

# PENGOBATAN *HERPES ZOSTER (HZ) OPHTHALMICA DEXTRA* DALAM JANGKA PENDEK SERTA PENCEGAHAN *POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)*

**Dameria Sinaga**

FK Uki

E-mail: dr\_dameria\_sinaga@yahoo.com

**Abstrak:** Herpes zoster ophtalmica dextra di sebabkan oleh infeksi virus Varicella Zoster yang menyerang kulit dan mukosa. Infeksi ini merupakan reaktivasi virus yang terjadi setelah infeksi primer dengan gejala nyeri, parestesia, vesikel yang berkelompok dengan dasar kulit yang eritematous dan edema. Penyakit ini dapat di bedakan dengan herpes simplek. Tujuan penulisan untuk mengetahui pengobatan *Herpes Zoster (HZ)* dalam jangka pendek serta pencegahan *Postherpetic Neuralgia (PHN)*. Tulisan ini berdasarkan studi kasus penderita *Herpes Zoster Ophthalmica Dextra* yang dirawat di Rumah sakit UKI. Metode penelitian ini melalui pengamatan langsung (*observasional case control study*). Dapat di simpulkan bahwa: (1) Obat antivirus harus diberikan untuk pasien herpes zoster; terutama orang tua dengan resiko tinggi *postherpetic neuralgia* untuk mengurangi rasa nyeri dan mempersingkat *postherpetic neuralgia*, (2) Kortikosteroid juga dapat mengurangi rasa sakit akut dan mengurangi resiko komplikasi pada *herpes zoster ophtalmica*.

Kata kunci: vesikel,eritematous, edema parestesia.

*Abstract:* Herpes zoster is caused by ophtalmica dextra varicella zoster virus. Infection which attacks skin and mucous. These infections are viral reactivation occuring after primary infection with the Symptoms are pain and paresthesia with cluster vesicel and erythematous base skin and edema. This disease. can be distinguished by herpes simplex.The objective of this paper is is to determine the treatment of herpes zoster in the short term as well as the prevention of postherpetic neuralgia. This paper is based on case studies of patients with Herpes Zoster the Dextra Ophthalmica hospitalized UKI. This research method is through direct observation (observasional case control study). It can be concluded that: (1) antiviral drugs should be given to patients of herpes zoster; especially older people with high risk of postherpetic neuralgia for reducing the pain and shorten the postherpetic neuralgia,Anti virus when given to reduce pain and short term postherpetic neuralgia.,(2) Corticosteroids may also reduce acute pain to reduce the risk of complications in herpes zoster ophtalmica.

Key word: vesikel. Eritematous, edema, parestesia.

## PENDAHULUAN

Latar belakang penulisan makalah ini adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus Varisela Zoster yang menyerang kulit dan mukosa. Infeksi ini merupakan reaktivasi virus yang terjadi setelah infeksi primer (handoko, 2009:112). Kondisi ini memberikan gambaran yang mencolok, dengan vesikel,bula,krusta, yang berbatas tegas di area tubuh. Herpes zoster dapat muncul dimana saja di tubuh, namun, lebih sering pada daerah wajah dan sekitar mata (herpes zoster optalmika). Beberapa komplikasi yang serius dapat terjadi bila terdapat di daerah sekitar mata (Michael,2008:193).

Tulisan ini berdasarkan studi kasus penderita Herpes Zoster Ophtalmica Dextra, seorang laki-laki berusia 43 tahun yang dirawat di Rumah sakit RSU FK UKI dengan keluhan timbul vesikel-vesikel pada daerah mata kanan dan kepala kanan atas,disertai rasa sakit, tidak dapat membuka mata kanan, dan sakit pada gigi belakang kanan atas. Riwayat penyakit pasien sebagai berikut:

1. Delapan hari sebelum masuk RS UKI pasien mengeluh rasa sakit pada gigi belakang kanan atas, pasien mengaku giginya yang sakit tersebut tinggal akar. Pasien berobat ke dokter gigi dan diberi obat penghilang rasa sakit dan antibiotik namun belum ada perbaikan.
2. Enam hari sebelumnya, karena rasa sakit pada giginya tersebut belum ada perbaikan pasien memutuskan untuk berobat ke dokter dan di beri obat namun setelah minum obat tersebut rasa sakit sementara hilang tapi kemudian timbul lagi rasa sakit tersebut.
3. Lima hari sebelumnya, pasien mengaku timbul vesikel-vesikel pada alis mata kanan dan kelopak mata kanan. Pada awalnya timbul 2 buah vesikel, berwarna merah dan keras disertai rasa sakit, untuk mengurangi keluhan ini pasien mengoleskan salep 88 ke daerah tersebut dan minum amoksisiklin tapi tidak ada perubahan. Vesikel-vesikel tersebut dirasakan bertambah banyak dan menjadi bula yang berwarna merah yang berisi air serta menyebar ke daerah kepala atas kanan dan kelopak mata kanan,

terasa sangat nyeri, perih dan semakin lama pasien tidak dapat membuka mata kanannya

4. Riwayat penyakit terdahulu saat usia 16 tahun pasien pernah menderita penyakit cacar air saat berusia 39 tahun, dan mengalami timbul vesikel-vesikel berisi air yang memanjang pada punggung kanannya, terasa nyeri dan perih sekali.

Tujuan penulisan untuk mengetahui pengobatan Herpes zoster (HZ) dalam jangka pendek serta pencegahan Postherpetic Neuralgia (PHN). Metode penelitian ini melalui pengamatan langsung (*observasional case control study*) terhadap pasien penderita Herpes Zoster Ophthalmica Dextra tersebut.

## PEMBAHASAN

### Herpes Zoster Optalmika

Virus *Varicella Zoster* menyebabkan dua jenis penyakit, sindrom Ramsay Hunt dan penyakit lain yang menyebabkan paralysis fasial, yaitu *Bell's Palsy*. Ramsay Hunt Syndrome adalah suatu kelainan neurologi yang disebabkan oleh suatu virus yang disebut *Varicella Zoster*, yang dapat menginfeksi beberapa saraf di kepala sehingga menyebabkan Paralysis fasial dan ruam baik di telinga, lidah, atau langit-langit mulut. Biasanya yang terkena adalah saraf kranial ke 7 dan ke 8, sehingga memberikan gejala paralisis otot muka, tinitus, vertigo, gangguan pendengaran, nistagmus, dan mausea. (Handoko, 2009:110).

Herpes Zoster Optalmika pada umumnya didahului dengan nyeri atau kesemutan pada daerah kulit kepala, kepala depan dan wajah pada satu sisi. Pada tahap awal biasanya Herpes Zoster Optalmika tanpa ruam, sehingga sulit untuk didiagnosa. Umumnya, ruam baru muncul dalam beberapa jam sampai hari setelah perasaan nyeri atau kesemutan dimulai. Rasa nyeri dan kesemutan jarang terjadi, dengan komplikasi daerah mata tanpa pernah muncul ruam. Ruam Herpes Zoster dimulai dengan kemerahan pada kulit, diikuti dengan munculnya vesikel berisi cairan yang dengan cepat pecah dan tertutup krusta. Krusta membaik dalam beberapa hari sampai minggu dan meninggalkan jaringan parut yang jelas.

Lokasi yang paling umum dari infeksi Herpes Zoster adalah pada kepala dan leher, setelah *zoster herpes ophthalmicus* terjadi, lalu mempengaruhi bagian telinga.

### Etiologi

Herpes zoster optalmika disebabkan oleh reaktivasi dari virus cacar air (varisela zoster) pada orang yang pernah terserang virus ini sebelumnya, (Jarratt, 1996:131-133).

### Patogenesis

Patogenesis dari herpes zoster belum diketahui secara pasti. Ketika terinfeksi varisella, VZV menyebar dari lesi di kulit dan mukosa ke saraf sensoris akhir dan dibawa secara sentripetal dari serabut sensorik ke ganglion sensorik. Di dalam ganglion infeksi laten terjadi di neuron sensorik dan virus bertahan dengan tenang dan tidak merusak (tidak infeksius dan bermultiplikasi).

Herpes zoster optalmika disebabkan oleh reaktivasi virus varisela zoster, dari infeksi yang biasa terjadi pada anak – anak. Sebagian besar anak (dan dewasa) yang pernah mengalami cacar air tidak sembuh sempurna dari infeksi virus ini. Virus menjadi dorman, berdiam di satu atau lebih ganglion saraf dalam tubuh. Pada banyak orang, virus tetap dorman selamanya tanpa pernah menimbulkan masalah. Pada beberapa orang, virus mengalami reaktivasi. Pada poin ini, virus berjalan menuju bagian tubuh yang dipersarafi oleh saraf tersebut.

Setelah mencapai kulit, virus menyebabkan nyeri, dan vesikel. Ciri khas penampakan dari lesi ini adalah batas pada area yang tegas pada kulit, berbeda dengan cacar air, yang menyebar ke seluruh kulit. Bila proses ini terjadi pada saraf yang mengurus kulit daerah kelopak mata atas, kepala depan, dan kulit kepala, maka kondisi ini dinamakan herpes zoster optalmika. Kadang – kadang reaktivitas virus zoster tanpa sebab yang jelas, sementara dapat juga karena akibat dari kondisi yang lain. Kondisi yang dapat mengakibatkan reaktivasi dari virus herpes ini termasuk, bertambahnya usia, AIDS, atau imunosupresi karena sebab yang lain. (Oxman, 2008:191).

## Gejala dan Tanda

Sebelum timbul gejala kulit, diawali dengan gejala prodromal. Tanda awal dari herpes zoster adalah nyeri dan parestesia. Biasanya gejala ini berlangsung dalam beberapa hari, dan bervariasi dari gatal, kesemutan atau rasa terbakar, sampai yang berat, nyeri yang sangat dalam. Biasanya diikuti juga dengan gejala konstitusional seperti nyeri kepala, malaise, dan demam, dan berkembang menjadi ruam dalam 5 hari. Setelah itu timbul eritema yang dalam waktu singkat menjadi vesikel yang berkelompok dengan dasar kulit yang eritematosa dan edema. Vesikel ini berisi cairan jernih, kemudian menjadi keruh, dapat menjadi pustul dan krusta. Kadang – kadang vesikel mengandung darah dan disebut dengan herpes zoster hemoragik. Dapat pula timbul infeksi sekunder sehingga menimbulkan ulkus dengan penyembuhan berupa sikatriks. (Oxman, 2008:192).

Masa tunasnya 7 – 12 hari. Masa aktif penyakit ini berupa lesi – lesi baru yang tetap timbul berlangsung kira – kira seminggu, sedangkan masa resolusi berlangsung kira – kira 1 – 2 minggu. Di samping gejala kulit dapat juga dijumpai pembesaran kelenjar getah bening regional. Lokalisasi penyakit ini adalah unilateral dan bersifat dermatomal sesuai dengan tempat persarafan. Pada susunan saraf tepi jarang timbul kelainan motorik, tetapi pada susunan saraf pusat kelainan ini lebih sering karena struktur ganglion kranialis memungkinkan hal tersebut. Hiperestesi pada daerah yang terkena memberi gejala yang khas. Kelainan pada muka sering disebabkan oleh karena gangguan pada nervus trigeminus atau nervus fasialis dan otikus. (Handoko, 2009:111).

## Pemeriksaan

Diagnosa herpes zoster berdasarkan munculnya ruam yang khusus dengan disertai adanya nyeri. Tes lainnya biasanya tidak diperlukan. Bila diperlukan, biasanya diagnosis dapat dilakukan dengan identifikasi virus dari cairan dalam ruam. Bila dari anamnesis didapatkan kemungkinan gangguan daya tahan tubuh, maka tes darah dapat dilakukan, termasuk darah lengkap dan adanya virus HIV. Dapat dilakukan juga, tetapi jarang, tes adanya

virus penyebab dari cairan yang diambil dari mata. Tes ini dapat dilakukan baik dengan kultur virus atau dengan PCR.

## Diagnosa banding

1. Herpes simpleks
2. Penyakit reumatik maupun angina pectoris, jika terdapat setinggi jantung.

## Tatalaksana

Terapi sistemik umumnya bersifat simtomatis, untuk nyeri diberi analgetik. Jika disertai infeksi sekunder diberikan antibiotik. Indikasi obat antiviral ialah herpes zoster oftalmikus dan pasien dengan defisiensi imunitas mengingat komplikasinya. Obat yang biasa digunakan ialah asiklovir dengan diberikan dalam 3 hari pertama sejak lesi muncul. (Handoko, 2009:112).

Dosis asiklovir yang dianjurkan adalah 5 X 800 mg sehari dan biasanya diberikan 7 hari. Jika lesi baru masih muncul obat tersebut dapat dilanjutkan dan dihentikan sesudah 2 hari sejak lesi baru tidak timbul lagi. Indikasi pemberian kortikosteroid adalah untuk sindrom ramsay hunt. Pemberian harus sedini mungkin untuk mencegah terjadinya paralisis. Biasanya 3 x 20 mg sehari, setelah seminggu dosis diturunkan secara bertahap. (Handoko, 2009:113). Pengobatan topikal bergantung pada stadiumnya. Jika masih stadium vesikel diberikan bedak dengan tujuan protektif untuk mencegah pecahnya vesikel agar tidak terjadi infeksi sekunder.

## Prognosis

Kebanyakan pasien dengan herpes zoster optalmika hanya sekali terserang dan tidak terserang lagi untuk berikutnya. Hasil visual pada umumnya baik, dengan kehilangan pandangan disebabkan lebih karena masalah pada kornea daripada karena uveitis.

## Laporan Kasus Penanganan Pasien Penderita Herpes Zoster Ophthalmica Dextra di RSUD FK UKI

Pemeriksaan fisik saat masuk ditemukan, keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis, tekanan Darah 120 / 80 mmHg, Nadi 96 X/menit,

Pernapasan 22 X/menit, Suhu 36,80 TB 168 cm, BB 65 kg. Kepala tampak vesikel, pustul, bula, erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan. Mata kanan tampak vesikel, pustul, bula, erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan. kiri tampak kelopak mata kiri bengkak telinga tidak ada kelainan hidung tampak vesikel, erosi, ekskoriasi pada daerah hidung sebelah kanan. KGB Submandibulae dextra tidak teraba membesar.

#### Thoraks:

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris

Palpasi: Vokal frenitus kanan = kiri

Perkusi: Sonor kanan = kiri Auskultasi BND vesikuler,  
Rhonki -/-, wheezing -/-

Bunyi jantung: I dan II dalam batas normal.

#### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan

Palpasi: Supel, nyeri tekan (-)

Perkusi: Timpani, nyeri ketok (-) Kuku tidak ada kelainan  
Ekstremitas tidak ada kelainan

#### Status Dermatologis

Status Dermatologi, Kepala vesikel, pustul, bula dan krusta berwarna kuning, mata vesikel, pustul, bula dan krusta berwarna kuning, pada daerah alis kanan dan kelopak mata kanan, hidung tampak vesikel pada bagian pangkal hidung sebelah kanan. kuku: Tidak ada kelainan, rambut tidak ada kelainan kuku.



**Gambar 1.** Region Orbita dan Frontalis.  
Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

Vesikel Bula berkelompok diatas macula yang eritematous dan udem, krusta.

Ukuran: plakat

Susunan: Herpetiformis

Distribusi: unilateral

Diagnosa kerja Herpes Zoster Ophtalmica dextra Pengobatan tirah baring diet tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) Pada daerah kelainan, jangan digaruk serta jangan dipecahkan Poviral 5 X 800 mg, Tetrasiklin 3 X 500 mg Ponstan 3 X 500 mg Methycobalt 2 X 500 mg, Profenid supp 1 X 1 Salicyl talk Poviral cream Permeriksaan Anjuran pemeriksaan Tzanck Tes romberg Pemeriksaan n.VII dan n.VIII. Prognosis ad vitan bonam, ad sanationum dubia ad malam, ad kosmeticum dubia ad malam.

#### Proses Pengobatan Pasien

**1. Perawatan Hari Pertama:** Penyakit Herpes Zoster Ophtalmica mempunyai gejala rasa sakit, untuk mengurangi rasa sakit tersebut, pasien diberikan analgetik yaitu ponstan 500 mg yang diberikan 3 kali sehari, karena rasa sakitnya sehingga tidak bisa tidur maka diberikan profenid supp yang di masukkan ke dalam anus pada malam hari menjelang tidur malam. Bula-bula yang belum pecah diberikan salicyl talk, kalau vesikel bula sudah pecah diberikan salap poviral.

**2. Perawatan Hari kedua:** Di konsul ke bagian gigi karena sisa akar giginya terasa sakit, di konsul ke bagian mata karena matanya susah dibuka dan dikonsul ke bagian interna karena perutnya terasa gembung, oleh bagian mata di beri cendofenicol 4 kali 1 tetes pada mata kanan. Bagian Interna diberi ranitidine 2 kali 1 ampul. Bagian Gigi dan Mulut : Rencana ekstraksi Molar III kanan atas setelah pasien sembuh, untuk sehari-hari hanya di berikan bethadine gargle.

Pemeriksaan fisik keadaan Umum tampak Sakit sedang kesadaran kompos Mentis frekuensi nadi 96 x/ menit frekuensi nafas 20 x/ menit suhu 36,8 0C, kepala tampak vesikel, pustul, bula, erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan. Mata kanan tampak vesikel, pustul, bula,



erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan kiri: tampak kelopak mata kiri bengkak telinga tidak ada kelainan hidung tampak vesikel, erosi, akskoriasi pada daerah hidung sebelah kanan. KGB Submandibulae dextra tidak teraba membesar.

### Thoraks

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris

Palpasi: Vokal fremitus kanan = kiri

Perkusi: Sonor kanan = kiri Auskultasi BND vesikuler,  
Rhonki -/-, wheezing -/-

Bunyi jantung: I dan II dalam batas normal.

### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan

Palpasi: Supel, nyeri tekan (-)

Perkusi: Impani, nyeri ketok (-)

Kuku: Tidak ada kelainan

Ekstremitas: Tidak ada kelainan

### 3. Perawatan Hari ke Tiga

a. Rasa nyeri pada bagian mata berkurang

b. Mata kanan sudah dapat terbuka sedikit

c. Rasa sakit dan bengkak pada gigi belakang kanan atas sudah berkurang

Kelopak mata kiri: bengkak, vesikel, pustul, bula, erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan.



**Gambar 2.** Region Orbita dan Frontalis.

Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

Vesikel Bula berkelompok diatas macula yang eritematous dan udem, krusta.

Ukuran: Plakat

Susunan: Herpetiformis

Distribusi: Unilateral

### 4. Perawatan Hari ke Empat :

a. Mata kanan sudah dapat terbuka sebagian

b. Bengkak pada mata kiri berkurang

c. Bengkak pada gigi belakang kanan atas berkurang

Pemeriksaan fisik keadaan Umum tampak Sakit sedang kesadaran kompos Mentis frekuensi nadi 96 x/ menit frekuensi nafas 20 x/ menit suhu 36,8 OC .

### Thoraks:

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris

Palpasi: Vokal fremitus kanan = kiri

Perkusi: Sonor kanan = kiri Auskultasi BND vesikuler,  
Rhonki -/-, wheezing -/-

Bunyi jantung: I dan II dalam batas normal

### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan

Palpasi: Supel, nyeri tekan (-)

Perkusi: Timpani, nyeri ketok (-)

Kuku: Tidak ada kelainan

Ekstremitas: Tidak ada kelainan

### Status Dermatologi

Kepala tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan, mata kanan tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan. tampak erosi, ekskoriasi dan krusta kuning kehitaman pada daerah hidung sebelah kanan.



**Gambar 3.** Regio frontalis et parietalis dextra et nasal (a).

Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

## 5. Perawatan hari ke lima

- Mata kanan sudah dapat terbuka
- Bengkak pada gigi belakang kanan atas (-)

Pemeriksaan fisik keadaan Umum tampak sakit sedang Kesadaran Kompos Mentis Frekuensi nadi: 84 x/ menit frekuensi nafas: 22 x/ menit Suhu: 37 °C Kepala: tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan. Mata: Kanan: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan. Teling Tidak ada kelainan Hidung: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta kuning kehitaman pada daerah hidung sebelah kanan. KGB Submandibulae dextra tidak membesar.

### Thoraks :

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris  
 Palpasi: Vokal fremitus kanan = kiri  
 Perkusi: Sonor kanan = kiri  
 Auskultasi: BND vesikuler, Rhonki -/-, wheezing -/- Bunyi jantung I dan II dalam batas normal

### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan  
 Palpasi: Supel, nyeri tekan (-)  
 Perkusi: Timpani, nyeri ketok (-)  
 Kuku: Tidak ada kelainan  
 Ekstremitas: Tidak ada kelainan

## 6. Perawatan hari ke Enam

- Mata kanan sudah dapat terbuka
- Bengkak pada gigi belakang kanan atas (-)

Pemeriksaan fisik keadaan Umum tampak sakit sedang Kesadaran Kompos Mentis Frekuensi nadi: 84 x/ menit Frekuensi nafas: 22 x/ menit Suhu: 37 °C Kepala: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan. Mata Kanan: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan. Teling Tidak ada kelainan Hidung: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta kuning kehitaman pada daerah hidung sebelah kanan. KGB Submandibulae dextra membesar.

## Thoraks :

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris  
 Palpasi: Vokal fremitus kanan = kiri  
 Perkusi: Sonor kanan = kiri  
 Auskultasi: BND vesikuler, Rhonki -/-, wheezing -/- Bunyi Jantung : I dan II dalam batas normal

### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan  
 Palpasi: Supel, nyeri tekan (-)  
 Perkusi: Timpani, nyeri ketok (-)  
 Kuku: Tidak ada kelainan  
 Ekstremitas: Tidak ada kelainan



**Gambar 4.** Regio frontalis et parietalis dextra et nasal (b).  
 Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

## Status Dermatologis

Lokasi : Di regio ophthalmica dextra, frontalis dextra, dan parietal dextra serta temporal dextra.  
 Ukuran : Plakat

## 7. Perawatan Hari ke Tujuh

- Mata kanan sudah dapat terbuka
- Bengkak pada gigi belakang kanan atas (-)

Pemeriksaan fisik keadaan Umum tampak sakit sedang Kesadaran Kompos Mentis Frekuensi nadi: 84 x/ menit Frekuensi nafas: 22 x/ menit Suhu: 37 °C Kepala: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada kepala atas kanan dan dahi kanan. Mata: Kanan: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta berwarna hitam kekuningan pada daerah alis dan kelopak mata kanan. Teling Tidak ada kelainan Hidung: Tampak erosi, ekskoriasi dan krusta kuning kehitaman pada daerah

hidung sebelah kanan. KGB: KGB Submandibulae dextra tidak membesar.

#### Thoraks:

Inspeksi: Pergerakan dinding dada simetris

Palpasi: Vokal fremitus kanan = kiri

Perkusi: Sonor kanan = kiri

Auskultasi: BND vesikuler, Rhonki -/-, wheezing -/-

Bunyi jantung: I dan II dalam batas normal

#### Abdomen:

Inspeksi: Tidak ada kelainan

Palpasi: supel, nyeri tekan (-)

Perkusi: Timpani, nyeri ketok (-)

Kuku: Tidak ada kelainan

Ekstremitas: Tidak ada kelainan



**Gambar 5.** Regio frontalis et parietalis dextra et nasal (c).  
Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

#### Status Dermatologis

Lokasi: Di regio ophthalmica dextra, frontalis dextra, dan parietal dextra serta temporal dextra.

Ukuran: Plakat



**Gambar 6.** Regio frontalis et parietalis dextra et nasal (d).  
Sumber: pasien rawat inap rumah sakit UKI.

Pasien pada hari ke tujuh, diperbolehkan pulang dengan keadaan umum baik dan kontrol setelah tujuh hari pasca pengobatan. Selama pengobatan pasien dilarang menggaruk krusta yang masih melekat.

#### PENUTUP

##### Kesimpulan

1. Pengobatan untuk pasien herpes zoster dengan memberikan obat antivirus, terutama pasien orang tua dengan resiko tinggi postherpetic neuralgia untuk mengurangi rasa nyeri dan mempersingkat postherpetic neuralgia.
2. Kortikosteroid juga dapat mengurangi rasa sakit akut dan mengurangi resiko komplikasi pada herpes zoster ophthalmica.

##### Saran

Perlunya penjelasan kepada pasien herpes zoster untuk tidak menggaruk krusta-krusta yang mengering.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Jarratt, Michael T. "Varicella & Herpes Zoster" *dalam Dermatology* vol 2. Revised Edition. New York. 1996.
- Oxman, Michael N. "Varicella and Herpes Zoster dalam Dermatology" *in General Medicine* vol.1 ed.7. Vol.1. Chapter 191. USA. 2008.
- Ronny P. Handoko. *Penyakit Virus dalam Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin* ed.5. Tanpa Penerbit. Jakarta. 2009.
- <http://www.uveitissociety.org/pages/diseases/hzo.pdf> diunduh 2 Maret 2011.
- <http://www.scribd.com/doc/7109390/Ramsay-Hunt-Syndrome> diunduh tanggal 3 Maret 2011.