

KKU
KK
61777
Rus
k.

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

Laporan Penelitian:

**KELAINAN MATA PADA
PENDERITA SINDROM STEVENS-JOHNSON
di RSUD. Dr. SOETOMO**

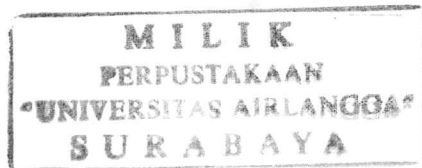
oleh :
Dr. GUNAWAN TRI RUSHARIJANTO

pembimbing:
Dr. ROWENA GHAZALI HOESIN.

dibacakan pada
tanggal 14 Oktober 1994

LABORATORIUM / UPF ILMU PENYAKIT MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA /
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
SURABAYA

0001619953141



0001619953141

UCAPAN TERIMA KASIH

1. Dr. Rowena Ghazali Hoesin sebagai pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan sampai selesainya laporan penelitian ini.
2. Dr. M. Badri sebagai bapak asuh yang telah memberi pengarahan sampai penelitian selesai.
3. Dr. Gatut Suhendro sebagai konsultan penelitian.
4. Dr. Diany Yogiantoro sebagai Ketua Program Studi Ilmu Penyakit Mata.
5. Dr. Wisnujono Soewono sebagai Kepala Lab./ UPF. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.
6. Dr. Hari Sukanto sebagai Kepala Lab. / UPF. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin.
7. Seluruh Staf Lab. / UPF Ilmu Penyakit Mata.
8. Teman-teman PPDS I di Lab. / UPF. Ilmu Penyakit Mata.
9. Bapak / Ibu moderator dan sekrestaris sidang.

DAFTAR ISI

	Halaman
Ucapan terima kasih	i
Daftar Isi	ii
Daftar tabel dan gambar	iii
I. PENDAHULUAN.	1
II. LATAR BELAKANG DAN PERMASALAHAN.	2
III. TINJAUAN KEPUSTAKAAN.	3
III.1. PATOGENESIS.	4
III.2. DIAGNOSIS.	7
III.3. PENGOBATAN.	10
IV. TUJUAN PENELITIAN.	12
IV.1. TUJUAN UMUM.	12
IV.2. TUJUAN KHUSUS.	12
V. METODE PENELITIAN.	12
V.1. SIFAT PENELITIAN.	12
V.2. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN	12
V.3. POPULASI.	13
V.4. SAMPLE.	13
V.5. VARIABLE.	13
V.6. PENCATATAN DATA.	14
V.7. CARA KERJA.	14
V.8. SARANA.	15
VI. ORGANISASI.	16
VII. HASIL PENELITIAN.	16
VIII. PEMBAHASAN.	21
IX. KESIMPULAN DAN SARAN.	25

X.	RINGKASAN.	25
XI.	PENUTUP.	26
XII.	KEPUSTAKAAN.	27
	LAMPIRAN.	

DAFTAR TABEL

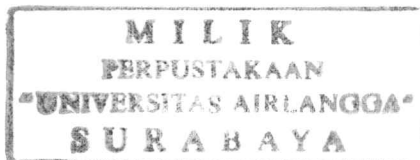
HALAMAN

1.	Tabel 1	:	Sindrom Stevens-Johnson yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo selama 1 tahun berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin.....	17
2.	Tabel 2	:	Persentase obat yang diperkirakan sebagai penyebab sindrom Stevens-Johnson selama 1 tahun.	18
3.	Tabel 3	:	Penyebaran kelainan mata pada penderita sindrom Stevens-Johnson menurut jenis kelamin.	19
4.	Tabel 4	:	Penyebaran dan macam kelainan mata yang dijumpai pada penderita sindrom Stevens-Johnson menurut jenis kelamin.	20

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1	: Diagram balok penderita sindrom Stevens-Johnson berdasarkan umur dan jenis kelamin.	18
Gambar 2	: Diagram serabi distribusi penderita sindrom Stevens-Johnson yang terdapat kelainan pada matanya.	20
Gambar 3	: Diagram balok macam kelainan mata pada penderita sindrom Stevens-Johnson menurut jenis kelamin.	21



I. PENDAHULUAN.

Sindrom Stevens-Johnson ini pertama kali dikemukakan oleh Stevens dan Johnson pada tahun 1922 (6,16). Sindrom ini disebut juga dengan eritema multiformis mayor, merupakan suatu sindrom yang timbul secara akut dan terdiri dari trias kelainan yaitu, kelainan pada kulit, kelainan pada selaput lendir diorifisium dan kelainan pada mata, yang disertai keadaan umum yang jelek (3,10). Penyakit ini didapati pada usia 3 -50 tahun, dimana 50 % penderita dibawah usia 20 tahun laki-laki lebih banyak dibanding perempuan (5,6).

Salah satu faktor penyebab utama sindrom Stevens-Johnson adalah alergi terhadap obat yang diberikan secara sistemik terutama golongan penisilin, sulfonamid dan barbiturat. Beberapa penulis mengemukakan penyebab lainnya diantaranya ialah infeksi oleh virus, bakteri atau setelah vaksinasi dan keganasan (3,4,5,6).

Penyakit sindrom Stevens-Johnson yang dirawat dibagian UPF Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo cenderung meningkat, dimana hal ini tidak menutup kemungkinan akibat pemakaian obat-obatan yang tidak terkontrol disebabkan penjualan bebas ditoko obat. (12) Patogenesis penyakit ini masih belum jelas, tetapi diduga timbul akibat reaksi hipersensitivitas (4,6).

Gejala klinis sangat bervariasi timbul antara



1 -- 14 hari dengan didahului gejala prodormal seperti febris, malaise, infeksi saluran nafas kemudian diikuti oleh lesi dikulit, lesi dimata dan genitalia (3,4,11).

Kelainan yang terjadi pada mata dapat menimbulkan kerusakan pada konjungtiva, sistim lakrimal, tapi kelopak mata dan kornea yang dapat menimbulkan kebutaan jika tidak ditangani secara dini dan tepat (9,15).

II. LATAR BELAKANG DAN PERMASALAHAN.

Gambaran klinis yang lengkap dari penyakit sindrom Stevens-Johnson berupa trias kelainan yaitu, kelainan pada kulit, kelainan pada selaput lendir diorifisium dan kelainan pada mata.

Nunik T. dkk. dalam penelitiannya dari tahun 1988 sampai tahun 1991 di UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya mendapatkan jumlah penderita yang cenderung meningkat dari tahun ketahun (tahun 1988 ---> 8 orang, tahun 1989 ---> 5 orang, tahun 1990 ---> 13 orang dan tahun 1991 ---> 13 orang). Pada penelitian tersebut diatas didapatkan 82 % penderita mengalami kelainan pada matanya, sayangnya kelainan pada mukosa mata tersebut tidak diperinci lebih lanjut (12). Pada kepustakaan disebutkan kelainan yang timbul pada mata penderita sindrom Stevens-Johnson sekitar 60 % -- 80 % (7,10). Sampai saat ini dibagian UPF Ilmu Penyakit Mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya maupun dipusat pendidikan kedokteran lainnya belum ada yang meneliti seberapa banyak kelainan yang ditimbulkan

sindrom Stevens-Johnson pada mata.

Pada kepustakaan disebutkan kelainan pada mata dapat berupa blefaritis, konjungtivitis kataralis, konjungtivitis purulenta, oklusi pungtum lakrimalis, sindrom mata kering, ulkus kornea, iritis, enteropion, trikiasis dan simblefaron (5,15). Mengingat banyaknya kelainan pada mata penderita yang mungkin timbul pada sindrom Stevens-Johnson maka perlu penanganan yang dini dan tindakan yang tepat untuk mencegah kerusakan lebih lanjut supaya tidak terjadi kebutaan.

Dengan cenderung meningkatnya jumlah penderita yang dirawat di UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang sebagian besar disertai kelainan pada mata, serta belum adanya data-data yang menyebutkan seberapa banyak kelainan yang terjadi pada mata oleh peneliti selama ini, sedangkan kelainan yang terjadi pada mata jika tidak ditangani secara dini dan tepat dapat menyebabkan kebutaan. Maka penulis merasa tertarik untuk meneliti hal-hal tersebut diatas.

Yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah seberapa banyak kelainan pada mata yang ditimbulkan sindrom Stevens-Johnson pada penderita yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

III. TINJAUAN KEPUSTAKAAN.

Sindrom Stevens-Johnson merupakan sindrom yang mengenai kulit, selaput lendir diorifisium dan mata dengan keadaan umum bervariasi dari ringan sampai berat. Sindrom ini merupakan tipe berat dari eritema

multiformis yang merupakan " immune complex mediated " (4). Gejala klinis yang timbul berupa demam malaise disusul dengan gejala erupsi kulit berupa multiple polimorfous disertai kerusakan pada mukosa. Erupsi pada kulit berupa papular dan bula yang terjadi pada tungkai dan muka, sedangkan pada mukosa terjadi ulserasi terutama pada mukosa mulut genitalia dan kunjungtiva.

Penyakit ini pada umumnya dihubungkan dengan reaksi hipersensitivitas terhadap obat terutama golongan penisilin, sulfonamid dan barbiturat. Dalam hal ini obat tersebut bertindak sebagai haptan yang bergabung dengan autogus protein jaringan membentuk auto antigen (7,15). Walaupun obat pada umumnya dianggap sebagai penyebab dari penyakit ini tetapi kenyataan walaupun tanpa pemakaian obat, penyakit ini dapat timbul misalnya pada seorang yang kena infeksi virus herpes simplek atau setelah dilakukan vaksinasi dan keganasan.

Perjalanan penyakit mempunyai sifat yang khas yaitu mulai terjadi lebih kurang 2 minggu dan lesi yang terjadi akan menyembuh pada minggu ke 6 perjalanan penyakit, kecuali jika keadaan umum penderita jelek bisa menimbulkan kematian (7,16).

III.1. PATOGENESIS.

Walaupun patogenesis yang pasti belum jelas diketahui, diduga disebabkan oleh reaksi alergi tipe III dan IV terjadi akibat terbentuknya kompleks antigen antibodi yang membentuk mikro presipitasi sehingga

terjadi aktivasi sistim komplemen akibatnya timbul akumulasi neutrofil yang kemudian melepaskan lisozim dan menyebabkan kerusakan jaringan pada organ sasaran . Reaksi tipe IV terjadi akibat limfosit T yang tersensitisasi mengalami kontak kembali dengan antigen yang sama, kemudian limfokin dilepas sehingga terjadi reaksi radang (10). Pada penderita eritema multiform, Kasmierowski dan Wuepper telah mendemonstrasikan adanya kompleks immum pada pembuluh darah superfisial kulit yang merupakan stimulus terjadinya mikrotrombus dan kemudian menimbulkan nekrosis pada pembuluh darah tersebut serta jaringan sekitarnya. Diikut sertakannya komplemen pada reaksi ini memperberat kerusakan jaringan, karena komplemen mampu menarik sejumlah besar lekosit tipe polimorfonuklear yang mengeluarkan enzim sehingga dapat menimbulkan lisis jaringan (8,16). Seperti pada kasus pemfigoid parut okuler dimana lokasi dari proses immum kompleks dan komplemen didapatkan pada membran basal epitel konjungtiva (8). Proses radang akut ini akan menarik jaringan sekitarnya dan bula subepitel yang terbentuk akan memperberat keadaan. Gejala baru timbul setelah 2 minggu sejak terjadinya proses imun kompleks, hal ini sama seperti komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit serum seperti artritis. Kelainan pada mata akibat sindrom Stevens-Johnson ini masih belum jelas, tetapi penelitian secara imunopatologi proses yang terjadi pada pemfigus dan pemfigoid kemungkinan proses yang terjadi pada konjungtiva hampir sama seperti yang didemonstrasikan

oleh Kasmierowski dan Weupper (8,15).

Pada mata penderita sindrom Stevens-Johnson dijumpai bula pada subepitel konjungtiva seperti yang dijumpai pada kasus pemfigus. Luka-luka yang terjadi pada konjungtiva sering terjadi pada gejala awal dari penyakit, hal ini tidak ada hubungan dengan infeksi sekunder yang mungkin timbul, tetapi diakibatkan oleh perubahan histopatologisnya yang terjadi pada penyakit ini (15). Bula subepitel konjungtiva yang terjadi pada fase dini akan menyebabkan simblefaron yaitu perlekatan antara konjungtiva dengan jaringan sekitarnya. Jaringan sikatrik pada konjungtiva yang timbul akan menyebabkan kerusakan yang bersifat permanen baik secara anatomis maupun fisiologis. Kerusakan secara anatomis akan menyebabkan oklusi dari puntum dan deformitas dari pinggir kelopak mata sehingga akan menimbulkan kelainan enteropion dan trikiasis (7,9). Enteropion dan trikiasis ini akan menyebabkan kerusakan pada epitel kornea dan jika proses ini berlanjut dan disertai adanya infeksi sekunder oleh kuman patogen akan menyebabkan ulkus kornea bila tidak segera diobati dengan cepat dan tepat akan terjadi perforasi, endoftalmitis dan berakhir dengan kebutaan (11). Kerusakan secara fisiologis terjadi akibat berkurangnya produksi air mata akibat kerusakan yang terjadi pada mukosa konjungtiva (7,11). Lapisan air mata merupakan faktor yang sangat penting dalam mempertahankan integritas kornea dan konjungtiva. Lapisan air mata terdiri dari 3 komponen yaitu lapisan lipid yang diproduksi kelenjar lakrimal dan lapisan

musin yang diproduksi sel Goblet pada konjungtiva. Fungsi lapisan air mata antara lain sebagai lubrikasi dan mempertahankan lingkungan yang tetap lembab bagi epitel kornea dan konjungtiva juga mempunyai efek bakterisid (mengandung imunoglobulin dan lizozym) dan merupakan media transport bagi produk metabolisme ke dan dari epitel kornea dan konjungtiva terutama O₂, CO₂, protein dan lainnya (8). Sedangkan kerusakan yang terjadi pada sindrom Stevens-Johnson berupa oklusi puntum kelenjar Meibom (yang berada pada margopalpebra) serta kerusakan seluruh sel Goblet yang berada pada konjungtiva (5,7,11). Dengan terganggunya komposisi ketiga komponen pembentuk lapisan air mata maka akan terjadi defisiensi dan menimbulkan suatu keadaan mata kering yang permanen sehingga menyebabkan xerosis konjungtiva, xerosis kornea dan dapat berakhir menjadi ulkus kornea. Berat ringannya kelainan yang terjadi pada mata tergantung dari derajat kerusakan yang terjadi serta defisiensi air mata yang timbul, ada atau tidaknya faktor-faktor penyakit lain seperti enteropion dan trikiasis serta infeksi sekunder yang menyertai.

III.2. DIAGNOSIS.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik, sedangkan pemeriksaan laboratorium disini tidak ada yang khas. Pada anamnesa dapat kita telusuri kemungkinan obat sebagai penyebabnya dengan

menanyakan pada penderita, sebelumnya merasa sakit apa dan macam obat yang diminumnya. Kemungkinan juga penderita sudah mengalami sakit sebelumnya dan penyakit inilah yang mendasari timbulnya sindrom Stevens-Johnson. Penyakit ini bersifat akut dengan keadaan umum yang bervariasi mulai dari ringan sampai berat. Biasanya dimulai dengan gejala prodormal yang tidak khas selama 1 - 14 hari, seperti demam, malaise, pusing, nyeri otot dan nyeri sendi. Kemudian diikuti oleh gejala yang khas dari sindrom Stevens-Johnson yaitu timbulnya gejala trias yang mengenai kulit, selaput lendir diorifisium dan kelainan pada mata (6,7,11).

Pada pemeriksaan fisik berdasarkan adanya gejala trias yang timbul, pertama yang dilihat adalah adanya kelainan pada kulit kemudian sekitar orifisium dan kelainan pada mata. Kelainan pada kulit, ditemukan adanya eritema, vesikula, bula dan erosi. Biasanya kelainan ini bersifat simetris distribusinya pada wajah, leher, ekstensor dari tangan dan kaki. Yang khas lesi yang terjadi pada kulit adalah tipe iris yaitu kulit yang eritematus dan tengahnya kulit tampak sianotik (3,5,11). Kelainan pada mukosa sekitar orifisium biasanya yang tersering adalah mulut dan bibir, berupa vesikula yang mudah pecah menjadi erosi disertai perdarahan kemudian menjadi eksoriasi dan kruste yang berwarna merah kehitaman, hal ini merupakan tanda yang khas (5,10). Pada kasus yang berat erosi bisa mencapai mukosa pharing, traktus respiratorius

bagian atas dan jika mengenai mukosa genital mengakibatkan terjadinya balanitis dan vulvovaginitis. Kelainan pada mata bersifat bilateral, pada keadaan akut akan terjadi :

- Konjungtiva Kataralis : Keradangan pada konjungtiva dimana keluhan penderita seperti ada benda asing dimata pedih dan panas. Pada pemeriksaan didapatkan injeksi konjungtiva, disertai sekret yang seros atau mukos.
- Konjungtivitis Purulenta : Keradangan pada konjungtiva dimana keluhan seperti diatas, pada pemeriksaan didapatkan injeksi konjungtiva, disertai sekret yang purulen.
- Blefaritis : Keradangan pada tepi kelopak mata dengan keluhan iritasi, pedih dan gatal. Pada pemeriksaan didapatkan tukak-tukak halus sepanjang tepi kelopak mata.
- Iritis : Keradangan pada iris dimana keluhan penderita epifora, fotofobi dan blefarospasme. Pada pemeriksaan didapatkan injeksi siliar, pupil miosis dan reflek pupil terhadap cahaya menurun.
- Oklusi pungtum lakrimalis : tertutupnya pungtum lakrimalis bagian superior maupun inferior dengan keluhan penderita epifora.
- Mata kering : berkurangnya produksi air mata ditandai dengan tes schimer dimana kertas yang basah kurang dari 5 mm dalam waktu 5 menit.

Sedangkan pada keadaan lebih lanjut akan terjadi :

- Entropion : Tepi kelopak mata berputar kearah dalam biasanya disertai trikiassis.
- Trikiassis : Pembalikan bulu mata kearah dalam sehingga mengakibatkan terangsangnya bola mata.
- Ulkus kornea : Hilangnya substansi kornea disertai infiltrat dan didapatkan injeksi siliar. Dimana keluhan penderita epifora, blefarospasma dan foto fobi.
- Simblefaron : Terjadi perlekatan antara konjungtiva dengan jaringan sekitarnya.

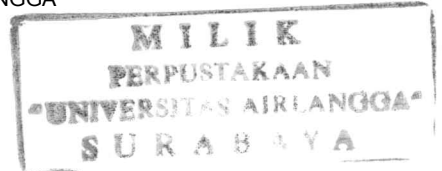
III.3. PENGOBATAN.

Sindrom Stevens-Johnson merupakan kelainan klinis yang berat dari eritema multiform. Hal ini merupakan keadaan yang serius karena dapat menimbulkan kematian, oleh karena itu korti kosteroid sistemik harus diberikan pada setiap penderita untuk menyelamatkan jiwanya (6,15,18).

Perawatan pada mata harus ditangani secara dini sebelum timbul kerusakan jaringan. Untuk itu diperlukan tindakan irigasi pada sakus konjungtiva dengan garam fisiologis diikuti dengan pelepasan simblefaron yang baru terbentuk dilakukan dengan cara pemberian anastesi topikal (pantokain 2 %), kemudian lidi kapas dilewatkan melalui sakus konjungtiva superior dan inferior untuk melepaskan secara mekanis perlekatan yang baru timbul. Untuk mencegah kerusakan pada konjungtiva lebih lanjut kortikkosteroid dapat diberikan secara sistemik dan topikal secara bersamaan (15,16). Untuk mencegah

terjadinya infeksi sekunder dapat dipertimbangkan pemberian antibiotik secara topikal dengan catatan harus dihindari kemungkinan terjadi reaksi hipersensitivitas dengan menanyakan riwayat penyakitnya. Sebaiknya sebelum antibiotik diberikan dilakukan kultur lebih dahulu pada jaringan yang mengalami kerusakan untuk mengetahui sensitivitas terhadap kuman patogen. Pemberian antibiotik dapat digabung dengan kortikosteroid secara topikal dalam bentuk salep, maksud pemberian ini adalah kecuali untuk mencegah terjadinya infeksi sekunder juga untuk menekan proses peradangan dan mencegah timbulnya simblefaron. (5,16) Pengobatan pada penyakit ini menjadi sulit dan hasilnya kurang memuaskan jika telah timbul simblefaron yang diikuti dengan berkurangnya produksi air mata, pemberian kortikosteroid pada fase ini kurang bermanfaat (9). Airmata buatan harus diberikan kecuali untuk lubrikasi juga untuk menjaga integritas kornea dan konjungtiva dengan pemberian sesering mungkin (18). Jaringan sikatrik yang terjadi pasca peradangan akut kecuali menimbulkan kekeringan pada mata juga dapat menimbulkan penyulit yang lain misalnya enteropion dan trikiasis. Pemberian lensa kontak sklera dapat melindungi kornea dari pengaruh enteropion dan trikiasis sambil menunggu tindakan operasi (4,11). sedangkan pada oklusi pughtum dapat dilakukan tindakan probing supaya lubangnya terbuka kembali.

Prognosis biasanya jelek pada keadaan yang berat karena usaha untuk memperbaiki keadaan kekeringan pada mata biasanya sulit yang akhirnya akan menimbulkan penyulit



seperti keratitis dan jika diikuti infeksi sekunder akan menjadi ulkus kemudian perforasi berakhir dengan kebutaan.

IV. TUJUAN PENELITIAN.

IV.1. Tujuan Umum.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui berapa banyak kelainan yang mungkin timbul pada mata penderita sindrom Stevens-Johnson yang dirawat dibagian UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

IV. 2. Tujuan Khusus.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran klinis yang mungkin timbul pada mata . Umur dan jenis kelamin penderita yang terbanyak. Kemungkinan macam obat sebagai penyebab sindrom Stevens-Johnson.

V. METODE PENELITIAN.

V.1. Sifat penelitian.

Penelitian dilakukan secara deskriptif, observasional dan cross sectional.

V.2. Tempat dan waktu penelitian.

Penelitian dilakukan dibagian UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kel RSUD Dr. Soetomo selama satu tahun mulai bulan Juli 1993 sampai dengan

Juni 1994.

V.3. Populasi

Seluruh penderita baru yang datang dan dirawat tinggal dibagian UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan telah didiagnosis sebagai sindrom Stevens-Johnson berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik.

V.4. Sample

Seluruh penderita sindrom Stevens-Johnson yang dirawat tinggal dibagian UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
(Total sample)

V.5. Variabel

1. Umur dan jenis kelamin
2. Penyebab penyakit

Berdasarkan anamnesa sebelum timbul gejala klinis apakah penderita sebelumnya telah minum obat. Yang akan digolongkan dalam 3 kelompok.

- a. Golongan analgesik antipruritik.
- b. Golongan antibiotika.
- c. Campuran dari bermacam obat.

3. Kelainan yang dijumpai pada mata.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan klinis kelainan pada mata dapat berupa :

- a. Blefaritis.
- b. Konjungtivitis kataralis.

- c. Konjungtivitis purulenta.
- d. Iritis.
- e. Oklusi pungtum lakrimalis
- f. Mata kering
- g. Entropion.
- h. Trikiasis.
- i. Ulkus kornea.
- j. Simblefaron.

V.6. Pencatatan data.

Data diambil secara langsung melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik, kelainan yang timbul diamati dan dicatat saat pertama kali penderita masuk rumah sakit dan belum diobati.

V.7. Cara kerja.

Membuat surat ijin antar bagian, jika telah disetujui maka setiap penderita yang dirawat tinggal di UPF Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin dimana telah didiagnosis sebagai sindrom Stevens-Johnson berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dilakukan pengamatan dan pencatatan data atau kelainan yang timbul.

1. Dicatat nama, alamat, umur dan jenis kelamin.
2. Pada anamnesa ditanya apakah sebelum penderita sakit telah minum obat, maka jenis obat dicatat dan dimasukkan dalam golongannya.

3. Dicatat segala kelainan yang dijumpai pada mata penderita pada saat pertama kali masuk rumah sakit dan belum diobati.
 - a. Palpebra : dilihat apakah ada peradangan pada tepi kelopak, enteropion dan trikiasis yang diperiksa dengan bantuan lampu senter dan loupe.
 - b. Konjungtiva : dilihat apakah ada peradangan yang timbul dan perlekatan dengan jaringan sekitarnya, diperiksa dengan bantuan lampu senter dan loupe.
 - c. Pungtum lakrimalis : dilihat apakah telah terjadi pembutuan, diperiksa dengan bantuan lampu senter dan loupe.
 - d. Kornea : dilihat apakah ada erosi, keratitis atau ulkus. Diperiksa dengan bantuan lampu senter, loupe dan kertas fluoresin.
 - e. Iris : dilihat apakah ada tanda peradangan yang mungkin timbul, diperiksa dengan bantuan lampu senter dan loupe.
 - f. Produksi air mata : dilihat apakah telah terjadi defisiensi produksi air mata, diperiksa dengan bantuan kertas filter dan timer (Tes Schirmer 1).

V.8. Sarana.

Sarana yang dipergunakan adalah

1. Loupe
2. Lampu Senter.
3. Kertas fluoresin
4. Kertas filter whatman 41.
5. Timer.

VI. ORGANISASI.

P e n e l i t i : Dr. Gunawan Tri R.
Pembimbing dan konsultan : Dr. Rowena Ghazali H.
P e m b a n t u : Petugas dibagian ruangan UPF
Ilmu Penyakit Kulit dan
Kelamin.

VII. HASIL PENELITIAN.

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan selama 1 tahun sejak 1 Juli 1993 sampai dengan 30 Juni 1994, telah dilakukan pemeriksaan terhadap 14 orang penderita sindrom Stevens-Johnson yang dirawat dibagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada saat pertama kali datang berobat dan belum mendapat terapi mengenai kelainan matanya. Dari pemeriksaan seluruh penderita tersebut diatas data yang diperoleh dikumpulkan dan dicatat dalam tabel. Umur dan jenis kelamin semua penderita yang dirawat selama 1 tahun tercantum dalam tabel 1.

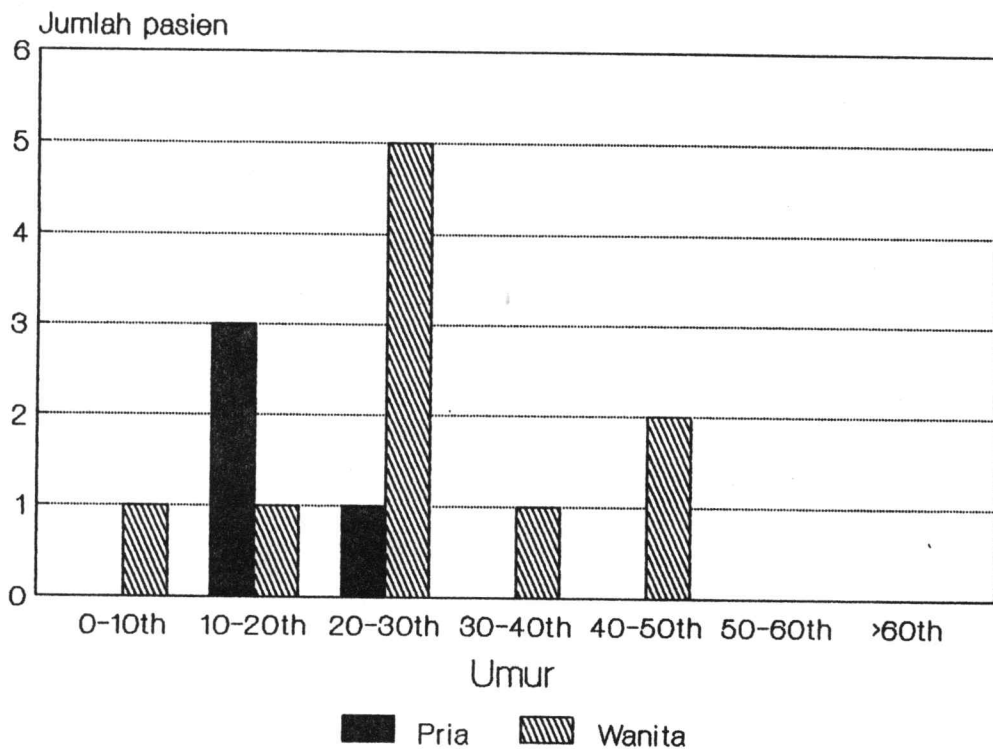
Tabel 1. Sindrom Stevens-Johnson yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo selama 1 tahun berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin.

UMUR (TAHUN)	JENIS KELAMIN		JUMLAH
	PRIA	WANITA	
- 10	-	1 (7,14 %)	1 (7,14 %)
- 20	3 (21,43 %)	1 (7,14 %)	4 (28,57 %)
- 30	1 (7,14 %)	5 (35,71 %)	6 (42,86 %)
- 40	-	1 (7,14 %)	1 (7,14 %)
- 50	-	2 (14,29 %)	2 (14,29 %)
- 60	-	-	-
> 60	-	-	-
JUMLAH	4 (28,57 %)	10 (71,43 %)	14 (100 %)

Pada tabel 1 tampak dalam jangka waktu 1 Tahun penderita yang dirawat dengan diagnosis sindrom Stevens-Johnson sebanyak 14 orang, dimana penderita pria 4 orang (28,57 %) dan penderita wanita 10 orang (71,43 %). Dengan kelompok terbanyak umur 11 - 20 tahun sebanyak 4 orang (28,57 %) dan pada kelompok umur 21 - 30 tahun sebanyak 6 orang (42,86 %). Umur termuda adalah 6,5 bulan dan umur tertua adalah 44 tahun.

Untuk lebih jelasnya distribusi pada tabel 1 digambarkan dalam bentuk diagram balok dibawah ini .

Gambar 1 : Diagram balok penderita sindrom Stevens-Johnson berdasarkan umur dan jenis kelamin.



Dugaan obat yang mendasari timbulnya sindrom Stevens-Johnson terlihat dalam tabel 2.

Tabel 2. Persentase obat yang diperkirakan sebagai penyebab sindrom Stevens-Johnson selama 1 tahun.

NO	MACAM OBAT	JUMLAH	PERSENTASE
1.	Derivat penisilin	5	35,71 %
2.	Parasetamol	4	28,57 %
3.	Karbamazepin	3	21,43 %
4.	Tetrasiklin	1	7,14 %
5.	Kloram penikol	1	7,14 %
6.	Antalgin	1	7,14 %
7.	Dilantin	1	7,14 %
8.	Luminal	1	7,14 %
9.	Allopurrinol	1	7,14 %
10.	Rheumasil	1	7,14 %
11.	Inderal	1	7,14 %

Obat yang disangka disangka sebagai penyebab alergi terbanyak ialah derivat penisilin (35,71 %), disusul oleh parasetamol (28,57 %) dan karbamazepin (21,43 %). Yang kesemuanya diberikan secara peroral sedangkan pemberian secara topikal maupun injeksi tidak kami dapatkan.

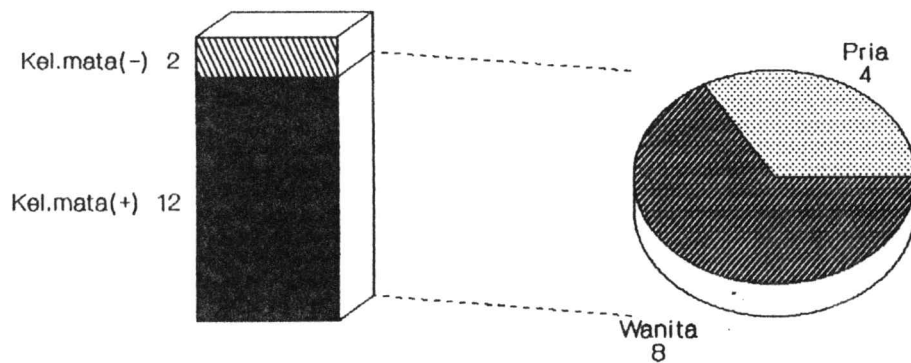
Berdasarkan pemeriksaan terhadap 14 orang penderita sindrom Stevens-Johnson yang terdapat kelainan pada matanya terlihat dalam tabel 3.

Tabel 3. Penyebaran kelainan mata pada penderita sindrom Stevens-Johnson yang terdapat kelainan pada matanya terlihat dalam tabel 3.

JENIS KELAMIN	KELAINAN MATA	
	A D A	TIDAK ADA
PRIA	4	0
WANITA	8	2
J U M L A H	12 (85,71%)	2 (14,29%)

Penderita sindrom Stevens-Johnson yang terdapat kelainan pada matanya sebanyak 12 orang (85,71 %) dimana penderita pria 4 orang (100 %) dan penderita wanita 8 orang (80 %).

Gambar 2. : Diagram serabi distribusi penderita sindrom Stevens-Johnson yang terdapat kelainan pada matanya.



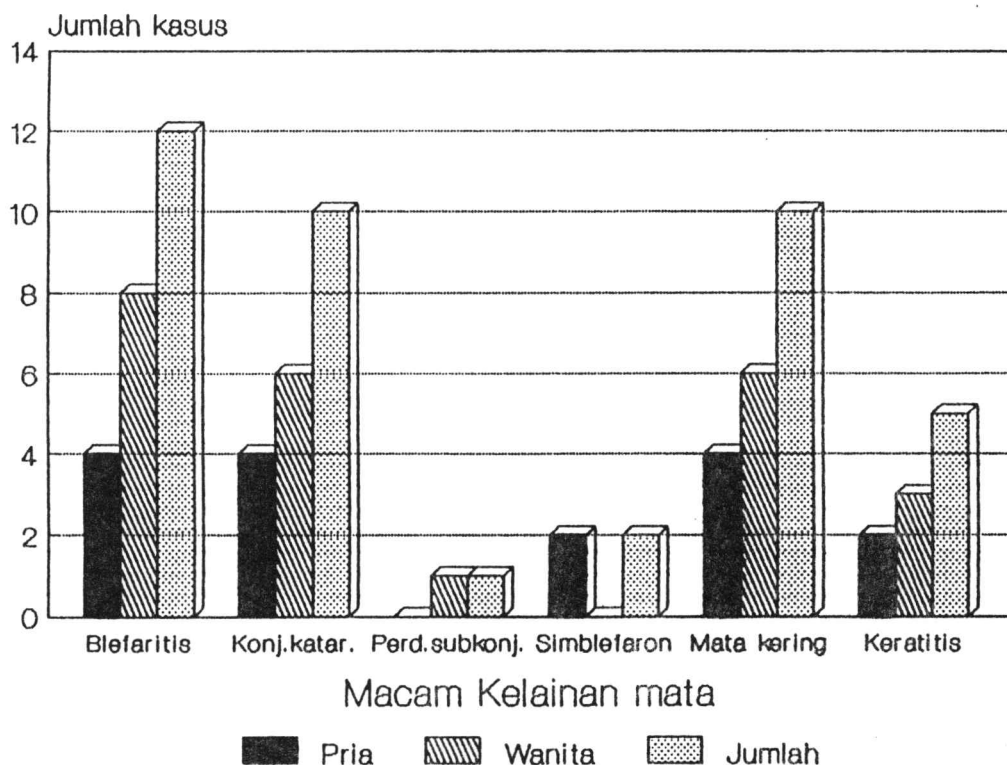
Macam kelainan mata yang dijumpai pada penderita sindrom Stevens-Johnson terlihat dalam tabel 4.

Tabel 4. Penyebaran dan macam kelainan mata yang dijumpai pada penderita sindrom Stevens-Johnson menurut jenis kelamin.

NO	MACAM KELAINAN MATA	PRIA	WANITA	Σ
1.	Blefaritis	4	8	12
2.	Konjungtivitis kataralis	4	6	10
3.	Konjungtivitis purulenta	-	-	-
4.	Perdarahan subkonjuntiva	-	1	1
5.	Simblefaron	2	-	2
6.	Oklusi pungtum	-	-	-
7.	Mata kering	4	6	10
8.	Keratitis	2	3	5
9.	Iritis	-	-	-
10.	Trikiasis	-	-	-
11.	Enteropion	-	-	-

Pada tabel 4 terlihat kelainan mata terbanyak pada penderita sindrom Stevens-Johnson adalah blefaritis sebanyak 12 orang penderita (100 %), kemudian konjungtivitis kataralis sebanyak 10 orang (83,33 %), mata kering sebanyak 10 orang (83,33 %) sedangkan keratitis sebanyak 5 orang (41,66 %) dan simblefaron sebanyak 2 orang (16,67 %). Kelainan pada mata disini bersifat bilateral.

Gambar 3 : Diagram balok macam kelainan mata pada penderita sindrom Stevens-Johnson menurut jenis kelamin.



VIII. PEMBAHASAN.

Dalam jangka waktu 1 tahun mulai 1 Juli 1993 sampai dengan 30 Juni 1994 dibagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya telah dirawat sebanyak 14 orang penderita sindrom Stevens-Johnson dengan

distribusi pada pria 4 orang (28,57 %) dan pada wanita 10 orang (71,43 %). Insidens ini relatif meningkat dibanding peneliti sebelumnya, di RSCM Jakarta (Januari 1988 s/d Desember 1992) insidens 12 per tahun dan di RSUD Dr. Soetomo (Januari 1988 s/d Desember 1991) insidens 10 orang per tahun (12,17). Hal ini disebabkan oleh makin banyaknya obat-obat yang beredar dan pada umumnya dapat dibeli bebas, sehingga kemungkinan seseorang untuk mendapat reaksi alergi menjadi lebih besar.

Kelompok umur terbanyak 11-20 tahun sebanyak 4 orang (28,57 %) dan pada kelompok umur 21-30 tahun sebanyak 6 orang (42,86 %), keduanya dapat digolongkan dalam kelompok dewasa muda yaitu 10 orang (71,43 %). Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa kelompok dewasa muda paling banyak terkena sindrom Stevens-Johnson. Teori menyebutkan bahwa pada bayi imunitas belum berkembang sedangkan pada manula imunitas menurun sehingga kemungkinan untuk mendapat reaksi alergi menjadi lebih kecil. Sedangkan pada dewasa muda imunitasnya paling tinggi sehingga untuk menderita reaksi alergi menjadi lebih besar (2,6). Hal ini sesuai dengan penelitian kami dapatkan kelompok dewasa muda 10 orang (71,43 %), umur termuda 6,5 bulan dan umur tertua 44 tahun. Pada kepustakaan barat menyebutkan bahwa sindrom Stevens-Johnson banyak dijumpai pada pria dari pada wanita, keadaan ini terbalik dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia seperti dijumpai pada penelitian kami yaitu wanita



lebih banyak dari pada pria (6.12.17).

Pada penelitian ini, obat tersangka yang dicurigai sebagai penyebab sindrom Stevens-Johnson yang tersering adalah derivat penisilin (35,71 %) disusul dengan parasetamol (28,57 %) dan karbamazepin (21,43 %). Hal ini sama hasilnya dengan penelitian yang dilakukan di RSCM di Jakarta. Obat derivat penisilin dan obat antipiretik analgesik dalam hal ini parasetamol memang relatif sering menyebabkan reaksi alergi karena banyak digunakan, begitu juga dengan obat kabarmazepin untuk pengobatan epilepsi juga sering menyebabkan reaksi alergi karena pemakaian yang berlanjut dan terus menerus (12,17). Diagnosis pasti tentang obat sebagai penyebab sulit ditegakkan karena untuk menentukan obat mana sebagai penyebab harus dilakukan test provokasi.

Dari 14 orang penderita sindrom Stevens-Johnson yang dirawat di bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo ternyata 12 orang dijumpai kelainan pada matanya (85,70 %). Hal ini tidak jauh berbeda dengan penelitian lainnya, di RSCM Jakarta 88 % dan di RSUD Dr. Soetomo 82 %. Sedangkan kepustakaan barat menyebutkan kelainan yang mengenai mata antara 75 % sampai dengan 91 % . Sindrom Stevens-Johnson adalah kelainan yang menyerang kulit dan jaringan mukosa pada tubuh, yaitu mukosa mulut, mata dan genetalia. Pada penelitian terdahulu yaitu di RSCM Jakarta maupun di RSUD Dr. Soetomo mukosa mata paling banyak terkena setelah mukosa mulut (6,12,17).

Kelainan pada mata yang dijumpai pada 12 orang

penderita sindrom Stevens-Johnson yang terbanyak adalah blefaritis sebanyak 12 orang (100 %). Kemudian konjungtivitis kataralis sebanyak 10 orang (83,33 %). mata kering 10 orang (83,33 %). sedangkan keratitis sebanyak 5 orang (41,66 %) dan simblefaron sebanyak 2 orang (16,67 %). Pada penderita sindrom Stevens-Johnson yang diduga timbul akibat reaksi hipersensitivitas terhadap obat, akan menimbulkan auto antigen dan kerusakan yang ditimbulkan terutama pada jaringan kulit dan mukosa. Sedangkan pada mata yang terkena adalah mukosa konjungtiva dan sel-sel Goblet yang berada pada konjungtiva, sehingga mengakibatkan kelainan yang dijumpai pada mata seperti blefaritis, konjungtivitis kataralis, sindrom mata kering, keratitis dan simblefaron. Melihat tingginya persentase kejadian konjungtivitis kataralis (83,33 %) dan kelainan dikornea berupa keratitis (41,66 %), hal ini tidak menutup kemungkinan akan kelak terjadi simblefaron dikemudian hari jika dibiarkan lebih lanjut, keadaan tersebut diatas akan diperberat dengan adanya kelainan mata kering yang dijumpai pada 10 orang penderita (83,33 %). Karena itu penting sekali penderita yang datang pertama kali dengan sindrom Stevens-Johnson untuk diberikan perhatian yang penuh pada matanya karena akan dapat menimbulkan cacat bahkan kebutaan dikemudian hari. Pada penelitian ini juga ditemukan 2 orang penderita (16,67 %) yang telah terjadi simblefaron pada fase akut, keadaan lebih lanjut dapat dicegah bila hal ini segera diatasi

sehingga tidak didapatkan simblefaron yang permanen (2,15).

IX. KESIMPULAN DAN SARAN.

Mengingat tingginya angka kelainan pada mata penderita sindrom Stevens-Johnson (85,70 %) dan banyaknya macam kelainan mata yang telah timbul pada saat pertama kali datang, maka peneliti menekankan perlunya perhatian penuh pada mata untuk mencegah cacat bahkan kebutaan dikemudian hari. Untuk itu meskipun penderita telah dinyatakan sembuh dari penyakitnya tetapi jika dijumpai kelainan pada matanya diharap tetap kontrol untuk pemeriksaan matanya sehingga jika timbul komplikasi lebih lanjut dapat segera diatasi.

X. RINGKASAN.

Telah dilakukan penelitian terhadap 14 orang penderita sindrom Stevens-Johnson yang dirawat dibagian Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo dengan distribusinya pada pria 4 orang (28,57 %) dan pada wanita 10 orang (71,43 %). Kelompok umur terbanyak 11 - 20 tahun sebanyak 4 orang (28,57 %) dan kelompok 21 - 30 tahun sebanyak 6 orang (42,86 %) keduanya dapat digolongkan pada dewasa muda yaitu 10 orang (71,43 %).

Obat tersangka yang dicurigai sebagai penyebab timbulnya sindrom Stevens-Johnson adalah derivat penisilin 5 orang (35,71 %) disusul dengan parasetamol 4 orang (28,57 %) dan kabamazepin 3 orang (21,43 %).

Dari 14 orang yang menderita sindrom Stevens-Johnson ternyata dijumpai 12 orang yang ada kelainan pada matanya (85,70 %). Kelainan yang dijumpai pada mata penderita sindrom Stevens-Johnson berupa blefaritis 12 orang (100 %), konjungtivitis kataralis 10 orang (83,33 %), sindrom mata kering 10 orang (83,33 %) sedangkan keratitis 5 orang (41,66 %) dan simblefaron 2 orang (16,67 %).

XI. PENUTUP.

Demikianlah hasil penelitian mengenai kelaian mata pada penderita sindrom Stevens-Johnson di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Semoga bermanfaat bagi kita semua.

XII . DAFTAR KEPUSTAKAAN.

1. Arikunto S. : Prosedur Penelitian. Suatu pendekatan praktek. edisi VI. PT. Bina Aksara. Jakarta 1989. hal. 89 - 116.
2. Bierman, C.W. Pearlman, D.S. : Allergic Diseases of Infancy, Childhood and Adolescence. W.B. Saunders Company. Philadelphia/London/Toronto 1980. p. 114 - 116.
3. Crawford, J.S. Morin, J.D. : The Eye in Childhood Grune & Stratton 1983. p. 224 - 226.
4. Duane, T.D. : Clinical Ophthalmology Vol.4 Chap. 2 J B Lippincott Company Philadelphia 1988. p. 16 - 17.
5. Duane, T.D. : Clinical Ophthalmology Vol.5 Chap. 27 J B Lippincott Company Philadelphia 1988. p.3 - 4.
6. Elias. P.M. and Fritsch, P.O. : Erythema Multiforme in Fitzpatrick T B et ad Dermatologi in General medicine, 3 rd edit. New York, MC Gran Hill BOOK Co. 1987 p. 555 - 563.
7. Fedukowics, H.B. Stenson, S. : External Infection of The Eye, 3 rd Appleton - Century - Crofts 1985. p. 222 - 223.
8. Ilyas Sidarta. : Penyakit Mata Ringkasan dan Istilah Pustaka Utama Grafiti, 1988. Hal. 8,350,424.
9. Miller, S.S. : Clinical Ophthalmology. Wrigh Bristol 1987. p. 127.
10. Mochtar Hamzah. : Sindrom Stevens - Johnson. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi 1, Fakultas Kedokteran Univ. Indonesia, Jakarta 1987. Hal .125 - 127.
11. Newel, F.W. : Ophthalmology Prnciples and Concepts, 5 th ed. The C.V. Mosby Company, St Louis - Toronto - London. 1982. p. 448.

12. Nunik , T. Robian M. Noor, dkk. : Sindrom Stevens-Johnson di UPF Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
13. Pudjihardjo, W.J. dkk : Metode Penelitian Dan Statistik Terapan. Airlangga University Press. Surabaya 1993 hal 1 - 8 .
14. Praktiknyo Ahmad Watik. : Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. C V Rajawali Jakarta 1986. Hal. 58 - 63.
15. Smolin, G. Thoft, R.A. : The Cornea Scientific Foundation and Clinical Practice 1 st ed. Little Brown and Company. Boston Toronto 1983. p. 289 - 291.
16. Spencer, W.H. : Ophthalmic Pathology an Atlas and Text Book. Vol. I, W B Saunders Company Philadelphia, 1985. p. 160 - 162.
17. Sri Lestari K.S. dan Adhi Djuanda : Tinjauan Retospektif Penderita Sindrom Stevens-Johnson Selama 5 tahun (1988 - 1992) di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. Maj. Kedok. Indon. Volum : 44. Nomor 5, Mei 1994.
18. Vaughan, D. Asbury, T. : General Ophthalmology, 12 th ed. lange Medical Publication, California 1989. p. 313.
19. Wright. P. and Collin, J,R.O. : The Ocluar Complications of Erythema Multiforme (Stevens-Johnson Syndrome) and Their Management. Trans. ophthal. Soc.U.K. (1983) 103, 338 -341

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr, SOETOMO
LAB/UPF ILMU PENYAKIT MATA

=====

I. DATA DASAR.

- 1. Nama :
- 2. Umur :
- 3. Jenis kelamin :
- 4. Alamat :
- 5. MRS :

- II. DUGAAN PENYEBAB. ; 1
2
3

III. PEMERIKSAAN

- | | OD | OS |
|---|----|----|
| 1. Visus | : | : |
| 2. Palpebra. | : | : |
| 3. Konjungtiva. | : | : |
| 4. Pungtum lakrimalis.: | : | : |
| 5. Kornea. | : | : |
| 6. Iris. | : | : |
| 7. Produksi air mata. :
(=Schirmer tes) | : | : |

: 167/PT03.2/KK/1993

Surabaya Tgl. 29 Juni 1993

: --

: Penelitian

Kepada

Yth. dr. Wisnujono Soewono

Kepala Lab./UPF Ilmu Penyakit Mata

FK Unair/RSUD Dr. Soetomo

S u r a b a y a

Menjawab surat Saudara tertanggal 29 Juni 1993 No. /PT03.2/OKM/I/1993 perihal dalam pokok surat, bersama ini kami beritahukan bahwa kami tidak berkeberatan :

dr. Gunawan Tri P.

memeriksa penderita Sindrom Stevens Johnson yang dirawat di UPF Penyakit Kulit dan Kelamin dalam rangka penelitiannya.

Demikian hendaknya menjadikan tahu adanya.

Kepala Lab./UPF I.P. Kulit dan
Kelamin FK Unair/RSUD Dr. Soetomo



[Handwritten Signature]
dr. Hari Sukanto
NIP. 130 368 685