalmikus. Di negara maju seperti Amerika, penyakit ini dilaporkan sekitar 6% setahun, di Inggris 0,34% setahun sedangkan di Indonesia kurang lebih 1% setahun.⁴

Kelompok yang memiliki risiko lebih besar hingga 50% untuk terkena HZ adalah kelompok usia tua dan *immunocompromised*. HZ jarang terjadi pada anak-anak dan dewasa muda, kecuali mereka yang memiliki AIDS, limfoma, keganasan lainnya, ataupun menjalani transplantasi sum-sum tulang belakang dan ginjal. Insidensi meningkat berhubungan dengan usia. Lebih dari 66% pasien HZ adalah berusia lebih dari 50 tahun.

II.4 Patofisiologi

Setelah VZV masuk melalui saluran pernapasan atas, atau setelah penderita berkontak dengan lesi kulit, selama masa inkubasinya terjadi viremia primer. Infeksi mula-mula terjadi pada selaput lendir saluran pernapasan atas kemudian menyebar dan terjadi viremia primer. Pada viremia primer ini, virus menyebar melalui peredaran darah dan sistem limfa ke hepar, dan berkumpul dalam monosit/makrofag, disana virus bereplikasi, pada kebanyakan kasus virus dapat mengatasi pertahanan non-spesifik sehingga terjadi viremia sekunder. Pada viremia sekunder, virus berkumpul di dalam Limfosit T, kemudian virus menyebar ke kulit dan mukosa dan bereplikasi di epidermis memberi gambaran sesuai dengan lesi varisela.

Virus varisella zoster akan menetap dalam kondisi dorman pada ganglion posterior susunan saraf tepi dan ganglion kranialis orang tersebut. Apabila sistem imun orang tersebut rendah atau menurun misalnya karena pertambahan usia pada pasien usia lanjut atau karena penyakit immunosupresif contohnya penyakit AIDS, penyakit leukimia, dan penyakit limfoma maka

virus varisella zoster tersebut dapat aktif kembali dan menyebar melalui saraf tepi ke kulit sehingga menimbulkan penyakit HZ.¹⁰

Sebelum timbul gejala kulit terdapat gejala prodormal baik sistemik (demam, pusing, malaise), maupun gejala prodormal lokal (nyeri otot dan tulang, gatal, pegal dan sebagainya). Kemudian disusul timbulnya erupsi kulit berupa papul eritematosa yang dalam waktu beberapa jam berubah menjadi vesikel (8-12 jam).¹¹

Cairan dalam vesikel kecil mula-mula jernih, kemudian vesikel berubah menjadi besar dan keruh akibat sebaran sel radang polimorfonuklear lalu menjadi pustula. Kemudian terjadi absorpsi dari cairan dan lesi mulai mengering dimulai dari bagian tengah dan akhirnya terbentuk krusta. Krusta akan lepas dalam 1-3 minggu tergantung pada dalamnya kelainan kulit. Bekasnya akan membentuk cekungan dangkal berwarna merah muda, dapat terasa nyeri, kemudian berangsur-angsur hilang. Lesi-lesi pada membran mukosa (hidung, faring, laring, trakea, saluran cerna, saluran kemih, vagina dan konjungtiva) tidak langsung membentuk krusta, vesikel-vesikel akan pecah dan membentuk luka yang terbuka, kemudian sembuh dengan cepat. Penyulit berupa infeksi sekunder dapat terjadi ditandai dengan demam yang berlanjut dengan suhu badan yang tinggi (39-40,5°C).⁸

Dermatom T3 hingga L3 merupakan dermatom yang sering terlibat. Apabila infeksi melibatkan nervus trigeminal cabang ophtalmicus, akan muncul zoster ophtalmicus. Apabila pasien zoster ophtalmicus tidak mendapatkan terapi antiviral yang adekuat dapat berujung pada kebutaan. Jika infeksi melibatkan cabang trigeminal yang lain, lesi dapat muncul pada mulut, lidah, dan lain-lain.⁴

Pada pasien herpes zoster dapat pula muncul sindroma Ramsay Hunt, yaitu nyeri dan vesikel yang didapatkan pada canalis auditiva externus, disertai kehilangan kemampuan mengecap pada dua pertiga lidah. Hal ini terkait dengan infeksi nervus facialis. Neuralgia postherpetic, hypoesthesia maupun hyperesthesia juga bisa ditemukan pada pasien.⁵

II.5 Gejala Klinis

Herpes zoster dapat dimulai dengan timbulnya gejala prodromal berupa sensasi abnormal atau nyeri otot lokal, nyeri tulang, pegal, parestesia sepanjang dermatom, gatal, rasa terbakar dari ringan sampai berat. Nyeri dapat menyerupai sakit gigi, pleuritis, infark jantung, nyeri duodenum, kolesistitis, kolik ginjal atau apendisitis. Dapat juga ditemui gejala konstitusi misalnya nyeri kepala, malaise dan demam. Gejala prodromal dapat berlangsung selama beberapa hari (1-10 hari, rata-rata 2 hari).

Setelah awitan gejala prodromal, timbul erupsi kulit yang biasanya gatal atau nyeri terlokalisata (terbatas di suatu dermatom) berupa makulopapular eritematosa yang dalam 12-24 jam menjadi vesikel jernih berkelompok selama 3-5 hari. Selanjutnya isi vesikel menjadi keruh dan akhirnya pecah menjadi krusta (selama 7-10 hari). Krusta biasanya bertahan 2-3 minggu. Sebagian besar kasus herpes zoster, erupsi kulitnya menyembuh secara spontan tanpa gejala sisa.⁸

Beberapa sumber mengatakan bahwa perjalanan penyakit dari HZ dapat dibagi menjadi 3 fase, yaitu fase preeruptif, eruptif akut, dan kronik. Fase preeruptif ditandai dengan rasa nyeri, gatal, ataupun kebas pada satu atau lebih segmen dermatom. Fase ini berlangsung selama 1-10 hari. Gejala lain pada fase ini adalah malaise, mialgia, sakit kepala, dan demam. Fase eruptif akut ditandai dengan adanya eritema pada satu segmen dermatom, indurasi, limfadenopati regional, vesikel bergerombol dengan dasar eritema, dan vesikel yang sudah mengalami ruptur. Fase ini berlangsung selama 1-15 hari dan lesi menghilang secara tuntas dalam beberapa bulan. Fase kronik atau PHN ditandai dengan adanya nyeri persisten pada daerah yang terserang pada 30 hari atau lebih pasca menghilangnya semua lesi. Nyeri terasa sangat hebat dan terjadi dalam beberapa bulan bahkan tahun. Hal ini banyak terjadi pada pasien usia lanjut⁹. Frekuensi herpes zoster menurut dermatom yang terbanyak pada dermatom torakal (55%), kranial (20%), lumbal (15%), dan sakral (5%).

II.6 Klasifikasi

1. Herpes zoster oftalmikus

Herpes zoster oftalmikus merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai bagian ganglion gasseri yang menerima serabut saraf dari cabang ophtalmicus saraf trigeminus (N.V), ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit. Infeksi diawali dengan nyeri kulit pada satu sisi kepala dan wajah disertai gejala konstitusi seperti lesu, demam ringan. Gejala prodromal berlangsung 1 sampai 4 hari sebelum kelainan kulit timbul. Fotofobia, banyak keluar air mata, kelopak mata bengkak dan sukar dibuka.



Gambar 1. Herpes zoster oftalmikus sinistra.

2. Herpes zoster fasialis

Herpes zoster fasialis merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai bagian ganglion gasseri yang menerima serabut saraf fasialis (N.VII), ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit.



Gambar 2. Herpes zoster fasialis dekstra

3. Herpes zoster brakialis

Herpes zoster brakialis merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai pleksus brakialis yang ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit.



Gambar 3. Herpes zoster brakialis sinistra.

4. Herpes zoster torakalis

Herpes zoster torakalis merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai pleksus torakalis yang ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit.



Gambar 4. Herpes zoster torakalis sinistra

5. Herpes zoster lumbalis

Herpes zoster lumbalis merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai pleksus lumbalis yang ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit.

6. Herpes zoster sakralis

Herpes zoster sakralis merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai pleksus sakralis yang ditandai erupsi herpetik unilateral pada kulit.



Gambar 5. Herpes zoster sakralis dekstra.

II.7 Diagnosis

Anamnesis

Diagnosis herpes zoster pada anamnesis didapatkan keluhan berupa neuralgia (nyeri) beberapa hari sebelum atau bersama-sama dengan timbulnya kelainan kulit. Seringkali sebelum timbul kelainan kulit didahului gejala prodromal seperti demam, pusing dan lemas

Pemeriksaan kulit

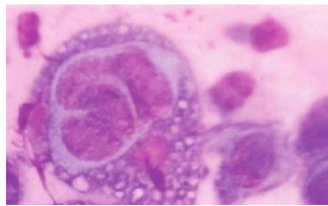
Karakteristik dari erupsi kulit pada herpes zoster terdiri atas vesikel-vesikel berkelompok, dengan dasar eritematosa, unilateral, dan mengenai satu dermatom.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat mendukung diagnosa HZ adalah :

1. Tzank Test

Pemeriksaan sediaan apus tes Tzanck membantu menegakkan diagnosis dengan menemukan gambaran *multinucleated giant cells*.⁶ Pada pemeriksaan histopatologi ditemukan serbuk sel limfosit yang mencolok, nekrosis sel dan serabut saraf, proliferasi endotel pembuluh darah kecil, hemoragi fokal dan inflamasi bungkus ganglion. Partikel virus dapat dilihat dengan mikroskop elektron dan antigen virus herpes zoster dapat dilihat secara imunofluoresensi.⁶



Gambar 6. *Multinucleated Giant Cells* pada Pemeriksaan Tzank

2. Pemeriksaan antigen dengan metode PCR.
3. Tes serologi dengan mengukur imunoglobulin spesifik.

II.8 Diagnosis Banding

- a. Varisela
- b. Herpes Simpleks
- c. Dermatitis Kontak
- d. Pemfigus Vulgaris

- e. Dermatitis Herpetiformis
- f. Pruritic Papular Eruption¹²

II.9 Tata Laksana

Secara umum penatalaksanaan herpes zoster bertujuan untuk:

- a. Mengatasi infeksi virus akut
- b. Mengatasi gejala klinis yang muncul, seperti nyeri, gatal dan panas
- c. Mencegah timbulnya neuralgia pasca herpetic

Non Medikamentosa

Selama fase akut, pasien dianjurkan tidak keluar rumah, karena dapat menularkan kepada orang lain yang belum pernah terinfeksi varisela dan orang dengan defisiensi imun. Usahakan agar vesikel tidak pecah, misalnya jangan digaruk dan pakai baju yang longgar. Untuk mencegah infeksi sekunder jaga kebersihan badan.⁵

Medikamentosa

Sistemik

1) Obat Antivirus

Obat yang biasa digunakan ialah asiklovir dan modifikasinya, misalnya valasiklovir dan famsiklovir. Asiklovir bekerja sebagai inhibitor DNA polimerase pada virus. Asiklovir dapat diberikan peroral ataupun intravena. Asiklovir sebaiknya diberikan pada 3 hari pertama sejak lesi muncul. Dosis asiklovir peroral yang dianjurkan adalah 5×800 mg/hari selama 7-10 hari, sedangkan melalui intravena biasanya hanya digunakan pada pasien yang imunokompromise atau penderita yang tidak bisa minum obat. Dosis anak < 12 tahun 30 mg/kgBB/hari selama 7 hari, anak > 12 tahun 60 mg/kgBB/hari selama 7 hari.

Dosis pemberian asiklovir pada orang dewasa dengan gangguan ginjal ialah berbeda dengan orang tanpa gangguan ginjal. Hal ini tergantung pada gangguan ginjal yang dialami apakah ringan, sedang atau berat. Pada orang dewasa dengan gangguan ginjal ringan dapat diberikan 4x800 mg, pada gangguan ginjal sedang 3x800 mg dan gangguan ginjal berat 2x800 mg. Untuk mengetahui apakah seseorang mengalami gangguan ginjal ringan, sedang atau berat dapat dihitung dengan rumus

eGFR (*estimated glomerular filtration rate*) atau LFG (laju filtrasi glomerulus). Pemeriksaan eGFR ini dilakukan berdasarkan kadar kreatinin dalam darah, usia, berat badan dan jenis kelamin seseorang. Berikut adalah rumus eGFR dan klasifikasi derajat kerusakan ginjal berdasarkan eGFR yang ditemukan.

Tabel 1. Rumus eGFR

eGFR laki-laki	$(140 - \text{umur}) \times \text{bb (kg)} / (72 \times \text{serum kreatinin})$
eGFR perempuan	eGFR laki-laki \times 0.85

Tabel 2. Klasifikasi eGFR pada CKD

eGFR/mL/min/1.73 m²	Deskripsi
90	Stage 1 (Kerusakan ginjal dengan eGFR normal atau sedikit menurun).
60-89	Stage 2 (Kerusakan pada ginjal dengan penurunan eGFR ringan)
30-59	Stage 3 (Kerusakan ginjal dengan penurunan eGFR sedang)
15-29	Stage 4 (Kerusakan ginjal dengan penurunan eGFR berat)
<15	Stage 5 (Kerusakan ginjal stadium akhir/terminal). Pasien memerlukan terapi pengganti ginjal atau transplantasi

Obat lain yang dapat digunakan sebagai terapi herpes zoster adalah valasiklovir. Valasiklovir diberikan 3×1000 mg/hari selama 7 hari, karena konsentrasi dalam plasma tinggi. Selain itu famsiklovir juga dapat dipakai, bekerja sebagai inhibitor DNA polimerase. Famsiklovir diberikan 3×200 mg/hari selama 7 hari.

2) Analgetik

Analgetik diberikan untuk mengurangi neuralgia yang ditimbulkan oleh virus herpes zoster. Obat yang biasa digunakan adalah asam

mefenamat. Dosis asam mefenamat adalah 1500 mg/hari diberikan sebanyak 3 kali, atau dapat juga dipakai seperlunya ketika nyeri muncul.

3) Kortikosteroid

Indikasi pemberian kortikosteroid ialah untuk Sindrom Ramsay Hunt. Pemberian harus sedini mungkin untuk mencegah terjadinya paralisis. Yang biasa diberikan ialah prednison dengan dosis 3×20 mg/hari, setelah seminggu dosis diturunkan secara bertahap. Dengan dosis prednison setinggi itu imunitas akan tertekan sehingga lebih baik digabung dengan obat antivirus.

Pengobatan topikal

Pengobatan topikal bergantung pada stadiumnya. Jika masih stadium vesikel diberikan bedak salisil 2% untuk mencegah pecahnya vesikel agar tidak terjadi infeksi sekunder. Bila erusif diberikan kompres terbuka. Jika terjadi infeksi sekunder atau ulserasi dapat diberikan salap antibiotik .

II.10 Komplikasi

1. Neuralgia paska herpetik

Neuralgia paska herpetik adalah rasa nyeri yang timbul pada daerah bekas penyembuhan lebih dari sebulan setelah penyakit sembuh. Neuralgia ini dapat berlangsung selama berbulan-bulan sampai beberapa tahun. Keadaan ini cenderung timbul pada umur diatas 40 tahun, persentasenya 10 - 15 % dengan gradasi nyeri yang bervariasi. Semakin tua umur penderita maka semakin tinggi persentasenya.

2. Infeksi sekunder

Pada penderita tanpa disertai defisiensi imunitas biasanya tanpa komplikasi. Sebaliknya pada yang disertai defisiensi imunitas, infeksi HIV., keganasan, atau berusia lanjut dapat disertai komplikasi. Vesikel sering menjadi ulkus dengan jaringan nekrotik (gangrene superfisial).

3. Kelainan pada mata

Melibatkan saraf trigeminal cabang pertama sehingga menyebabkan terjadinya herpes zoster oftalmikus. Kelainan yang muncul dapat berupa: ptosis parolitik, keratitis, skleritis, uveitis, korioratinitis dan neuritis optik.

4. Sindrom Ramsay Hunt

Sindrom Ramsay Hunt terjadi karena gangguan pada nervus fasialis dan nervus auditorious (reaktivasi pada ganglion genikulata saraf fasialis), sehingga memberikan gejala paralisis otot muka (paralisis Bell), kelainan kulit yang sesuai dengan tingkat persarafan, tinitus, vertigo, gangguan pendengaran, nistagmus, nausea, dan gangguan pengecap.

5. Paralisis motoric

Paralisis motorik dapat terjadi pada 1-5% kasus, yang terjadi akibat perjalanan virus secara kontinuitatum dari ganglion sensorik ke sistem saraf yang berdekatan. Paralisis ini biasanya muncul dalam 2 minggu sejak munculnya lesi. Berbagai paralisis dapat terjadi seperti: di wajah, diafragma, batang tubuh, ekstremitas, vesika urinaria dan anus. Umumnya akan sembuh spontan.

II.11 Prognosis

Bonam bila ditatalaksana dengan adekuat. Lesi akan mengalami penyembuhan sempurna pada waktu >4 minggu. Pasien dengan penyulit akan membutuhkan waktu lebih lama untuk penyembuhan. Adapun prognosis berdasarkan usia pasien adalah sebagai berikut:

1. Usia <50 tahun:

Ad vitam : bonam

Ad functionam : bonam

Ad sanactionam : bonam

2. Usia >50 tahun dan *immunocompromised*:

Ad vitam : bonam

Ad functionam : dubia ad bonam

Ad sanactionam : dubia ad bonam

BAB III

STATUS PASIEN

III.1 IDENTITAS PASIEN

Nama : Ny. P
Jenis kelamin : Perempuan
Usia : 48 tahun
Suku : Jawa
Pekerjaan : Pegawai Swasta
Alamat : Dk. Bandungan RT.04 RW.03,
Kradenan

No. Rekam Medik : 02-01xx-xx.x
Tanggal Periksa : 27 Februari 2023

III.2 ANAMNESIS

Autoanamnesis pada pasien di poli umum Puskesmas Ambal II pada tanggal 27 Februari 2023 pukul 11.00 WIB.

III.2.1 Keluhan Utama

Muncul bintil pada bokong kanan sejak 6 hari sebelum berobat ke puskesmas.

III.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien Ny. P mengeluh muncul bintil di bokong kanan sejak 6 hari sebelum berobat ke puskesmas. Bintil pertama kali muncul pada bagian bokong kanan, lalu menyebarmenuju ke lipatan bokong dan bibir luar vagina pasien. Bintil semakin bertambah banyak membentuk gerombolan. Saat ini, pasien mengakui merasa sangat perih, panas seperti terbakar dan gatal. Keluhan juga disertai nyeri seperti ditusuk- tusuk, sehingga pasien sulit tidur. Kondisi gatal semakin memburuk saat terkena panas dan keringat. Bintil berisi cairan berwarna bening dan terasa panas di sekitar luka. Pasien mengaku bahwa saat gatal pasien menggaruk di daerah sekitar yang gatal. Pasien tidak mengalami batuk, pilek, demam, diare, sariawan sebelum maupun saat bintil muncul.

III.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah mengalami cacar air ketika usia sekitar 5 tahun. Pasien tidak memiliki riwayat herpes zoster. Pasien tidak memiliki riwayat Tuberkulosis. Riwayat alergi obat atau makanan disangkal, riwayat keluhan serupa disangkal, riwayat hipertensi dan diabetes mellitus disangkal.

III.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan serupa.

III.3.5 Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien saat ini bekerja sebagai pegawai swasta.

III.3 PEMERIKSAAN FISIK

- Keadaan umum : Tampak sakit ringan
- Kesadaran : Compos mentis.
- Tanda vital
 - o TD : 107/71 mmHg
 - o Nadi : 94 kali/menit, kuat angkat, reguler.
 - o Pernafasan : 20 kali/menit.
 - o Suhu : 36.6 °C.

Status Generalis

- **Kepala** : Normocephal
- **Rambut** : Warna rambut hitam, distribusi merata
- **Mata** : Konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pupil bulat isokor, refleks cahaya langsung/tidak langsung (+/+)
- **Telinga** : liang telinga dbn
- **Hidung** : Cavum nasi dbn, sekret (-), deviasi septum (-), napas cuping hidung (-/-)
- **Mulut** : Mukosa bibir dan mulut lembab, sianosis (-)

- **Tenggorokan** : T1 – T1 tenang, faring tidak hiperemis
- **Leher** : tidak teraba KGB
- **Thoraks**
 - Paru**
 - Inspeksi : Pergerakan dinding dada kanan dan kiri simetris, retraksi (-)
 - Palpasi : Vokal fremitus kanan dan kiri sama
 - Perkusi : Perkusi perbandingan kanan dan kiri sama sonor
 - Auskultasi : Bunyi vesikuler (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)
 - Jantung**
 - Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat
 - Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
 - Perkusi : Batas jantung dbn
 - Auskultasi : Bunyi jantung I dan II reguler, murmur (-), gallop (-)
- **Abdomen**
 - Inspeksi : Perut tampak datar
 - Auskultasi : Bising usus (+) dbn
 - Palpasi : Supel, nyeri tekan -, hepatosplenomegali (-)
 - Perkusi : Timpani, nyeri ketok (-)
- **Kulit** : Warna kulit sawo matang, ikterik (-)
- **Ekstremitas** : Deformitas (-), akral hangat (+), normotonus, paresis $\frac{=}{-}|_{-}$, edema $\frac{=}{-}|_{-}$

Status Dermatologis

- I. Lokasi : Gluteus dextra hingga labia mayora dextra
- UKK : Papul eritematosa bergerombol



Gambar 7 . Gambaran Lesi Kulit pada Pasien

III.4 HIPOTESA

Herpes zoster

Herpes simpleks

Pemfigus vulgaris

Dermatitis Herpetiformis

Pruritic Papular Eruption

III.5 DIAGNOSA KERJA

Herpes Zoster

III.6 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

III.7 RESUME

Pasien Ny. P mengeluh muncul bintil di bokong kanan sejak 6 hari sebelum berobat ke puskesmas. Bintil pertama kali muncul pada bagian bokong kanan, lalu menyebar menuju ke lipatan bokong dan bibir luar vagina pasien. Bintil semakin bertambah banyak membentuk gerombolan. Saat ini, pasien mengakui merasa sangat perih, panas seperti terbakar dan gatal. Keluhan juga disertai nyeri seperti ditusuk- tusuk, sehingga pasien sulit tidur. Kondisi gatal semakin memburuk saat terkena panas dan keringat. Bintil berisi cairan berwarna bening dan terasa panas di sekitar luka. Pasien mengaku bahwa saat gatal pasien menggaruk di daerah sekitar yang gatal. Pasien pernah mengalami cacar air ketika usia sekitar 5 tahun. Pasien tidak memiliki riwayat herpes zoster.

Pemeriksaan Fisik

Tanda vital : Dalam batas normal

Status generalis : Dalam batas normal

Status Dermatologis :

I. Lokasi : Gluteus Dextra hingga Labia Mayora

UKK : Papul eritematosa bergerombol

III.8 PENATALAKSANAAN

- Non medikamentosa

o Edukasi :

- a. Pasien diberikan penjelasan mengenai Herpes zoster meliputi perjalanan, pengobatan dan komplikasi penyakit.
- b. Pasien diberikan penjelasan cara merawat luka
- c. Meminta pasien untuk mengurangi sementara aktivitas fisik, tidak menggaruk walaupun terasa gatal, hindari benjolan atau lenting yang pecah.
- d. Mengonsumsi obat harus teratur dan tidak boleh ketinggalan atau lewat dari waktunya.

- Istirahat yang cukup

- Menjaga agar lesi tetap bersih dan kering untuk mencegah risiko infeksi bakteri
- Terapkan kompres (air, garam, larutan burrow) dan anti pelindung untuk mengurangi gejala
- Kenakan pakaian longgar untuk meningkatkan kenyamanan
- **Medikamentosa**
 - Asiklovir 5x800 mg
 - Vitamin B Kompleks 1x500 mg
 - Bedak salisil prn

III.9 PROGNOSIS

- Ad vitam : ad bonam
- Ad functionam : ad bonam
- Ad sanationam : ad bonam

BAB IV

PEMBAHASAN

Pasien Ny. P usia 48 tahun, didiagnosis herpes zoster. Pasien datang ke Puskesmas Ambal II dengan keluhan muncul bintil di bokong sejak 6 hari sebelum berobat ke puskesmas. Bintil muncul bergerombol terasa perih, panas seperti terbakar dan sedikit gatal. Sesuai kepustakaan yang ada mengenai rasa gatal, rasa nyeri, rasa terbakar, dan kemerahan merupakan suatu bentuk proses inflamasi akibat terjadinya infeksi di dalam tubuh, baik lokal maupun sistemik. Hal tersebut menggambarkan interaksi antara proses infeksi dan respon pertahanan yang dilakukan oleh tubuh. Adanya bintil yang bergerombol seluruh tubuh merupakan gambaran khas dari lesi infeksi akibat VZV yang teraktivasi dikarenakan mengikuti dermatomnya⁸. Bintil yang bergerombol merupakan salah satu ciri khas dari manifestasi herpes zoster, dimana lesi herpes zoster sifatnya herpetiform (lesi multiple bergerombol).

Berdasarkan epidemiologi penyakit ini, herpes zoster jarang terjadi pada anak-anak dan dewasa muda, kecuali mereka yang memiliki AIDS, limfoma, keganasan lainnya, ataupun menjalani transplantasi sum-sum tulang belakang dan ginjal.³ Jenis kelamin pun dikatakan tidak menjadi faktor risiko untuk terkena herpes zoster.⁹ Penurunan daya tahan tubuh menjadi faktor risiko utama terjadinya Herpes Zoster.¹³ Pada pasien diketahui memiliki penyakit HIV yang pernah putus obat selama kurang lebih 2-3 tahun, yang merupakan penyakit yang dapat menurunkan proteksi daripada sistem imun, sehingga pada saat respon imunitas seluler dan titer antibodi spesifik terhadap varicella zoster menurun, hingga tidak lagi efektif mencegah infeksi virus, maka virus akan mengalami reaktivasi menjadi herpes zoster.

Pasien mengaku memiliki riwayat sakit cacar air saat berusia 5 tahun. Riwayat penyakit cacar atau varicella menguatkan diagnosis Herpes Zooster, varicella merupakan infeksi primer dari virus varicella zoster dimana virus tetap tinggal dalam ganglion sensoris saraf spinalis, kranialis atau otonom selama bertahun-tahun. Terdapat kemungkinan bahwa penyakit yang dialami pasien saat ini merupakan bangkitan dari penyakit cacar air yang dulu, Berdasarkan

kepastakaan yang ada, VZV dapat dorman di ganglion sensorik manusia dan dapat mengalami reaktivasi apabila sistem imun pasien menurun.¹¹

Pada status dermatologis ditemukan kelainan kulit berupa papula eritematosa bergerombol. Pasien juga merasakan rasa panas seperti terbakar dan nyeri. Berdasarkan data tersebut diagnosa banding yang dapat diambilyaitu herpes simpleks, pemfigus vulgaris, dermatitis herpetiformis, dan *pruritic papular eruption* (PPE).

Herpes simpleks biasanya lesinya berupa vesikel-vesikel miliar berkelompok, jika pecah membentuk ulkus yang dangkal dengan kemerahan pada daerah di sekitarnya. Pemfigus vulgaris memiliki efloresensi berupa eritema, erosi, krusta, dan hipo/hiperpigmentasi. Pada dermatitis herpetiformis, lesi primer nya dapat berupa papul eritematosa, plak menyerupai urtikaria, atau yang paling sering adalah vesikel. Pada PPE, lesi kulit nya biasanya terdistribusi secara simetris pada tubuh disertai dengan rasa gatal yang sangat, walaupun seiring jalannya waktu lesi papul tersebut akan memudar. Papul bisa berkumpul membentuk gambaran papul urtikarial, namun tidak berkonfluen membentuk plak. Namun, kelainan yang dialami pasien hanya terdapat papula eritematosa bergerombol, dengan lokasi gluteus dextra hingga labia mayora dectra mengikuti dermatom nya, serta pasien memiliki faktor risiko yaituriwayat Varisela. Berdasarkan kepastakaan yang ada, kelainan kulit tersebut menjadi gambaran klinis khas yang mendukung ditegakkannya diagnosa Herpes Zoster dandapat menyingkirkan diagnosa banding lainnya.

Pengobatan yang diberikan pasien bertujuan untuk mengatasi infeksi, menghilangkan gejala klinis, dan mencegah timbulnya komplikasi ataupun infeksi sekunder.⁷ Pada pasien ini, diberikan asiklovir 5x800mg selama 7 hari. Obat ini merupakan antiviral yang masih menjadi obat pilihan dalam mengatasi HZ. Pemberian vitamin b kompleks 1x1 tab digunakan sebagai untuk terapi imunitas karena imun pasien saat ini sedang menurun. Pasien juga diberikan bedak salisil yang berfungsi untuk meredakan gejala gatal. Pasien juga diberikan edukasi terkait penyakit yang dialami, meliputi perjalanan

penyakit, pengobatan, serta komplikasi. Prognosis pasien akan baik jika ditatalaksana dengan adekuat.⁶

BAB V

KESIMPULAN

Laporan kasus herpes zoster pada seorang perempuan berusia 48 tahun. Dari anamnesis didapatkan keluhan lesi pada bokong kanan, disertai rasa perih, panas seperti terbakar dan gatal sejak 6 hari sebelum berobat ke puskesmas. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan gambaran klinis berupa lesi papula eritematosa bergerombol pada gluteus dextra hingga labia mayora dextra, tersebar secara dermatomal, dan diantara gerombolan vesikel terdapat kulit normal. Perjalanan penyakit pada kasus ini diduga disebabkan oleh karena faktor defisiensi imun serta riwayat menderita varisela, sehingga mengakibatkan terjadinya reaktivasi dari virus varisella zoster yang dorman di neuron ganglia sensoris. Pada pasien ini diberikan pengobatan asiklovir 5x800 mg, vitamin b kompleks 1x1 tab, dan bedak salisil bila perlu.

Herpes zoster merupakan infeksi virus varisela zoster yang mengenai bagian saraf yang ditandai adanya erupsi herpetik unilateral pada kulit. Karakteristik dari erupsi kulit pada herpes zoster terdiri atas vesikel-vesikel berkelompok, dengan dasar eritematosa, unilateral, dan mengenai satu dermatom. Pada umumnya penyakit herpes zoster dapat sembuh sendiri (*self limiting disease*), tetapi pada beberapa kasus dapat timbul komplikasi. Prognosis pasien dipengaruhi oleh usia pasien saat terkena infeksi. Pasien dengan usia <50 tahun memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan dengan usia >50 tahun.⁷

DAFTAR PUSTAKA

1. Arvin, A. 2005. Aging, immunity, and the varicella-zoster virus. *N Engl J Med*, 352:2266-2267.
2. Habif, T.P. Viral Infection. In : *Skin Disease Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. Philadelphia : Elseiver Saunders. 2011 .p. 235 -239.
3. Handoko R. Penyakit virus. In: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi kelima. Jakarta:Fakultas kedokteran Universitas Indonesia;
4. Hartadi, Sumaryo S.2015. Infeksi Virus dalam *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates; 92-4
5. Konsil Kedokteran Indonesia. *Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012*. Jakarta; 2012.
6. Mandal BK, dkk. *Lecture Notes :Penyakit Infeksi*.6th ed. Jakarta : Erlangga Medical Series. 2008 : 115 – 119.
7. Roxas, M. 2009. *Herpes zoster and Post Herpetic Neuralgia: Diagnosis and Therapeutic Consideration Herpes Zoster Information*.
8. Siregar. 2014. Herpes Zoster. Dalam : *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*: edisi II. Jakarta: EGC; 86
9. Straus SE, Oxman MN, Schmader KE. Varicella and herpes zoster. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatol. Gen. Med*. 7th ed.
10. Baehr M, Frotscher M. Duus' topical diagnosis in neurology. 5th ed. New York: Thieme; 2014.
11. Whitley, R. J. 2015. Varicella-Zoster Virus Infections. In D. Kasper *et al.*, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16th ed. New York: McGraw and Hill Company.
12. RSUD dr. Soetomo. 2020. *Panduan Praktik Klinis SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin: Herpes Zoster*. Surabaya: RSUD dr. Soetomo.