

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Pengertian

Menurut (Tono et al., 2022) halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan dalam persepsi sensorik, yang menyebabkan mereka merasakan sensasi palsu seperti penglihatan, pengecapan, suara, sentuhan atau bau.

Halusinasi adalah kondisi di mana seseorang kehilangan kemampuan untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dengan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberikan pendapat atau persepsi mengenai lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata, Misalnya, pasien mengatakan mendengar suara, meskipun sebenarnya tidak ada orang yang berbicara (Meizela et al., 2023).

2.1.2 Etiologi

Faktor penyebab halusinasi dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

Perkembangan klien yang terganggu seperti ketidakmampuan dalam mengendalikan emosi dan kurangnya keharmonisan dalam keluarga mengakibatkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, gampang frustrasi, dan kehilangan rasa percaya diri.

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dalam lingkungan sejak bayi yang akan meninggalkan bekas diingatannya hingga dewasa, dan ia akan merasa di kucilkan atau

disingkirkan, kesepian dan ketidakpercayaan terhadap lingkungannya.

c. Faktor Biokimia

Terdapat stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang dapat memicu produksi zat-zat neurokimia yang bersifat halusinogenik neurokimia dan metytranferase dalam tubuhnya. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan asetil dan dopamin.

d. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab cenderung lebih rentan terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Klien seringkali memilih kesenangan instan dan melarikan diri dari dunia nyata ke dunia khayalan.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penyakit ini (Biahimo et al., 2024).

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan bagi individu sebagai ancaman, tantangan, ataupun sebagai tuntutan yang membutuhkan tambahan energi ekstra untuk mengatasinya. Sebagai rangsangan lingkungan, contohnya keikutsertaan klien dalam suatu kelompok, tidak diajak berkomunikasi dalam waktu yang lama, objek yang ada di lingkungan bahkan suasana sepi atau terisolasi, seringkali menimbulkan halusinasi. Hal ini dapat meningkatkan kecemasan dan stress yang merangsang tubuh untuk mengeluarkan zat halusinogenik (A. K. Sari & Ritonga, 2022).

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu:

- a) Dimensi Intelektual: Pada dimensi ini, dijelaskan bahwa individu yang mengalami halusinasi cenderung menunjukkan penurunan fungsi ego pada individu.

Awalnya, halusinasi merupakan upaya dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan. Namun, fenomena ini dapat menimbulkan kewaspadaan yang dapat menyerap seluruh perhatian klien dan seringkali mengendalikan seluruh perilakunya.

- b) Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial pada fase awal dan comforting, ia menganggap bahwa kehidupan sosial di dunia nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah itu adalah tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, pengendalian dan harga diri yang tidak dapat ia peroleh di dunia nyata.
- c) Dimensi Spiritual: Secara sepiritual, klien mengalami halusinasi dimulai dari perasaan hampa dalam hidup, rutinitas yang terasa tidak bermakna, serta hilangnya aktifitas ibadah. Mereka juga jarang berusaha untuk menyucikan diri secara spiritual. Setiap kali bangun tidur, klien merasakan kekosongan dan ketidakjelasan mengenai tujuan hidupnya. Seringkali, individu ini menyalahkan takdir, tetapi menunjukkan kelemahan dalam upaya untuk mengubah nasib mereka. Mereka cenderung menyalahkan lingkungan dan orang lain atas kondisi yang memburuk dalam hidup mereka (Hulu et al., 2022).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Lalla & Yunita, 2022) tanda dan gejala halusinasi di antaranya sebagai berikut:

1. Menarik diri dari interaksi sosial dan berusaha menghindari dirinya orang lain.
2. Berbicara dan tersenyum sendiri serta tertawa sendiri
3. Duduk dalam keadaan terpukau atau berkhayal.
4. Menatap ke satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, gerakan mata yang cepat dan respon verbal yang lambat.
5. Kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi.

6. Pikiran yang cepat berubah
7. Sifat menyerang dan kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain.
8. Tiba-tiba menunjukkan kemarahan, kecurigaan, sikap bermusuhan, serta perilaku merusak baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.
9. Merasakan kegelisahan, ekspresi wajah yang tegang, jengkel, dan mudah tersinggung.

2.1.4 Jenis-Jenis

Menurut (Hulu & Pardede, 2022) jenis-jenis halusinasi dapat dikelompokkan menjadi lima kategori:

1. Halusinasi pendengaran (*auditorik*)

Pada jenis ini, individu mendengar suara-suara terutama mendengar suara orang, yang sering kali berupa pembicaraan orang lain. Mereka terkadang mendengar suara yang membicarakan pikiran mereka sendiri atau memberikan perintah, yang dapat menjadi berbahaya. Halusinasi pendengaran mencakup berbagai suara, mulai dari suara sederhana hingga berbicara tentang klien akibatnya klien merespon pada bunyi atau suara tersebut.

2. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Halusinasi ini melibatkan stimulus visual yang dapat berupa gambar kartun, gambar geometris, atau bayangan kompleks. Terkadang, individu mungkin melihat hal-hal yang menyenangkan atau menakutkan. Biasanya, orang yang mengalami halusinasi ini cenderung menghindari kontak mata, lebih senang terdiam, menyendiri, dan, melihat ke suatu sudut, kesulitan dalam berkonsentrasi.

3. Halusinasi penghidu (*olfactory*)

Jenis ini ditandai dengan pengalaman mencium bau-bauan tertentu, seperti bau urin, feses, atau darah, yang umumnya sangat tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu seringkali

disebabkan oleh kondisi seperti tumor, stroke, demensia, atau kejang. Karakteristik tanda-tandanya termasuk mencium aroma busuk, amis, atau bahkan bau harum, sehingga menciptakan gangguan penciuman yang signifikan.

4. Halusinasi peraba (*tactile*)

Halusinasi ini ditandai dengan adanya rasa ketidaknyamanan atau nyeri yang tanpa menyertakan stimulus fisik yang jelas. Misalnya, seseorang mungkin merasakan sensasi listrik yang berasal dari benda mati, tanah, atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (*gustatory*)

Pada jenis ini, individu merasakan rasa yang amis, buruk, atau menjijikkan. Mereka dapat mengalami sensasi seperti mengecap urin, feses, atau darah, yang sangat tidak menyenangkan.

2.1.5 Fase Halusinasi

Fase halusinasi dibedakan menjadi 4 fase yakni (Belina et al., 2024):

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
FASE 1 Comforting ansietas sebagai halusinasi menyenangkan	Klien mengalami berbagai perasaan seperti kesepian, kecemasan, rasa bersalah, dan ketakutan. Dalam upaya meredakan kecemasan tersebut, mereka berusaha untuk fokus pada pikiran-pikiran positif. Klien memahami bahwa pikiran dan pengalaman sensorik mereka berada dalam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tertawa dan tersenyum tidak sesuai 2. Menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara 3. Pergerakan mata yang cepat 4. Respon verbal yang lambat bila sedang asyik 5. Diam dan asyik sendiri

	kondisi kesadaran, dan bahwa kecemasan ini dapat diatasi tanpa intervensi psikotik.	
FASE II Complementing ansietas berat halusinasi memberatkan	Pengalaman sensasi yang menakutkan dan menjijikan. Dalam situasi ini, klien mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha menjauh dari sumber kecemasan yang mereka persepsikan. Mereka mungkin mengalami pengalaman sensorik dan memilih untuk menarik diri dari lain.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecemasan 2. Peningkatan pernafasan, tekanan darah, denyut jantung 3. Rentang perhatian menyempit 4. Asyik dengan pengalaman sensori 5. Kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita
FASE III Controlling ansietas berat pengalaman sensori jadi berkuasa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berhenti untuk melawan halusinasi dan menyerah terhadap halusinasi tersebut 2. Isi halusinasinya menjadi menarik 3. Klien mengalami pengalaman kesepian bila sensori halusinasinya berhenti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keinginan yang dikendalikan oleh halusinasi akan lebih diikuti. 2. Kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain. 3. Rentang perhatian hanya bertahan beberapa detik hingga menit. 4. Tanda-tanda fisik ansietas yang berat, seperti tremor,

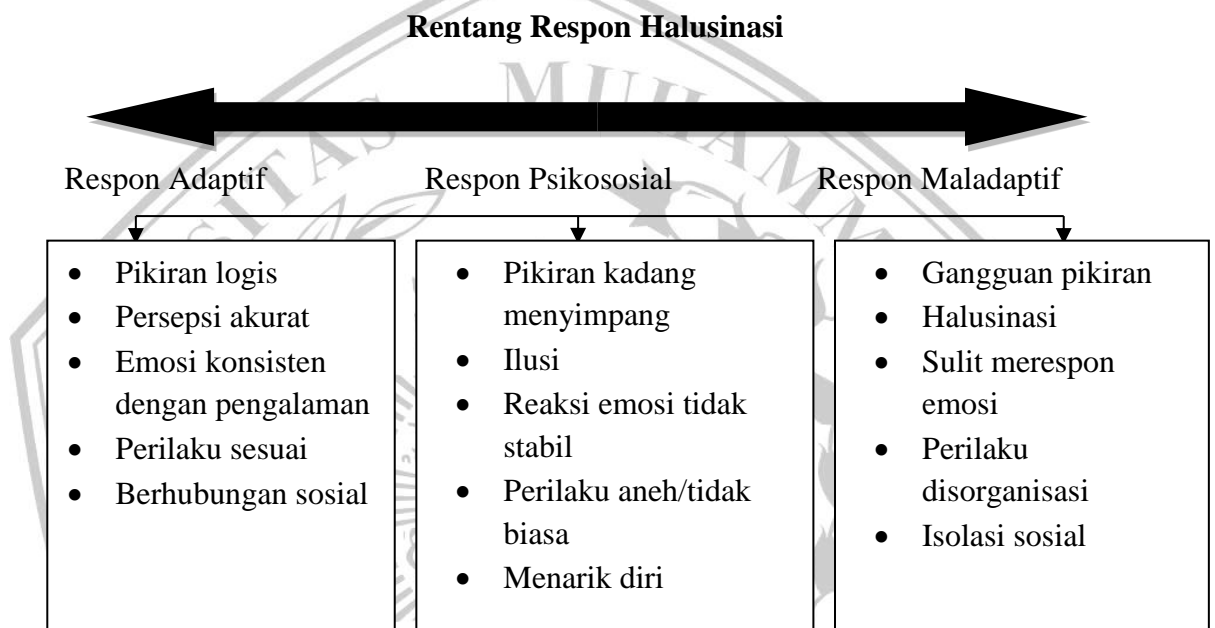
		<p>berkeringat, dan tidak mempunyai dalam mematuhi perintah yang ada.</p> <p>5. Isi halusinasi menjadi atraktif</p> <p>6. Perintah dari halusinasi ditaati.</p> <p>7. Tidak mempunya dalam mengikuti perintah dari perawat, berkeringat, dan tremor.</p>
<p>FASE IV Conquering Panik Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya</p>	<p>1. Pengalaman sensori bisa menjadi mengancam bila klien mengikuti perintah dari halusinasi.</p> <p>2. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau bahkan beberapa hari jika tidak ada intervensi terapeutik yang dilakukan.</p>	<p>1. Perilaku yang salah akibat perasaan panik.</p> <p>2. Potensi tinggi untuk tindakan bunuh diri atau pembunuhan.</p> <p>3. Aktivitas fisik yang mencerminkan isi halusinasi, termasuk perilaku kekerasan, penarikan diri, agitasi, atau keadaan katatonik.</p> <p>4. Ketidakmampuan untuk merespons perintah yang kompleks.</p> <p>5. Ketidakmampuan untuk merespons lebih dari satu orang.</p>

		6. Gejala agitasi atau kataton.
--	--	---------------------------------

Tabel 2. 1 Fase Halusinasi

2.1.6 Rentang Respon

Menurut (Aliffatunisa & Apriliyani, 2022) rentang respon halusinasi sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Rentang Respon Halusinasi

Keterangan

a. Respon Adaptif

1. Pikiran logis adalah cara berpikir yang mengarahkan kita kepada kenyataan yang dapat diterima oleh akal sehat.
2. Persepsi akurat mencerminkan pandangan seseorang yang cermat dan tepat mengenai suatu peristiwa, berdasarkan perhitungan yang matang.
3. Emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah perasaan yang muncul sebagai respons terhadap peristiwa yang pernah dialami sebelumnya.

4. Perilaku sosial mencakup kegiatan individu yang berkaitan dengan orang lain, diekspresikan melalui gerak atau ucapan, dan tidak bertentangan dengan norma moral.
5. Hubungan sosial merupakan suatu proses interaksi antara individu dengan orang lain dalam konteks pergaulan di masyarakat dan lingkungan sekitarnya (Aliffatunisa & Apriliyani, 2022).

b. Respon Psikososial

1. Pikiran kadang-kadang menyimpang, yang dapat terlihat sebagai kegagalan dalam mengabstraksi dan pengambilan Keputusan.
2. Ilusi adalah hasil dari pemikiran atau penilaian yang keliru atau salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata), dikarenakan dari rangsangan panca indera kita.
3. Emosi yang berlebihan dengan kurangnya pengalaman, sering kali diekspresikan melalui sikap yang tidak sesuai.
4. Perilaku yang tidak biasa mencakup sikap dan tingkah laku atau tindakan yang melampaui batas kewajaran.
5. Menarik diri adalah upaya untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam komunikasi maupun dalam hubungannya dengan masyarakat di sekitar (Santi et al., 2021).

c. Respon Maladaptif

1. Kelainan pikiran atau waham, adalah suatu keyakinan yang dipegang dengan teguh meskipun tidak disepakati oleh orang lain dan bertentangan dengan norma sosial yang ada.
2. Halusinasi adalah gangguan yang muncul berupa kesalahan persepsi terhadap rangsangan.
3. Kerusakan pada proses emosional yaitu ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi, yang ditandai dengan menurunnya kemampuan untuk merasakan kebahagiaan, kesenangan, dan kedekatan dengan orang lain.
4. Perilaku tidak terorganisir ialah ketidakselarasan antara perilaku dengan gerakan yang di timbulkan.

5. Isolasi sosial adalah kondisi di mana seseorang merasa kesepian dan enggan untuk berinteraksi dengan orang lain serta lingkungan sekitarnya (Oktaviani et al., 2021).

2.1.7 Proses Terjadinya Masalah

Terjadinya masalah halusinasi dimulai oleh adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi di diri seseorang, yang menyebabkan seseorang merasa cemas dan mencari cara untuk mengatasinya. Dalam upayanya untuk mengatasi kecemasan tersebut, individu yang tidak memiliki mekanisme koping yang adaptif mungkin akan mengambil jalan yang maladaptif. Mereka cenderung menarik diri dan membayangkan sesuatu yang berbeda atau berlawanan dari apa yang sebenarnya dihadapi, atau berfantasi tentang hal-hal yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan mereka. Meskipun strategi ini memberikan rasa nyaman dan mengurangi kecemasan sementara, tanpa intervensi yang tepat, pola perilaku ini dapat berlanjut. Dalam waktu yang lama, rasa nyaman yang semula diperoleh bisa berubah menjadi pengalaman yang menakutkan. Klien mungkin mulai mendengar suara-suara yang mengancam, dan pada titik ini, mereka sering kali sulit untuk mengendalikan situasi tersebut. Jika dibiarkan tanpa penanganan yang memadai, ketakutan yang dirasakan atau kepatuhan terhadap perintah dari suara-suara tersebut dapat menyebabkan klien melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya (Mulia, 2021).

2.1.8 Mekanisme Koping

Mekanisme koping dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti konsep diri, lingkungan, rasa aman dan nyaman, dan tingkat pengetahuan individu, dan pengalaman masa lalu. Mekanisme koping dapat didefinisikan sebagai strategi yang digunakan untuk mengelola perilaku dalam menghadapi masalah, baik yang sederhana maupun realistis. Tujuannya adalah untuk membebaskan diri dari masalah, baik yang bersifat nyata maupun tidak. Dan koping yaitu

semua upaya kognitif dan perilaku yang dilakukan untuk mengatasi, mengurangi, dan bertahan terhadap berbagai tuntutan yang dihadapi (Sihombing, 2021).

2.1.9 Penatalaksanaan

Halusinasi adalah salah satu gejala yang paling umum muncul pada gangguan Skizofrenia. Di mana Skizofrenia termasuk dalam jenis psikosis, mengenai tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai jenis terapi yaitu (Oktiviani, 2020):

a. Farmakoterapi

Obat-obatan untuk terapi halusinasi terdiri dari haloperidol, antiansietas, antidepresan, antipsikotik, antiparkinson, penstabil mood, dan stimulan.

b. Terapi psikososial

Ciri khas dari halusinasi ialah terganggunya kemampuan untuk membangun dan mempertahankan hubungan antar manusia, sehingga intervensi utama difokuskan guna membantu klien berpartisipasi dan mempertahankan sosialisasi yang berarti dalam kapasitas klien. Alternatif:

1) Terapi Modalitas

Semua sumber daya di rumah sakit dianjurkan untuk menerapkan komunikasi yang terapeutik, mencakup semua (asisten Kesehatan staf administrasi, mahasiswa, petugas instalasi, dan pembantu kesehatan).

2) Terapi Kelompok

Terapi kelompok merupakan bentuk psikoterapi yang dilakukan kepada klien secara kolektif dengan jalan aukusi yang dipandu oleh seseorang yang berpengalaman.

3) Terapi Keluarga

Tujuan dari terapi keluarga yaitu:

- a) Menurunkan atau mengurangi konflik kecemasan
- b) Meningkatkan kesadaran keluarga mengenai kebutuhan masing-masing anggota

- c) Meningkatkan pertanyaan yang kritis
 - d) Menggambarkan hubungan peran yang sesuai dengan tumbun. Perawat memberikan edukasi kepada keluarga tentang kondisi klien dan kepedulian terhadap situasi keluarganya.
- c. Terapi psikoreligi

Terapi psikoreligius yaitu Dzikir secara Islami, adalah suatu pengobatan dan perlakuan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit mental, untuk setiap individu, dengan kekuatan ruhani atau batin, yang berbentuk ritual keagamaan bukan pengobatan dengan obat-obatan, dengan maksud untuk memperkuat iman seseorang agar ia mampu mengembangkan potensi diri dan fitrah beragama yang dimiliki secara maksimal, dengan cara mensosialisasikan nilai-nilai yang terkandung dalam Al-Quran dan As-Sunnah ke dalam diri. Seperti melakukan shalat wajib, berdoa, dan berzikir dari aktivitas tersebut dapat menjadikan hidupnya selaras, seimbang dan sesuai dengan ajaran agama (Pratiwi & Rahmawati, 2022).

Terapi spiritual (terapi religious) yang mencakup dzikir, jika diucapkan dengan baik dan benar dapat membuat hati serta pikiran menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir dapat diterapkan pada pasien yang mengalami halusinasi, sebab ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan penuh kesungguhan dan perhatian yang sempurna maksimal (khusyu'), dapat memberikan pengaruh saat halusinasinya muncul, pasien bisa menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan lebih mampu menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir (Badori et al., 2024).

2.2 Konsep Steven Johnson Syndrome

2.2.1 Pengertian Steven Johnson Syndrome

Stevens-Johnson syndrome (SJS) atau sindrom Stevens-Johnson dan *Toxic Epidermal Necrolysis* (TEN) atau nekrolisis

epidermal toksik merupakan penyakit kulit yang disebabkan akibat dari alergi atau infeksi. Kondisi ini mengancam kondisi kulit yang menyebabkan kematian sel-sel kulit akibatnya epidermis mengelupas dan terpisah dari dermis. Sindrom ini dipandang sebagai hipersensitivitas yang kompleks yang berdampak pada kulit dan selaput lendir. Stevens Johnson Syndrome merupakan sindroma yang memengaruhi selaput lendir orifisium, kulit, dan mata dengan kondisi umum yang bervariasi dari yang ringan hingga berat. Kelainan pada kulit dapat berupa, vesikel, eritema, dan bula bisa disertai purpura. Sindrom Stevens Johnson umumnya terjadi pada anak-anak dan orang dewasa muda, terutama pada pria. Tanda-tanda oral dari sindrom Stevens Johnson serupa dengan eritema multiforme, namun perbedaannya terletak pada keterlibatan kulit dan membran mukosa yang lebih luas, disertai dengan gejala-gejala umum yang lebih parah, termasuk malaise, demam, batuk, sakit kepala, diare, nyeri dada, artralgia, dan muntah (Dewi, 2019).

2.2.2 Klasifikasi Steven Johnson Syndrome

1. Sindrom Steven Johnson
Surface area of epidermal detachment dibandingkan dengan detached dermis yaitu sebanyak kurang dari 10%.
2. Sindrom Steven Johnson dan TEN
Surface area of epidermal detachment dibandingkan dengan detached dermis yaitu sebanyak kurang dari 10-30%.
3. TEN
Surface area of epidermal detachment dibandingkan dengan detached dermis yaitu sebanyak lebih dari 30% (Fitriany & Alratida, 2019).

2.2.3 Etiologi Steven Johnson Syndrome

Penyebab yang pasti belum diketahui, namun dikatakan multifaktorial. Terdapat pendapat bahwa sindrom ini adalah eritema multiforme yang berat dan disebut eritema multiforme mayor,

sehingga dianggap memiliki penyebab yang sama. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan munculnya sindrom ini antara lain (Yulisa & Menaldi, 2023):

1. Infeksi

a) Virus

Sindrom Stevens-Johnson dapat muncul pada tahap awal dari infeksi saluran pernapasan atas oleh virus Pneumonia. Hal ini dapat terjadi pada Asian flu, Lympho Granuloma Venerium, Campak, Gondongan, dan vaksinasi virus Smalpox. Virus-virus Coxsackie, Echovirus, dan Poliomyelitis juga dapat menyebabkan Sindrom Stevens-Johnson.

b) Bakteri

Beberapa bakteri yang mungkin dapat menyebabkan Sindroma Stevens-Johnson ialah Brucelosis, Dyphtheria, Erysipeloid, Glanders, Pneumonia, Psitacosis, Tuberculosis, Tularemia, Lepromatous Leprosy atau Typhoid Fever.

c) Coccidioidomycosis dan Histoplasmosis bisa memicu Eritema Multiforme Bulosa, yang dalam kondisi berat juga disebut sebagai Sindrom Stevens-Johnson.

d) Malaria dan Trikomoniasis juga dianggap sebagai agen penyebab.

2. Alergi terhadap obat

Beberapa obat yang diduga dapat memicu Sindrom ini yaitu mencakup penisilin dan derivatnya, sulfonamid, tetrasiklin, streptomisin, analgesik/antipiretik (contohnya derivat salisilat, metamizol, pirazon, paracetamol, dan metampiron), hidralazin, digitalis, barbiturat (Fenobarbital), chlorpromazin, karbamazepin, kinin antipirin, dan ramuan herbal (jamu-jumuan).

3. Penyakit kolagen vaskuler

4. Pasca vaksinasi (Smalpox, Poliomyelitis, dan BCG)

5. Penyakit keganasan (Karsinoma penyakit Hodgkins, mieloma, polisitemia, dan limfoma)

6. Menstruasi dan kehamilan
7. Neoplasma
8. Radioterapi

2.2.4 Patofisiologi

Stevens-Johnson Syndrome adalah suatu kondisi hipersensitivitas yang dimediasi oleh kompleks imun, yang dapat disebabkan oleh obat-obatan, infeksi virus, atau keganasan. Meskipun patogenesisnya belum sepenuhnya jelas, diduga bahwa kondisi ini berkaitan dengan reaksi hipersensitif tipe III dan IV. Reaksi hipersensitif tipe III terjadi karena terbentuknya kompleks antigen-antibodi yang mikro presipitasi, akibatnya menyebabkan aktivitas sistem komplemen. Proses ini menarik akumulasi neutrofil yang kemudian melepaskan enzim, yang dapat merusak jaringan pada organ sasaran. Hal tersebut terjadi ketika kompleks antigen-antibodi yang bersirkulasi atau beredar di dalam darah mengendap pada pembuluh darah atau jaringan tertentu, antibiotik tidak ditujukan pada jaringan tersebut, tetapi terjebak di dalam jaringan kapiler. Pada beberapa kasus, antigen asing dapat berikatan atau melekat dengan jaringan, memicu pembentukan kompleks antigen-antibodi di lokasi itu. Reaksi pada tipe ini mengaktifkan komplemen serta degranulasi sel mast, mengakibatkan kerusakan pada jaringan atau kapiler di daerah tersebut. Neutrofil kemudian tertarik menuju lokasi tersebut dan mulai memfagositosis sel-sel yang rusak, akibatnya melepaskan enzim-enzim sel, serta terjadi pengumpulan sisa-sisa sel. Hal tersebut mengakibatkan siklus peradangan terus berlanjut (Agustriyani, 2024).

Reaksi hipersensitivitas tipe IV terjadi karena ketika limfosit T yang tersintesisasi berinteraksi kembali dengan antigen yang sama. Lalu, proses ini memicu pelepasan limfokin sebagai bagian dari respons inflamasi atau radang. Dalam reaksi ini, diperantarai dari sel T, terjadinya pengaktifan sel T. Penghasil limfokin atau sitotoksik berperan dalam menghasilkan antigen yang menyebabkan

penghancuran sel-sel yang terlibat. Reaksi yang diperantarai oleh tersebut memiliki sifat lyang ambat atau delayed) yang membutuhkan waktu antara 14 hingga 27 jam agar terbentuk. Pada beberapa kasus, biopsi kulit dapat menunjukkan endapan IgA, IgM, C3, serta fibrin, beserta kompleks imun yang beredar dalam sirkulasi. Antigen penyebab, yang berupa hapten, berikatan dengan karier yang kemudian merangsang respons imun spesifik, sehingga terbentuklah kompleks imun yang dapat beredar. Hapten atau karier ini bisa berupa faktor penyebab seperti virus atau partikel obat dan metabolitnya, atau produk yang dimunculkan dari aktivitas faktor penyebab tersebut, seperti struktur jaringan atau sel yang rusak akibat dari inflamasi, infeksi, atau proses metabolik. Kompleks imun yang beredar dapat mengendap di area kulit dan mukosa, dan menyebabkan kerusakan jaringan akibat dari aktivasi komplemen dan reaksi inflamasi yang terjadi (Aragibinafika & Topik, 2023).

Kerusakan jaringan dapat disebabkan oleh aktivitas sel T dan mediator yang mereka hasilkan. Kerusakan jaringan yang muncul sebagai kelainan klinis yang terlihat di kulit dan mukosa, dan dapat disertai dengan gejala sistemik akibat reaksi mediator serta produk inflamasi lainnya. Terdapat reaksi imun sitotoksik juga berperan dalam menyebabkan apoptosis pada keratinosit, yang pada akhirnya mengakibatkan kerusakan pada epidermis. Karena proses hipersensitivitas ini, kulit mengalami kerusakan fungsi yang dapat berakibat pada kehilangan cairan, peningkatan resistensi insulin, stres hormonal, glukosuria, dan hiperglikemia. Selain itu, dapat terjadi kegagalan termoregulasi, infeksi dan kegagalan fungsi imun (Fitriany & Alratidsa, 2019).

Gejala awal dari *toxic epidermal necrolysis* (TEN) dan Stevens-Johnson Syndrome (SJS) seringkali tidak spesifik, meliputi rasa perih di mata, ketidaknyamanan saat menelan, dan demam. Gejala-gejala ini biasanya muncul beberapa hari

sebelum manifestasi kulit terlihat. Biasanya, area awal yang terlibat adalah wilayah presternal pada batang tubuh dan wajah, tetapi telapak tangan dan kaki juga dapat terpengaruh. Selain itu, lebih dari 90% pasien mengalami eritema dan erosi pada mukosa bukal, alat kelamin, dan atau mata. Dalam beberapa kasus, sistem pernapasan dan pencernaan juga dapat terdampak (Fitriany & Alratisda, 2019).

Keterlibatan okular yang disebabkan oleh berbagai penyakit adalah hal yang cukup umum dan dapat beragam dari kondisi ringan seperti konjungtivitis akut, edema kelopak mata, serta eritema, hingga gejala yang lebih serius seperti debit okular, krusta, pembentukan membran konjungtiva atau pseudomembrane, bahkan erosi kornea. Dalam kasus yang lebih berat, dapat muncul lesi yang menyebabkan jaringan parut, simblepharon, penyusutan forniks, dan ulserasi kornea. Pada fase kedua, sebagian besar area pelepasan epidermal akan terlihat. Jika pelepasan epidermal tidak muncul, penting untuk melakukan pemeriksaan kulit yang lebih mendalam dengan menerapkan tekanan mekanik secara tangensial pada beberapa zona eritematosa, yang dikenal dengan *Sign Nikolsky* (Fitriany & Alratisda, 2019):

a) Kelainan pada kulit

Pada penderita sindrom Stevens-Johnson, sejumlah kelainan kulit dapat muncul, seperti ruam yang berkembang menjadi papula, eritema, bula, dan vesikel. Tanda patognomonik yang khas adalah kemunculan lesi target atau lesi targetoid. Berbeda dengan lesi target yang dijumpai pada eritema multiforme, lesi target pada sindrom Stevens-Johnson bersifat atipikal dan datar, dengan hanya dua zona warna dan batas yang kurang jelas. Selain itu, banyak makula purpura yang luas juga dapat terlihat di bagian tubuh penderita sindrom ini. Lesi yang terbentuk sering kali pecah, meninggalkan area kulit yang terbuka dan menjadikan tubuh lebih rentan terhadap infeksi sekunder. Pengelupasan kulit adalah kejadian umum dalam sindrom ini,

yang ditandai dengan tanda Nikolsky positif. Pengelupasan ini paling banyak terjadi di area yang mengalami tekanan, seperti punggung dan bokong. Jika pengelupasan mencakup kurang dari 10% dari total area tubuh, maka itu dikategorikan sebagai sindrom Stevens-Johnson. Sebaliknya, jika melibatkan 10-30%, kondisi ini disebut *Stevens-Johnson Syndrome – Toxic Epidermal Necrolysis (SJS-TEN)*, dan pengelupasan yang mencakup lebih dari 30% area tubuh dikenal sebagai *Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)*.

b) Kelainan pada mukosa

Kelainan pada mukosa umumnya terjadi di area mulut dan esofagus, namun dapat juga melibatkan mukosa paru-paru dan daerah genital. Kondisi ini dapat menyebabkan berbagai gejala seperti edema, eritema, pelepuhan, pengelupasan, ulserasi, nekrosis, serta ulserasi. Di dalam mulut, kelainan ini sering muncul sebagai stomatitis yang bisa terjadi pada lidah, bibir, dan mukosa bukal. Stomatitis ini sering kali diperparah dengan munculnya bula yang rentan pecah sewaktu-waktu. Apabila bula tersebut pecah, dapat meninggalkan krusta atau kerak kehitaman, terutama pada bibir penderita. Lesi juga dapat muncul pada percabangan bronkitrakeal, mukosa orofaring, esofagus, dan percabangan bronkitrakeal, yang menyebabkan penderita mengalami kesulitan bernapas dan mencerna makanan. Selain itu, kelainan pada saluran genital-urinaria dapat menyulitkan proses buang air kecil.

c) Kelainan pada mata

Kelainan pada mata yang dapat muncul antara lain adalah hiperemia konjungtiva. Kelopak mata mungkin melekat, dan jika dipaksa untuk dibuka, tindakan ini dapat merusak epidermis. Erosi pseudomembran pada konjungtiva juga dapat menyebabkan sinekia, yaitu pelekatan antara konjungtiva dan

kelopak mata. Sering kali, kondisi ini diikuti oleh peradangan atau keratitis pada kornea mata.

2.2.5 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan umum

Prinsip-prinsip utama perawatan suportif yaitu sama seperti luka bakar. Selain menghentikan pemberian obat yang dicurigai sebagai penyebab, dilakukannya perawatan luka, manajemen elektrolit dan cairan, perawatan mata, dukungan nutrisi, pengelolaan nyeri, pengendalian suhu, serta pemantauan untuk pengobatan infeksi (Dewi, 2019):

a) Penghentian obat penyebab

Diagnosis yang cepat sangat penting, terutama melalui identifikasi dini dan penghentian segera obat-obatan yang diduga menjadi penyebab, karena hal ini krusial dalam menentukan prognosis akhir pasien. Keterlambatan dalam menghentikan obat penyebab dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ignacio Garcia dan tim, ditemukan bahwa ada hubungan antara waktu penghentian obat dan prognosis pasien dengan Neuroendokrin Tumor (NET) atau Sindrom Stevens-Johnson (SSJ). Hasilnya pada penelitian menunjukkan bahwa angka kematian lebih rendah bagi pasien bila yang menghentikan obat penyebab dengan waktu paruh eliminasi yang pendek dalam waktu tidak lebih dari satu hari setelah munculnya bula atau erosi. Sementara itu, pasien yang mengonsumsi obat dengan waktu paruh yang lebih panjang menghadapi risiko kematian yang lebih tinggi.

b) Menjaga Keseimbangan Cairan, Termoregulasi dan Nutrisi SSJ/NET terkait erat dengan kehilangan cairan yang

signifikan akibat erosi, yang dapat menyebabkan hipovolemia dan ketidakseimbangan elektrolit. Oleh karena itu, penggantian cairan harus dimulai sesegera mungkin dan disesuaikan setiap harinya. Umumnya, jumlah infus yang diberikan lebih sedikit daripada pada luka bakar dengan tingkat keparahan yang serupa, karena edema interstisial tidak ditemukan. Jika memungkinkan, aliran vena perifer lebih disukai, karena penggunaan akses aliran sentral sering kali menyebabkan kerusakan pada epidermis dan meningkatkan risiko infeksi. Perlu juga diperhatikan kondisi suhu lingkungan, yang sebaiknya ditingkatkan antara 28°C hingga 30°C-32°C untuk mencegah pengeluaran kalori yang berlebihan akibat kehilangan epidermis. Penambahan pelembap udara saat tidur dapat meningkatkan kenyamanan pasien.

Pasien dengan SSJ dan NET berada dalam kondisi katabolik tinggi, sehingga memerlukan tambahan nutrisi. Kebutuhan energi dan protein terkait dengan luas area tubuh yang terlibat. Terapi enteral lebih diutamakan dibandingkan parenteral karena lebih mudah ditoleransi dan mampu memberikan asupan kalori lebih banyak. Sebaliknya, terapi parenteral memerlukan akses vena sentral dan berisiko meningkatkan sepsis. Jika terdapat lesi pada mukosa mulut, penggunaan selang nasogastrik juga dapat digunakan.

c) Antibiotik

Profilaksis antibiotik tidak dianjurkan sebagai indikasi dalam pengobatan, malah mungkin bisa menyebabkan resistensi terhadap organisme dan meningkatkan angka mortalitas. Pemberian antibiotik kepada pasien sebaiknya dilakukan hanya jika terdapat tanda-tanda klinis infeksi. Tanda-tanda ini meliputi perubahan status mental, hipotermia, menggigil, penurunan kondisi klinis secara

keseluruhan, dan penurunan pengeluaran urin. Peningkatan jumlah bakteri pada kultur kulit juga menjadi indikator yang perlu diperhatikan. Oleh karena itu, sangat disarankan untuk melakukan kultur rutin dari kulit, urin, darah, dan kanula intravaskular. Dalam konteks sepsis pada pasien yang mengalami sindrom shock jongkok (SSJ) atau *necrotizing enterocolitis* (NET), penyebab utama infeksi biasanya adalah *Staphylococcus aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa*. Spesies *Staphylococcus* yang di kultur atau diisolasi dari darah seringkali sejalan dengan spesies yang diisolasi dari kulit.

d) Perawatan luka

Pembersihan luka atau debridemen pada nekrosis epidermis yang eskensif atau luas dan agresif tidak dianjurkan untuk kasus *necrotizing enterocolitis* (NE). Hal tersebut karena nekrosis permukaan tidak menghambat proses reepitelisasi, dan justru dapat mempercepat proliferasi sel-sel punca yang berhubungan dengan sitokin peradangan. Pengobatan topikal dilakukan untuk mengurangi kehilangan cairan dan elektrolit, serta mencegah terjadinya infeksi. Sebelum debridemen, analgetik berbahan dasar morfin diberikan untuk meredakan nyeri. Untuk membersihkan kulit, digunakan antiseptik yang lembut dan solusi antibiotik seperti sabun povidone iodine, chlorhexidine, atau silver nitrate guna mengurangi pertumbuhan bakteri.

e) Perawatan mata dan mulut

Komplikasi oftalmik merupakan salah satu masalah yang paling umum dialami oleh pasien dengan sindrom Stevens-Johnson (SSJ) atau nekrolisis epidermal toksik (NET). Sekitar 80% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami komplikasi ocular akut yang serupa, dengan 25% di antaranya mengalami keterlibatan yang cukup berat. Sekitar

35% pasien juga mengalami gejala sisa kronis, sering kali disebabkan oleh pembentukan jaringan parut pada konjungtiva. Masalah mata yang paling sering dilaporkan meliputi fotosensitivitas kronis dan mata kering. Namun, pada beberapa pasien, penyakit mata kronis dapat muncul dalam bentuk kegagalan permukaan mata, inflamasi berulang, skleritis, atau skar konjungtiva progresif yang mirip dengan pemfigoid membran mukosa. Perawatan mata mencakup pembersihan kelopak mata serta pemberian pelumas di setiap hari menggunakan obat tetes atau salep mata.

Kebersihan rongga mulut juga sangat penting. Mulut harus dibersihkan beberapa kali sehari, dengan berkumur menggunakan antiseptik dan mengoleskan anestesi topikal seperti lignocaine atau xylocaine sebelum makan, untuk mengurangi rasa sakit saat menelan. Tindakan ini disarankan hanya jika pasien tidak mengalami disfagia faring. Disarankan untuk menghindari makanan yang terlalu dingin, panas, dingin, kasar atau asam. Lebih baik mengonsumsi makanan yang lembut dan basah agar tidak mengiritasi lesi di mulut. Kadang-kadang, obat antifungal seperti mikostatin, serta obat berkumur dengan soda bikarbonat atau hidrogen peroksida dengan konsentrasi rendah, dapat diberikan. Selain itu, pengolesan topikal pada bibir dengan menggunakan vaselin atau lanolin juga dianjurkan.

d) Perawatan vulvovaginal

Pencegahan vulvovaginal pada pasien wanita yang menderita SJS/NET sangat penting dan harus dimulai dengan pemeriksaan ginekologi dini. Tujuan utama dari langkah ini adalah untuk menghindari keterlibatan vagina yang dapat menyebabkan pembentukan adhesi dan

aglutinasi labial, serta mencegah adenosis vagina, terutama jika terdapat metaplasia pada serviks, endometrium, atau epitel kelenjar di vulva atau vagina. Pemberian kortikosteroid intravaginal dilakukan dua kali sehari pada pasien yang mengalami lesi ulseratif hingga fase akut penyakit mereda. Selain itu, penggunaan krim antijamur topikal diperlukan untuk mencegah kandidiasis vagina.

1. Penatalaksanaan Spesifik

a) Kortikosteroid Sistemik

Dalam 72 jam pertama setelah onset, kortikosteroid dapat diberikan untuk mencegah penyebaran yang lebih luas. Pengobatan ini biasanya berlangsung antara 3-5 hari, kemudian dosisnya diturunkan secara bertahap (tapering off). Dosis yang dianjurkan berkisar antara 30-40 mg per hari, atau deksametason secara intravena dengan dosis awal 4-6 x 5 mg per hari. Tapering off sebaiknya dilakukan dengan cepat, karena penyebab SJS/NET umumnya bersifat eksogen (alergi). Dalam konteks SJS/NET, kortikosteroid berfungsi sebagai agen anti-inflamasi, immunosupresif, dan anti-apoptosis. Efek anti-apoptosis ini juga terlihat pada berbagai jaringan, termasuk kulit, dengan menghambat aktivitas Fas-FasL.

b) Immunoglobulin Intravena (IVIG)

Anjuran penggunaan immunoglobulin intravena dosis tinggi didasarkan pada temuan bahwa kematian sel yang dimediasi oleh Fas dapat dihambat oleh aktivitas anti-Fas yang terdapat dalam beberapa immunoglobulin manusia normal. Manfaat dari pengobatan ini telah dikemukakan dalam beberapa studi dan laporan kasus, meskipun ada juga yang meragukannya.

IVIG mengandung antibodi imun yang dapat mengganggu jalur apoptosis yang dipicu oleh FasL dan reseptornya.

Secara teoritis, pemberian IVIG paling efektif dilakukan pada fase awal, yaitu dalam waktu 24-72 jam setelah munculnya bulla pertama, sebelum Fas-L dan reseptor berikatan. Meskipun pengobatan masih dapat efektif meskipun diberikan setelah bulla baru muncul, penting untuk dicatat bahwa pasien yang mengalami defisiensi IgA berisiko mengalami reaksi anafilaksis akibat IVIG. Oleh karena itu, pemeriksaan tingkat IgA sebelum pemberian sangat dianjurkan. Namun, menunggu hasil pemeriksaan dapat berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam penanganan.

c) Siklosporin A

Siklosporin adalah agen immunosupresif yang kuat, dengan efek biologis yang menjanjikan dalam pengobatan sindrom Steven-Johnson dan nekrolisis epidermal toksik (SSJ/NET). Dalam sebuah studi retrospektif yang melibatkan 11 pasien dengan NET, terapi siklosporin A (3 mg/kg/hari) menunjukkan hasil yang menggembirakan, termasuk reepitelisasi yang cepat dan tingkat mortalitas yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan siklofosamid dan kortikosteroid (0% vs 50%). Selain itu, sejumlah laporan kasus individual juga mencatat penggunaan dosis antara 3 hingga 5 mg/kg/hari, baik dengan cara intravena maupun oral, yang berhasil memperlambat perkembangan pada SJS/NET tanpa munculnya toksisitas signifikan. Durasi pengobatan bervariasi antara 8 hingga 24 hari, biasanya hingga pasien mencapai reepitelisasi. Efek samping yang dilaporkan termasuk peningkatan ringan pada kadar serum kreatinin, hipertensi, dan risiko infeksi. Meskipun siklofosamid sebagai terapi tunggal pernah digunakan, saat ini agennya tidak lagi menjadi pilihan utama di banyak pusat layanan kesehatan.

d) Agen TNF- α

Pada beberapa laporan kasus menunjukkan bahwa infus tunggal 5 mg/kg berat badan TNF- α dapat menghentikan perluasan dan perkembangan sindrom Stevens-Johnson/Toksik Epidermal Nekrolisis (SJS/NET) serta memicu proses epitelisasi. Selain itu, pemberian etanercept 50 mg melalui injeksi subkutan telah terbukti berhasil pada sejumlah kecil pasien.

e) Plasmafaresis atau Hemodialisis

Penerapan plasmaferesis atau hemodialisis dimaksudkan untuk mempercepat pengeluaran obat yang tidak tepat, metabolitnya, atau mediator peradangan seperti sitokin. Beberapa laporan kasus kecil melaporkan efektivitas dan keamanan metode ini dalam penatalaksanaan SJS/NET. Namun, mengingat kurangnya dasar ilmiah yang kuat dan risiko terkait dengan pemasangan kateter intravaskular, pendekatan ini tidak direkomendasikan.