**ERUPSI OBAT ALERGI
(ALERGIC DRUG ERUPTION)
DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI
BANTUL TAHUN 2020**

dr. Dwi Rini Marganingsih, M.Kes, Sp.KK

SMF Kulit dan Kelamin RSUD Panembahan Senopati Bantul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebiasaan masyarakat untuk mengobati sendiri keluhan sakit yang dideritanya, sudah jamak terjadi di masyarakat. Keinginan tidak repot harus memeriksakan ke fasilitas layanan kesehatan, mendorong mereka untuk mendapatkan obat secara mudah dengan membeli sendiri di warung atau di apotek. Kadang-kadang mereka membeli tanpa mempunyai dasar pengetahuan tentang efek samping yang mungkin terjadi. Meskipun tidak semua orang yang mengkonsumsi obat mengalami efek samping, tetapi tetap harus waspada kemungkinan efek samping itu terjadi. Tidak hanya obat warung yang bisa menyebabkan alergi, tetapi semua obat ada resiko untuk menimbulkan alergi, bahkan obat yang dikonsumsi melalui resep dokter sekalipun.

Kulit merupakan salah satu organ tubuh yang sangat mudah memberikan manifestasi klinis apabila timbul gangguan pada tubuh. Salah satu gangguan tersebut dapat disebabkan oleh reaksi alergi terhadap suatu obat. Erupsi obat alergi atau allergic drug eruption itu sendiri ialah reaksi alergi pada kulit atau daerah mukokutan yang terjadi sebagai akibat pemberian obat dengan cara sistemik.

Pemberian dengan cara sistemik di sini berarti obat tersebut masuk melalui mulut, hidung, rektum, vagina, dan dengan suntikan atau infus. Sedangkan reaksi alergi yang disebabkan oleh penggunaan penggunaan obat dengan dengan cara cara topikal, yaitu obat yang digunakan pada permukaan permukaan tubuh mempunyai istilah sendiri yang disebut dermatitis kontak alergi. Tidak semua obat dapat mengakibatkan reaksi alergi ini. Hanya beberapa golongan obat yang 1% hingga 3% dari seluruh pemakainya akan mengalami erupsi obat alergi atau erupsi obat. Obat-obatan tersebut yaitu; obat anti inflamasi non steroid (OAINS), antibiotik;

misalnya penisilin dan derivatnya, sulfonamid, dan obat-obatan antikonvulsan.

Menurut WHO, sekitar 2% dari seluruh jenis erupsi obat yang timbul tergolong 'serius' karena reaksi alergi obat yang timbul tersebut memerlukan perawatan di rumah sakit bahkan mengakibatkan kematian. Sindrom Steven-Johnson (SSJ) dan Nekrolisis Epidermal Toksik (NET) adalah beberapa bentuk reaksi serius tersebut. Perlu ditegakkan diagnosa yang tepat dari gangguan ini memberikan manifestasi yang serupa dengan gangguan kulit lain pada umumnya. Identifikasi dan anamnesa yang tepat dari penyebab timbulnya reaksi obat adalah salah satu hal penting untuk memberikan tatalaksana yang cepat dan tepat bagi penderita dengan tujuan membantu meningkatkan prognosis serta menurunkan angka morbiditas.

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pola kasus Erupsi Obat Alergik/Drug Eruption di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

C. Cara Penelitian

Dilakukan mini penelitian terhadap kasus baru Erupsi Obat Alergik/Drug Eruption di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Data didapatkan dari catatan medis pasien periode 1 Januari 2020 hingga 31 Agustus 2020. Dari data catatan medis tersebut akan dilakukan analisis diskriptif mengenai distribusi umur dan jenis kelamin, penyebab dan manifestasi klinik dari Drug Eruption tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI

Erupsi obat alergik disebut juga *alergic drug eruption* atau *adverse cutaneous drug eruption* adalah reaksi hipersensitivitas terhadap obat dengan manifestasi pada kulit yang dapat disertai maupun tidak disertai keterlibatan mukosa. Terdapat dua jenis tipe reaksi samping obat, yaitu tipe reaksi A yang dapat diprediksi karena sifat farmakologik obatnya, dan tipe B yaitu reaksi yang tidak dapat diprediksi dan terjadi pada populasi tertentu, misalnya idiosinkrasi dan reaksi hipersensitivitas (Budianti, 2015)

B. EPIDEMIOLOGI

Belum didapatkan angka kejadian yang tepat terhadap kasus erupsi alergi obat, tetapi berdasarkan data yang berasal dari rumah sakit, studi epidemiologi, uji klinis terapeutik obat dan laporan dari dokter, diperkirakan kejadian alergi obat adalah 2% dari total pemakaian obat-obatan atau sebesar 15-20% dari keseluruhan efek samping pemakaian obat-obatan. (Revus, 2003)

Hasil survei prospektif sistematis yang dilakukan oleh *Boston Collaborative Drug Surveillance Program* menunjukkan bahwa reaksi kulit yang timbul terhadap pemberian obat adalah sekitar 2,7% dari 48.000 pasien yang dirawat pada bagian penyakit dalam dari tahun 1974 sampai 1993. Sekitar 3% seluruh pasien yang dirawat di rumah sakit ternyata mengalami erupsi kulit setelah mengkonsumsi obat-obatan (Revus, 2003)

C. ETIOPATHOGENESIS

Ada dua macam mekanisme yang dikenal disini. Pertama adalah mekanisme imunologis dan kedua adalah mekanisme non imunologis. Umumnya erupsi obat timbul karena reaksi hipersensitivitas berdasarkan mekanisme imunologis. Obat dan metabolit obat berfungsi sebagai haptens,

yang menginduksi antibodi humoral. Reaksi ini juga dapat terjadi melalui mekanisme non imunologis yang disebabkan karena toksisitas obat, over dosis, interaksi antar obat dan perubahan dalam metabolisme (Revus, 2003)

Mekanisme Imunologis

Tipe I (Reaksi anafilaksis)

Mekanisme ini paling banyak ditemukan. Yang berperan ialah Ig E yang mempunyai afinitas yang tinggi terhadap mastosit dan basofil. Paparan pertama dari obat tidak menimbulkan reaksi. Tetapi bila dilakukan pemberian kembali obat yang sama, maka obat tersebut akan dianggap sebagai antigen yang akan merangsang pelepasan bermacam-macam mediator seperti histamin, serotonin, bradikinin, heparin dan SRSA. Mediator yang dilepaskan ini akan menimbulkan bermacam-macam efek, misalnya urtikaria. Reaksi anafilaksis yang paling ditakutkan adalah timbulnya syok (Revus, 2003; Lee, 2006)

Tipe II (Reaksi Autotoksik)

Adanya ikatan antara Ig G dan Ig M dengan antigen yang melekat pada sel. Aktivasi sistem komplemen ini akan memacu sejumlah reaksi yang berakhir dengan lisis (Revus, 2003; Lee, 2006)

Tipe III (Reaksi Kompleks Imun)

Antibodi yang berikatan dengan antigen akan membentuk kompleks antigen antibodi. Kompleks antigen antibodi ini mengendap pada salah satu tempat dalam jaringan tubuh mengakibatkan reaksi radang. Aktivasi sistem komplemen merangsang pelepasan berbagai mediator oleh mastosit. Sebagai akibatnya, akan terjadi kerusakan jaringan (Revus, 2003; Lee, 2006)

Tipe IV (Reaksi Alergi Seluler Tipe Lambat)

Reaksi ini melibatkan limfosit. Limfosit T yang tersensitasi mengadakan reaksi dengan antigen. Reaksi ini disebut reaksi tipe lambat karena baru timbul 12-48 jam setelah paparan terhadap antigen (Revus, 2003; Lee, 2006)

Mekanisme Non Imunologis

Reaksi " Pseudo-allergic" menstimulasi reaksi alergi yang bersifat antibody-dependent. Salah satu obat yang dapat menimbulkannya adalah aspirin dan kontras media. Teori yang ada menyatakan bahwa ada satu atau lebih mekanisme yang terlibat; pelepasan mediator sel mast dengan cara langsung, aktivasi langsung dari sistem komplemen, atau pengaruh langsung pada metabolisme enzim asam arachidonat (Andrew, 1993)

Efek kedua, diakibatkan proses farmakologis obat terhadap tubuh yang dapat menimbulkan gangguan seperti alopesia yang timbul karena penggunaan kemoterapi anti kanker. Penggunaan obat-obatan tertentu secara progresif ditimbun di bawah kulit, dalam jangka waktu yang lama akan mengakibatkan gangguan lain seperti hiperpigmentasi generalisata diffuse (Andrew, 1993)

D. GAMBARAN KLINIS

Perlu diketahui bahwa erupsi alergi obat yang timbul akan mempunyai kemiripan dengan gangguan kulit lain pada umumnya, gangguan itu diantaranya;

a. Urtikaria

Kelainan kulit terdiri atas urtika yang tampak eritem disertai edema akibat tertimbunnya serum dan disertai rasa gatal. Bila dermis bagian dalam dan jaringan subkutan mengalami edema, maka timbul reaksi yang disebut angioedema. Angioedema ini biasanya unilateral dan nonpruritus, dapat hilang dalam jangka waktu 1-2 jam. Tetapi kadang dapat bertahan selama dua sampai lima hari. Pelepasan mediator inflamasi dari suatu aktivasi yang bersifat non imunologis juga dapat menimbulkan reaksi urtikaria. Urtikaria dan angioedema sangat berhubungan dengan Ig-E sebagai suatu respon cepat terhadap penisilin maupun antibiotik lainnya. Obat lain misalnya

angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor dalam jangka waktu satu jam juga dapat menimbulkan urtikaria (Revus, 2003; Shear, 2003)

b. Eritema

Kemerahan pada kulit akibat melebarnya pembuluh darah. Warna merah akan hilang pada penekanan. Ukuran eritema dapat bermacam-macam. Jika besarnya lentikuler maka disebut eritema morbiliformis, dan bila besarnya numular disebut eritema skarlatiniformis (Revus, 2003)

c. Dermatitis medikamentosa

Gambaran klinisnya memberikan gambaran serupa dermatitis akut, yaitu efloresensi yang polimorf, membasah, berbatas tegas. Kelainan kulit menyeluruh dan simetris (Revus, 2003)

d. Purpura

Purpura ialah perdarahan di dalam kulit berupa kemerahan pada kulit yang tidak hilang bila ditekan. Purpura dapat timbul bersama-sama dengan eritem dan biasanya disebabkan oleh permeabilitas kapiler yang meningkat (Revus, 2003)

e. Erupsi eksantematosa

Lebih dari 90% erupsi obat yang ditemukan berbentuk erupsi eksantematosa. Erupsi yang muncul dapat berbentuk morbiliformis atau makulopapuler. Pada mulanya akan terjadi perubahan yang bersifat eksantematosa pada kulit tanpa didahului blister ataupun pustulasi. Erupsi bermula pada daerah leher dan menyebar ke bagian perifer tubuh secara simetris dan hampir selalu disertai pruritus. Erupsi baru muncul sekitar satu minggu setelah pemakaian obat dan dapat sembuh sendiri dalam jangka waktu 7 sampai 14 hari. Pemulihan ini ditandai dengan perubahan warna kulit dari merah terang ke warna coklat kemerahan, yang disertai dengan adanya deskuamasi kulit (Revus, 2003; Shear, 2003). Erupsi eksantematosa

dapat disebabkan oleh banyak obat termasuk penisilin, sulfonamid, dan obat antiepileptikum. Dari hasil data laboratorium diketahui bahwa T sel juga ikut terlibat dalam reaksi ini karena sel T dapat menangkap jenis obat tanpa perlu memodifikasi protein dari haptan (Shear, 2003). Jika kelainan ini timbul berkali-kali ditempat yang sama maka disebut eksantema fiksatum (Revus, 2003)

f. Eritema nodosum

Kelainan kulit berupa eritema dan nodus-nodus yang nyeri disertai gejala umum berupa demam, dan malaise. Tempat predileksi ialah di regio ekstensor tungkai bawah (Revus, 2003)

g. Eritroderma

Eritroderma pada penderita alergi obat berbeda dengan eritroderma pada umumnya yang biasanya disertai eritem dan skuama. Pada penderita alergi obat terlihat adanya eritema tanpa skuama, skuama justru baru akan timbul pada stadium penyembuhan (Revus, 2003)

h. Erupsi pustuler

Ada jenis erupsi, pertama erupsi akneiformis dan kedua Pustulosis Eksantematosa Generalisata Akut (PEGA).

1. Erupsi Akneiformis dihubungkan dengan penggunaan obat seperti iodida, bromida, ACTH, glukokortikoid, isoniazid, androgen, litium dan actinomisin. Erupsi timbul pada daerah-daerah yang atipikal seperti lengan dan kaki berbentuk monomorf berbentuk akne tanpa disertai komedo (Shear, 2003)

2. Penyakit Pustulosis Eksantema Generalisata Akut (PEGA) memberikan gambaran pustul miliar non folikular yang eritematosa disertai purpura dan lesi menyerupai lesi target. Kelainan kulit timbul bila seseorang mengalami demam tinggi ($>38^{\circ}\text{C}$). Pustul tersebut cepat menghilang dalam jangka

waktu kurang dari 7 hari kemudian diikuti oleh deskuamasi kulit. Pada pemeriksaan histopatologis didapat pustul intraepidermal atau subcorneal yang dapat disertai edema dermis, vaskulitis, infiltrat polimorfonuklear perivaskuler dengan eosinofil atau nekrosis fokal sel-sel keratinosit. Walaupun demikian, penyakit ini sangat jarang terjadi (Revus, 2003)

i. Erupsi bulosa

Erupsi bulosa ini ditemukan pada; pemphigus foliaceus, fixed drug eruption (FDE), erythema multiforme major (EM-major), SSJ dan TEN.

E. DIAGNOSIS

Dasar diagnosis erupsi obat alergi adalah :

1. Anamnesis yang teliti mengenai:
  - a. Obat-obatan yang dipakai
  - b. Kelainan kulit yang timbul akut atau dapat juga beberapa hari sesudah masuknya obat
  - c. Rasa gatal yang dapat pula disertai demam yang biasanya subfebris.
2. Kelainan kulit yang ditemukan:
  - a. Distribusi : menyeluruh dan simetris
  - b. Bentuk kelainan yang timbul

Penegakkan diagnosis harus dimulai dari pendeskripsian yang akurat dari jenis lesi dan distribusinya serta tanda ataupun gejala lain yang menyertainya. Data mengenai semua jenis obat yang pernah dimakan pasien, dosisnya, data kronologis mengenai cara pemberian obat serta jangka waktu antara pemakaian obat dengan onset timbulnya erupsi harus ikut dikumpulkan. Tetapi ada kalanya hal ini sulit untuk dievaluasi, terutama pada penderita yang mengkonsumsi obat yang mempunyai waktu paruh yang lama atau mengalami erupsi reaksi obat yang bersifat persisten (Revus, 2003)

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilaksanakan untuk memastikan penyebab erupsi obat alergi adalah:

1. Pemeriksaan in vivo

- Uji tempel (patch test)
- Uji tusuk (prick/scratch test)
- Uji provokasi (exposure test)

2. Pemeriksaan in vitro

a. Yang diperantarai antibodi:

- Hemaglutinasi pasif
- Radio immunoassay
- Degranulasi basofil
- Tes fiksasi komplemen

b. Yang diperantarai sel:

- Tes transformasi limfosit
- Leucocyte migration inhibition test

Pemilihan pemeriksaan penunjang didasarkan atas mekanisme imunologis yang mendasari erupsi obat (Mansyur, 2002)

Uji tempel (patch test) memberikan hasil yang masih belum dapat dipercaya. Uji provokasi (exposure test) dengan melakukan pemaparan kembali obat yang dicurigai adalah yang paling membantu untuk saat ini. Tetapi, risiko dari timbulnya reaksi yang lebih berat membuat cara ini harus dilakukan dengan cara hati-hati dan harus sesuai dengan etika maupun alasan medikolegalnya (Revus, 2003; Lee, 2006)

Sejumlah tes yang dilakukan dengan teknik invitro didesain untuk membantu membedakan apakah reaksi kulit yang terjadi pada individu

tersebut disebabkan karena obat atau bukan. Belum ditemukan uji fisik maupun laboratorium in-vitro yang cukup reliabel untuk digunakan secara rutin. Derajat sensitifitas maupun spesifitasnya cara ini masih dalam tahap penelitian. Oleh sebab itu, pemeriksaan ini hanya sedikit sekali membantu dalam penegakkan diagnosis klinis (revus, 2003; Andrew 1993)

Biopsi kulit boleh dilakukan pada penderita yang ditakutkan dapat mengalami reaksi obat yang serius seperti pada penderita yang memiliki gejala awal seperti eritroderma, blister, purpura dan pustulasi karena kasus SSJ baru akan timbul beberapa setelah penggunaan obat. Perlu diketahui pula bahwa lebih dari 50% kasus SSJ dan hampir 90% penderita TEN terkait dengan penggunaan obat (Shear, 2003; Adithan, 2006)

F. PENATALAKSANAAN

Seperti pada penyakit imunologis lainnya, pengobatan alergi obat adalah dengan menetralkan atau mengeluarkan obat tersebut dari dalam tubuh., epinephrine adalah drug of choice pada reaksi anafilaksis. Untuk alergi obat jenis lainnya, dapat digunakan pengobatan simptomatik dengan antihistamin dan kortikosteroid. Penghentian obat yang dicurigai menjadi penyebab harus dihentikan secepat mungkin. Tetapi, pada beberapa kasus adakalanya pemeriksa dihadapkan dua pilihan antara risiko erupsi obat dengan manfaat dari obat tersebut (Revus, 2003; Purwanto, 1976)

Penatalaksanaan Umum

- Melindungi kulit. Pemberian obat yang diduga menjadi penyebab erupsi kulit harus dihentikan segera (Revus, 2003; Lee, 2006)
- Menjaga kondisi pasien dengan selalu melakukan pengawasan untuk mendeteksi kemungkinan timbulnya erupsi yang lebih parah atau relaps setelah berada pada fase pemulihan (Revus, 2003; Lee, 2006)

- Menjaga kondisi fisik pasien termasuk asupan nutrisi dan cairan tubuhnya. Berikan cairan via infus bila perlu. Pengaturan keseimbangan cairan/elektrolit dan nutrisi penting karena pasien sukar atau tidak dapat menelan akibat lesi di mulut dan tenggorok serta kesadaran dapat menurun. Untuk itu dapat diberikan infus, misalnya berupa glukosa 5% dan larutan Darrow (Revus, 2003).
- Transfusi darah bila terapi tidak memberi perbaikan dalam 2-3 hari; khususnya pada kasus yang disertai purpura yang luas. Pada kasus dengan purpura yang luas dapat pula ditambahkan vitamin C 500 mg atau 1000 mg intravena sehari dan hemostatik (Mansyur, 2002)

Penatalaksanaan Khusus

1. Sistemik

a. Kortikosteroid.

Pemberian kortikosteroid sangat penting pada alergi obat sistemik. Obat kortikosteroid yang sering digunakan adalah prednison. Pada

kelainan urtikaria, eritema, dermatitis medikamentosa, purpura, eritema nodosum, eksantema fikstum, dan PEGA karena erupsi obat alergi. Dosis

standar untuk orang dewasa adalah 3 x 10 mg sampai 4 x 10 mg sehari. Pengobatan eryhema multiforme major, SSJ dan TEN pertama kali adalah

menghentikan obat yang diduga penyebab dan pemberian terapi yang bersifat suportif seperti perawatan luka dan perawatan gizi penderita. Penggunaan glukortikoid untuk pengobatan SSJ dan TEN masih kontroversial. Pertama kali dilakukan pemberian intravenous immunoglobulin (IVIG) terbukti dapat menurunkan progresifitas penyakit ini dalam jangka waktu 48 jam. Untuk

selanjutnya IVIG diberikan sebanyak 0.2-0.75 g/kg selama 4 hari pertama (Revus, 2003; Shear, 2006).

b. Antihistamin.

Antihistamin yang bersifat sedatif dapat juga diberikan, jika terdapat rasa gatal. Kecuali pada urtikaria, efeknya kurang jika dibandingkan dengan kortikosteroid (Revus, 2003)

2. Topikal

- Pengobatan topikal tergantung pada keadaan kelainan kulit, apakah kering atau basah. Jika dalam keadaan kering dapat diberikan bedak salisilat 2% ditambah dengan obat antipruritus seperti mentol ½-1% untuk mengurangi rasa gatal. Jika dalam keadaan basah perlu digunakan kompres, misalnya larutan asam salisilat 1% (Revus, 2003; Mansyur, 2002).
- Pada bentuk purpura dan eritema nodosum tidak diperlukan pengobatan topikal. Pada eksantema fikstum, jika kelainan membasah dapat diberikan krim kortikosteroid, misalnya hidrokortison 1% sampai 2 ½% (Revus, 2003; Mansyur, 2002).
- Pada eritroderma dengan kelainan berupa eritema yang menyeluruh dan mengalami skuamasi dapat diberikan salep lanolin 10% yang dioleskan sebagian-sebagian (Revus, 2003).
- Terapi topikal untuk lesi di mulut dapat berupa kenalog in orabase. Untuk lesi di kulit yang erosif dapat diberikan sofratulle atau krim sulfadiazin perak (Mansyur, 2002).

G. PROGNOSIS

Pada dasarnya erupsi kulit karena obat akan menyembuh bila obat penyebabnya dapat diketahui dan segera disingkirkan. Akan tetapi pada beberapa bentuk, misalnya eritroderma dan kelainan berupa sindrom Lyell dan sindrom Steven Johnson, prognosis sangat tergantung pada luas kulit yang terkena. Prognosis buruk bila kelainan meliputi 50-70% permukaan kulit (Revus, 2003; Lee, 2006)

BAB III

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan data catatan medis RSUD Panembahan Senopati Bantul dari tanggal 2 Januari 2020 hingga 31 Agustus 2020, didapatkan 33 kunjungan kasus, terdiri dari 13 kasus baru dan 20 kasus lama. Berdasarkan jenis kelamin, 12 kasus laki-laki dan 21 kasus wanita. Berdasarkan kelompok umur, 4 kasus usia 5-14 tahun (1 laki-laki, 3 perempuan), 3 kasus usia 15-24 tahun (3 perempuan), 11 kasus usia 25-44 tahun (3 laki-laki dan 8 wanita), 11 kasus usia 45-64 tahun (4 laki-laki, 7 perempuan) serta 4 kasus pada usia lebih dari 65 tahun (4 laki-laki).

RANK	ICD	DIAGNOSA	0-6HR		7-28HR		28HR-		1-4TH		5-14TH		15-24TH		25-44TH		45-64TH		>65TH		TOTAL	TOTAL	JML
			L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	TOTAL
1	L27.0	GENERALIZED SKIN ERUPTION DUE TO DRUGS AND MEDICAMENTS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	3	8	4	7	4	0	12	21	33

Dari 13 kasus baru, dilakukan telaah terhadap jenis kelamin, kelompok usia, obat penyebab dan manifestasi klinik yang didapat. Diperoleh hasil sbb:

NO	UMUR (Th)	J.KELAMIN	OBAT	MANIFESTASI
1	32	Perempuan	Phenitoin	SJS
2	32	Laki-laki	Na diklofenak	FDE
3	39	Perempuan	Cefixime	Makulopapular
4	24	Perempuan	Cefadroxyl	AGEP
5	38	Perempuan	Cefadroxyl	Makulopapular
6	50	Laki-laki	Asam mefenamat	FDE
7	39	Perempuan	Cefadroxyl	Makulopapular
8	12	Perempuan	Cefadroxyl	AGEP
9	21	Perempuan	Cefadroxyl	Makulopapular
10	48	Perempuan	Cefadroxyl	Makulopapular
11	33	Laki-laki	Antipsikotik	FDE
12	61	Laki-laki	Rifampicin	Makulopapular
13	36	Perempuan	Asam mefenamat	SJS

Berdasarkan jenis kelamin, 4 kasus laki-laki dan 9 kasus wanita. Berdasarkan kelompok umur, 1 kasus usia 5-14 tahun (1 perempuan), 2 kasus usia 15-24 tahun (2 perempuan), 7 kasus usia 25-44 tahun (1 laki-laki dan 6 wanita), 3 kasus usia 45-64 tahun (2 laki-laki, 1 perempuan) serta tidak didapatkan kasus pada usia lebih dari 65 tahun.

Berdasarkan penyebab, golongan antibiotik mendominasi (cefadroxyl, Cefixime, Rifampicin) dengan jumlah kasus 8. Penyebab lain adalah analgetik nonsteroid (na diklofenak, asam mefenamat) dengan 3 kasus, dan 1 kasus disebabkan karena antikonvulsi, 1 kasus disebabkan karena antipsikotik.

Berdasarkan manifestasi klinis, sebagian besar kasus berupa erupsi makulopapular (6 kasus). 3 kasus bermanifestasi sebagai Fixed Drug Eruption (FDE), 2 kasus bermanifestasi sebagai Stefen Johnson's Syndrome (SJS), da 2 kasus bermanifestasi sebagai Acute Generelized Erythema Pustulosis (AGEP).

BAB IV

PEMBAHASAN

Erupsi obat alergi di RSUD Panembahan Senopati Bantul periode 1 Januari 2020 hingga 31 Agustus 2020, didapatkan 33 kasus, dimana 13 (39%) merupakan kasus baru. Berdasarkan jenis kelamin, 4 kasus (30%) laki-laki dan 9 kasus (70%) perempuan. Data ini mirip dengan data statistik di beberapa negara bahwa perempuan lebih banyak mengalami Erupsi obat dibandingkan dengan laki-laki. Di Inggris, didapatkan prevalensi kasus drug eruption ini 60% pada perempuan dan 40% pada laki-laki (Revus, 2003). Data lain juga menunjukkan bahwa wanita mempunyai kemungkinan 2 kali lebih besar untuk terkena erupsi obat alergi ini. Kecenderungan erupsi kulit yang tinggi pada perempuan, diduga disebabkan karena adanya beberapa kondisi dalam kehidupan perempuan yang berpengaruh pada farmakokinetik obat, seperti menarche, kehamilan, dan laktasi, serta kecenderungan perempuan untuk mencari pengobatan dibandingkan laki-laki (Purwanti, 2014).

Berdasarkan kelompok umur, kasus erupsi obat alergi di RSUD Panembahan Senopati menunjukkan 1 kasus (8%) usia 5-14 tahun (1 perempuan), 2 kasus (15%) usia 15-24 tahun (2 perempuan), 7 kasus (53%) usia 25-44 tahun (1 laki-laki dan 6 wanita), 3 kasus (23%) usia 45-64 tahun (2 laki-laki, 1 perempuan) serta tidak didapatkan kasus pada usia lebih dari 65 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa kelompok usia 25-44 tahun paling banyak mengalami erupsi obat alergi. Hasil yang sama didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh Jalvehgari, dkk (2009). Data dari berbagai kepustakaan menunjukkan tingginya angka kejadian erupsi obat pada usia tersebut, terjadi karena tingginya paparan obat pada kelompok tersebut (Dubey, dkk, 2012; Mariyono, 2002)

Berdasarkan penyebab, golongan antibiotik mendominasi (cefadroxyl, Cefixime, Rifampicin) dengan jumlah kasus 8 (61%). Penyebab lain adalah analgetik nonsteroid (na diklofenak, asam mefenamat) dengan 3 kasus (23%), dan 1 kasus (8%) disebabkan karena antikonfalsan, 1 kasus (8%) disebabkan karena antipikotik. Penelitian ini agak berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Purwanti dkk, dimana golongan analgetik lebih banyak sebagai penyebab, disusul golongan antibiotik dan antikonfalsan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Choon, dkk, menunjukkan hasil yang sama bahwa antibiotik merupakan penyebab terbanyak dari erupsi obat alergi ini, disusul obat golongan antikonfalsan (phenitoin). Perbedaan jenis penyebab ini disebabkan karena variasi pola pengobatan pada masing-masing populasi dan karakteristik populasi. Pada penelitian ini, antibiotik mendominasi sebagai penyebab, dimungkinkan karena

penyakit infeksi yang memerlukan terapi antibiotik masih banyak didapatkan di masyarakat . Golongan analgetik seperti asam mefenamat juga masih banyak dikonsumsi oleh masyarakat untuk mengurangi rasa sakit. Mudahnya asam mefenamat didapatkan, baik di warung atau apotek, menyebabkan konsumsi obat ini di masyarakat juga banyak.

Bentuk manifestasi klinis erupsi obat alergik ini ada bermacam-macam. Dari yang ringan berupa erupsi morbiliformis hingga yang berat sebagai SJS. Berdasarkan manifestasi klinis, kasus erupsi obat alergi di RSUD Panembahan Senopati sebagian besar berupa erupsi makulopapular (6 kasus atau 46%). 3 kasus (23%) bermanifestasi sebagai Fixed Drug Eruption (FDE), 2 kasus (15%) bermanifestasi sebagai Stefen Johnson's Syndrome (SJS), dan 2 kasus (15%) bermanifestasi sebagai Acute Generalized Erythema Pustulosis (AGEP). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Padukadan, dkk dan juga Purwanti, dkk, dimana manifestasi klinik ringan seperti erupsi morbiliformis dan FDE paling banyak ditemukan. Bentuk klinis ditentukan oleh pola penggunaan obat pada populasi tertentu.

BAB V

KESIMPULAN

Erupsi obat alergi di RSUD Panembahan Senopati Bantul periode 1 Januari 2020 hingga 31 Agustus 2020, didapatkan 33 kasus, dimana 13 (39%) merupakan kasus baru. Berdasarkan jenis kelamin, perempuan mendominasi dengan 70%, diduga disebabkan karena adanya beberapa kondisi dalam kehidupan perempuan yang berpengaruh pada farmakokinetik obat, seperti menarche, kehamilan, dan laktasi, serta kecenderungan perempuan untuk mencari pengobatan dibandingkan laki-laki

Berdasarkan kelompok umur, menunjukkan bahwa kelompok usia 25-25 tahun paling banyak mengalami erupsi obat alergi, terjadi karena tingginya paparan obat pada kelompok tersebut (Dubey, dkk, 2012; Mariyono, 2002)

Berdasarkan penyebab, golongan antibiotik mendominasi (cefadroxyl, Cefixime, Rifampicin) dengan jumlah kasus 8 (61%). Pada penelitian ini, antibiotik mendominasi sebagai penyebab, dimungkinkan karena penyakit infeksi yang memerlukan terapi antibiotik masih banyak didapatkan di masyarakat .

Berdasarkan manifestasi klinis, kasus erupsi obat alergi di RSUD Panembahan Senopati sebagian besar berupa erupsi makulopapular (6 kasus atau 46%) yang merupakan manifestasi klinik ringan dari erupsi obat alergi. Bentuk klinis ditentukan oleh pola penggunaan obat pada populasi tertentu.

DAFTAR PUSTAKA

Adithan C. Steven-Johnson Syndrome. In: Drug Alert. Volume 2. Issue 1. Department of Pharmacology. JIPMER. India. 2006. Access on: August 17, 2018. Available at: www.jipmer.edu

Andrew J.M, Sun. Cutaneous Drugs Eruption. In: Hong Kong Practitioner. Volume 15. Department of Dermatology University of Wales College of Medicine. Cardiff CF4 4XN.U.K. 1993

Budianti WK. Erupsi Obat Alergik. In : Menaldi SLSW, Bramono K, Indriatmi W, editors. Ilmu penyakit kulit dan kelamin, 7th ed. Badan Penerbit FKUI: Jakarta;2015:190-3.

Chon S, Lai N, An Epidemiological and clinical analysis of cutaneous adverse drug reaction seen in elderly hospital in Johor, Malaysia. IJDVL, 2012:734-9

Dubbey AK, Prabhu S, Shankar PR, Subish P, Mishra P, Dermatological Adverse drug reaction due to systemic medication-a review of Literature. J Pakistan Assoc Dermatol, 2006;16 : 28-38

Javelgari M, Aimi H, Montazam H, Prevalence of cutaneous drug eruption in hospital patients : a Report from Sina Hospital of Tabriz. Iranian J Dermatol. 2009; 12 (1) : 16-9

Lee A, Thomson J. Drug-induced skin. In: Adverse Drug Reaction, 2nd ed. Pharmaceutical Press. 2006.

Mansjoer A, Suprohaita, Wardhani WI, Setiowulan W. Erupsi Alergi Obat. In: Kapita Selekta Kedokteran. Volume 2. 3rd edition. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Media Aesculapius. Jakarta. 2002. P: 133-39.

Mariyono HH, Suryono K. Adverse drug reaction. J Penyakit Dalam 2008; 121 (8): 164-72

Padukadan D, Thappa DM. Adverse cutaneous reaction: Clinical pattern and causative agents in a tertiary care center in South India. Indian J Dermatol Venerol Leprol. 2004; 70: 2492-501

Purwanti S. Penelitian Retrospektif Erupsi Kulit Akibat Obat di Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, RS Saiful Anwar Malang, Januar 2011-Desember 2013. www.researchgate.net

Purwanto SL. Alergi obat. In: Cermin dunia kedokteran. Volume 6. 1976. Available from: www-portalkalbe-files-cdk-files-07AlergiObat006_pdf-07AlergiObat006.mht

Revus J, Allanore AV. *Drugs Reaction*. In: Bologna Dermatology. Volume One. 2nd edition. Elsevier limited, Philadelphia. United States of America. 2003. P: 333-142.

Shear NH, Knowles SR, Sullivan JR, Shapiro L. Cutaneous Reactions to Drugs. In: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 6th ed. USA: The Mc Graw Hill Companies, Inc. 2003. p: 1330-1337