

## III.4. MATA

### 41. Mata Kering/*Dry eye*

No. ICPC II: F99*Eye/adnexa disease other*

No. ICD X:H04.1 *Other disorders of lacrimal gland*

#### **Tingkat Kemampuan: 4A**

#### **Masalah Kesehatan**

Mata kering adalah suatu keadaan keringnya permukaan kornea dan konjungtiva yang diakibatkan berkurangnya produksi komponen air mata (musin, akueous, dan lipid). Mata kering merupakan salah satu gangguan yang sering pada mata, persentase insiden sekitar 10-30% dari populasi, terutama pada orang yang usianya lebih dari 40 tahun dan 90% terjadi pada wanita.

#### **Hasil Anamnesis(*Subjective*)**

##### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan mata terasa gatal, seperti berpasir. Keluhan dapat disertai sensasi terbakar, merah, dan perih.

##### Faktor Risiko

1. Usia, makin lanjut usia semakin tinggi angka kejadiannya.
2. Penggunaan komputer dalam waktu lama.
3. Penyakit sistemik, seperti: sindrom Sjogren, sklerosis sistemik progresif, sarkoidosis, leukimia, limfoma, amiloidosis, hemokromatosis.
4. Penggunaan lensa kontak.

#### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana (*Objective*)**

##### Pemeriksaan Fisik Oftalmologis

1. Visus normal.
2. Terdapat *foamy tears* pada konjungtiva forniks.
3. Penilaian produksi air mata dengan tes *Schirmer* menunjukkan hasil <10 mm (N = >20 mm).

#### **Penegakan Diagnostik(*Assessment*)**

##### Diagnosis Klinis

Diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan oftalmologi.

## Komplikasi

1. Keratitis
2. Penipisan kornea
3. Infeksi sekunder oleh bakteri
4. Neovaskularisasi kornea

## Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

### Penatalaksanaan

Pemberian air mata buatan (karboksimetilselulosa tetes mata)

### Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Tidak diperlukan

### Konseling & Edukasi

Keluarga dan pasien harus mengerti bahwa mata kering adalah keadaan menahun dan pemulihan total sukar terjadi, kecuali pada kasus ringan, saat perubahan epitel pada kornea dan konjungtiva masih reversibel.

### Kriteria rujukan

Dilakukan rujukan ke spesialis mata jika timbul komplikasi.

## SaranaPrasarana

1. Lup
2. Strip *Schirmer* (kertas saring Whatman No. 41)

## Prognosis

Prognosis pada umumnya adalah bonam, terkendali dengan pengobatan air mata buatan.

## Referensi

1. Gondhowiardjo, T. D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami. 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi.* Jakarta: Erlangga. 2005.
3. Riordan, Paul E. Witcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum. Ed 17.* Jakarta: EGC. 2009.
4. Sastrawan, D. dkk. *Standar Pelayanan Medis Mata.* Palembang: Departemen Ilmu Kesehatan Mata RSUP M. Hoesin. 2007.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata. Edisi III.* Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum. Ed 14.* Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 42. Buta Senja

No. ICPC II: F99 *Eye/adnexa disease other*

No. ICD X: H53.5 *Colour vision deficiencies*

### **Tingkat Kemampuan: 4A**

#### **Masalah Kesehatan**

Buta senja/ rabun senja disebut juga nyctalopia atau hemarolopia adalah ketidakmampuan untuk melihat dengan baik pada malam hari atau pada keadaan gelap. Kondisi ini lebih merupakan gejala dari kelainan yang mendasari. Hal ini terjadi karena kelainan sel batang retina untuk penglihatan gelap.

#### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

##### Keluhan

Penglihatan menurun pada malam hari atau pada keadaan gelap, sulit beradaptasi pada cahaya yang redup.

##### Faktor Risiko

1. Defisiensi vitamin A
2. Retinitis pigmentosa

#### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

##### Pemeriksaan Fisik

Dapat ditemukan tanda-tanda defisiensi vitamin A:

- Terdapat bercak bitot pad konjungtiva.
- Kornea mata kering/kornea serosis.
- Kulit tampak kering dan bersisik.

##### Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan.

#### **Penegakan diagnostik(Assessment)**

##### Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

#### **Penatalaksanaan komprehensif(Plan)**

##### Penatalaksanaan

Bila disebabkan oleh defisiensi vitamin A diberikan vitamin A dosis tinggi.

#### Konseling & Edukasi

Memberitahu keluarga adalah gejala dari suatu penyakit, antara lain; defisiensi vitamin A sehingga harus dilakukan pemberian vitamin A dan cukup kebutuhan gizi.

#### SaranaPrasarana

1. Lup
2. Oftalmoskop

#### Prognosis

Untuk quo ad vitam dan sanationam umumnya bonam, namun fungsionam dapat dubia ad bonam karena terganggunya fungsi penglihatan.

#### Referensi

1. Gerhard, K.L. Oscar, Gabriele. Doris, Peter. *Ophtalmology a short textbook*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Thieme Stuttgart. 2007.
2. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami*. 1<sup>th</sup> Ed. Jakarta: CV Ondo. 2006.
3. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi*. Jakarta: Erlangga. 2005.
4. Riordan, P.E. Whitcher, J.P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum*. Ed.17. Jakarta: EGC. 2009.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata*. Ed. III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum*. Edisi 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 43. Hordeolum

No. ICPC II: F72 *Blepharitis/stye/chalazion*

No. ICD X: H00.0 *Hordeolum and other deep inflammation of eyelid*

#### Tingkat Kemampuan: 4A

#### Masalah Kesehatan

Hordeolum adalah peradangan supuratif kelenjar kelopak mata. Biasanya merupakan infeksi *Staphylococcus* pada kelenjar sebacea kelopak. Dikenal dua bentuk hordeolum internum dan eksternum. Hordolum eksternum merupakan infeksi pada kelenjar Zeiss atau Moll. Hordeolum internum merupakan infeksi kelenjar Meibom yang terletak di dalam tarsus. Hordeolum mudah timbul pada individu yang menderita blefaritis dan konjungtivitis menahun.

### **Hasil Anamnesis(*Subjective*)**

#### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan kelopak yang bengkak disertai rasa sakit.

Gejala utama hordeolum adalah kelopak yang bengkak dengan rasa sakit dan mengganjal, merah dan nyeri bila ditekan, serta perasaan tidak nyaman dan sensasi terbakar pada kelopak mata

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)**

#### Pemeriksaan Fisik Oftalmologis

Ditemukan kelopak mata bengkak, merah, dan nyeri pada perabaan. Nanah dapat keluar dari pangkal rambut (hordeolum eksternum). Apabila sudah terjadi abses dapat timbul undulasi.

#### Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

### **Penegakan diagnostik(*Assessment*)**

#### Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

#### Diagnosis Banding

1. Selulitis preseptal
2. Kalazion
3. Granuloma piogenik

#### Komplikasi

1. Selulitis palpebra.
2. Abses palpebra.

### **Penatalaksanaan komprehensif(*Plan*)**

#### Penatalaksanaan

- Mata dikompres hangat 4-6 kali sehari selama 15 menit setiap kalinya untuk membantu drainase. Tindakan dilakukan dengan mata tertutup.
- Kelopak mata dibersihkan dengan air bersih atau pun dengan sabun atau sampo yang tidak menimbulkan iritasi, seperti sabun bayi. Hal ini dapat mempercepat proses penyembuhan. Tindakan dilakukan dengan mata tertutup.
- Jangan menekan atau menusuk hordeolum, hal ini dapat menimbulkan infeksi yang lebih serius.

- Hindari pemakaian *make-up* pada mata, karena kemungkinan hal itu menjadi penyebab infeksi.
- Jangan memakai lensa kontak karena dapat menyebarkan infeksi ke kornea.
- Pemberian terapi topikal dengan Oxytetrasiklin salep mata atau kloramfenikol salep mata setiap 8 jam. Apabila menggunakan kloramfenikol tetes mata sebanyak 1 tetes tiap 2 jam.
- Pemberian terapi oral sistemik dengan eritromisin 500 mg pada dewasa dan anak sesuai dengan berat badan atau dikloksasilin 4 kali sehari selama 3 hari.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Tidak diperlukan

Konseling & Edukasi

Penyakit hordeolum dapat berulang sehingga perlu diberi tahu pasien dan keluarga untuk menjaga hygiene dan kebersihan lingkungan

Rencana Tindak Lanjut

Bila dengan pengobatan konservatif tidak berespon dengan baik, maka prosedur pembedahan mungkin diperlukan untuk membuat drainase pada hordeolum.

Kriteria rujukan

1. Bila tidak memberikan respon dengan pengobatan konservatif.
2. Hordeolum berulang.

**SaranaPrasarana**

1. Peralatan bedah minor

**Prognosis**

Prognosis pada umumnya bonam

**Referensi**

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. Riordan, Paul E. Whitcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum.* Edisi 17. Jakarta: EGC. 2009.
3. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
4. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Edisi 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 44. Konjungtivitis

**Konjungtivitis infeksi**

No. ICPC II: F70 *Conjunctivitis infectious*  
No. ICD X: H10.9 *Conjunctivitis, unspecified*

### **Konjungtivitis alergi**

No. ICPC II: F71 *Conjunctivitis allergic*  
No ICD X: H10.1 *Acute atopic conjunctivitis*

### **Tingkat Kemampuan: 4A**

### **Masalah Kesehatan**

Konjungtivitis adalah radang konjungtiva yang dapat disebabkan oleh mikroorganisme (virus, bakteri), iritasi atau reaksi alergi. Konjungtivitis ditularkan melalui kontak langsung dengan sumber infeksi. Penyakit ini dapat menyerang semua umur.

### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

#### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan mata merah, rasa mengganjal, gatal dan berair, kadang disertai sekret. Umumnya tanpa disertai penurunan tajam penglihatan.

#### Faktor Risiko

1. Daya tahan tubuh yang menurun
2. Adanya riwayat atopi
3. Penggunaan kontak lens dengan perawatan yang tidak baik
4. Higiene personal yang buruk

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

#### Pemeriksaan Fisik Oftalmologi

1. Tajam penglihatan normal
2. Injeksi konjungtiva
3. Dapat disertai edema kelopak, kemosis
4. Eksudasi; eksudat dapat serous, mukopurulen atau purulen tergantung penyebab.
5. Pada konjungtiva tarsal dapat ditemukan folikel, papil atau papil raksasa, flikten, membran dan pseudomembran.

#### Pemeriksaan Penunjang (bila diperlukan)

1. Sediaan langsung swab konjungtiva dengan perwarnaan Gram atau Giemsa
2. Pemeriksaan sekret dengan perwarnaan metilen blue pada kasus konjungtivitis gonore

### **Penegakan Diagnostik(Assessment)**

#### Diagnosis Klinis

Konjungtivitis berdasarkan etiologi.

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan oftalmologi.

Klasifikasi Konjungtivitis

1. Konjungtivitis bakterial
  - Konjungtiva hiperemis, secret purulent atau mukopurulen dapat disertai membrane atau pseudomembran di konjungtiva tarsal.
2. Konjungtivitis viral
  - Konjungtiva hiperemis, secret umumnya mukoserous, dan pembesaran kelenjar preaurikular
3. Konjungtivitis alergi
  - Konjungtiva hiperemis, riwayat atopi atau alergi, dan keluhan gatal.

Komplikasi

Keratokonjungtivitis

### **Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)**

Penatalaksanaan

- Usahakan untuk tidak menyentuh mata yang sehat sesudah menangani mata yang sakit
- Sekret mata dibersihkan.
- Pemberian obat mata topikal
  1. Pada infeksi bakteri: Kloramfenikol tetes sebanyak 1 tetes 6 kali sehari atau salep mata 3 kali sehari selama 3 hari.
  2. Pada alergi diberikan flumetolon tetes mata dua kali sehari selama 2 minggu.
  3. Pada konjungtivitis gonore diberikan kloramfenikol tetes mata 0,5-1% sebanyak 1 tetes tiap jam dan suntikan pada bayi diberikan 50.000 U/kgBB tiap hari sampai tidak ditemukan kuman GO pada sediaan apus selama 3 hari berturut-turut.
  4. Konjungtivitis viral diberikan salep Acyclovir 3% lima kali sehari selama 10 hari.

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan

Tidak diperlukan

Konseling & Edukasi

Memberi informasi pada keluarga dan pasien mengenai:

1. Konjungtivitis mudah menular, karena itu sebelum dan sesudah membersihkan atau mengoleskan obat, penderita harus mencuci tangannya bersih-bersih.
2. Jangan menggunakan handuk atau lap bersama-sama dengan penghuni rumah lainnya.
3. Menjaga kebersihan lingkungan rumah dan sekitar.

Kriteria rujukan

1. Pada bayi dengan konjungtivitis gonore jika terjadi komplikasi pada kornea dilakukan rujukan ke spesialis mata.
2. Konjungtivitis alergi dan viral tidak ada perbaikan dalam 2 minggu rujuk ke spesialis mata
3. Konjungtivitis bakteri tidak ada perbaikan dalam 1 minggu rujuk ke spesialis mata.

### **SaranaPrasarana**

1. Lup
2. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan Giemsa
3. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan Gram
4. Laboratorium sederhana untuk pemeriksaan dengan metilen blue

### **Prognosis**

Penyakit ini jarang menimbulkan kondisi klinis yang berat sehingga pada umumnya prognosisnya bonam.

### **Referensi**

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi.* Erlangga. Jakarta. 2005.
3. Riordan. Paul, E. Witcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum.* Ed 17. Jakarta: EGC. 2009.
4. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
5. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## **45. Blefaritis**

No. ICPC II: F72 *Blepharitis/stye/chalazion*

No. ICD X: H01.0 *Blepharitis*

### **Tingkat Kemampuan: 4A**

### **Masalah Kesehatan**

Blefaritis adalah radang pada tepi kelopak mata (margo palpebra) dapat disertai terbentuknya ulkus/ tukak pada tepi kelopak mata, serta dapat melibatkan folikel rambut.

### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan gatal pada tepi kelopak mata. Dapat disertai keluhan lain berupa merasa ada sesuatu di kelopak mata, panas pada tepi kelopak mata dan kadang-kadang disertai rontok bulu mata. Selama tidur, sekresi mata mengering sehingga ketika bangun kelopak mata sukar dibuka.

#### Faktor Risiko

1. Kondisi kulit seperti dermatitis seboroik.
2. Higiene dan lingkungan yang tidak bersih.
3. Kesehatan atau daya tahan tubuh yang menurun.

#### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)**

##### Pemeriksaan Fisik

1. Skuama atau krusta pada tepi kelopak.
2. Tampak bulu mata rontok.
3. Dapat ditemukan tukak yang dangkal pada tepi kelopak mata.
4. Dapat terjadi pembengkakan dan merah pada kelopak mata.
5. Dapat terbentuk keropeng yang melekat erat pada tepi kelopak mata; jika keropeng dilepaskan, bisa terjadi perdarahan.

Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang

#### **Penegakan Diagnostik(*Assessment*)**

##### Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dari anamnesis dan pemeriksaan fisik

##### Komplikasi

1. Blefarokonjungtivitis
2. Madarosis
3. Trikiasis

#### **Penatalaksanaan Komprehensif(*Plan*)**

##### Penatalaksanaan

- Memperbaiki kebersihan dan membersihkan kelopak dari kotoran dapat menggunakan sampo bayi.
- Kelopak mata dibersihkan dengan kapas lidi hangat dan kompres hangat selama 5-10 menit.
- Apabila ditemukan tukak pada kelopak mata, salep atau tetes mata seperti eritromisin, basitrasin atau gentamisin 2 tetes setiap 2 jam hingga gejala menghilang.

### Konseling & Edukasi

1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga bahwa kulit kepala, alis mata, dan tepi palpebra harus selalu dibersihkan terutama pada pasien dengan dermatitis seboroik.
2. Memberitahu pasien dan keluarga untuk menjaga higiene personal dan lingkungan.

### Kriteria Rujukan

Apabila tidak membaik dengan pengobatan optimal.

### SaranaPrasarana

1. Senter
2. Lup

### Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam, namun hal ini tergantung dari kondisi pasien, ada/tidaknya komplikasi, serta pengobatannya.

### Referensi

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. Riordan. Paul, E. Witcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum.* Ed 17. Jakarta: EGC. 2009.
3. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
4. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 46. Perdarahan Subkonjungtiva

No. ICPC II: F75 *Contusion/ haemorrhage eye*

No. ICD X: H57.8 *Other specified disorders of eye and adnexa*

### Tingkat Kemampuan: 4A

### Masalah Kesehatan

Perdarahan subkonjungtiva adalah perdarahan akibat rupturnya pembuluh darah dibawah lapisan konjungtiva yaitu pembuluh darah konjungtivalis atau episklera. Dapat terjadi secara spontan atau akibat trauma.

Perdarahan subkonjungtiva dapat terjadi di semua kelompok umur. Perdarahan subkonjungtiva sebagian besar terjadi unilateral (90%).

### Hasil Anamnesis(*Subjective*)

### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan adanya darah pada sklera atau mata berwarna merah terang (tipis) atau merah tua (tebal).

Sebagian besar tidak ada gejala simptomatis yang berhubungan dengan perdarahan subkonjungtiva selain terlihat darah pada bagian sklera.

Perdarahan akan terlihat meluas dalam 24 jam pertama setelah itu kemudian akan berkurang perlahan ukurannya karena diabsorpsi.

### Faktor Risiko

1. Hipertensi
2. Trauma tumpul atau tajam
3. Penggunaan obat pengencer darah
4. Benda asing
5. Konjungtivitis

### Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

#### Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan status generalis
- Pemeriksaan oftalmologi:
  - a. Tampak adanya perdarahan di sklera dengan warna merah terang (tipis) atau merah tua (tebal).
  - b. Melakukan pemeriksaan tajam penglihatan umumnya 6/6, jika visus <6/6 curiga terjadi kerusakan selain di konjungtiva
  - c. Pemeriksaan funduskopi adalah perlu pada setiap penderita dengan perdarahan subkonjungtiva akibat trauma.

#### Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan

### Penegakan Diagnostik (*Assessment*)

#### Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

### Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)

#### Penatalaksanaan

- Perdarahan subkonjungtiva akan hilang atau diabsorpsi dalam 1- 2 minggu tanpa diobati.
- Pengobatan penyakit yang mendasari bila ada.

#### Pemeriksaan penunjang lanjutan

Tidak diperlukan

## Konseling & Edukasi

Memberitahu keluarga bahwa:

1. Tidak perlu khawatir karena perdarahan akan terlihat meluas dalam 24 jam pertama, namun setelah itu ukuran akan berkurang perlahan karena diabsorpsi.
2. Kondisi hipertensi memiliki hubungan yang cukup tinggi dengan angka terjadinya perdarahan subkonjungtiva sehingga diperlukan pengontrolan tekanan darah pada pasien dengan hipertensi.

## Kriteria rujukan

Perdarahan subkonjungtiva harus segera dirujuk ke spesialis mata jika ditemukan penurunan visus.

## SaranaPrasarana

1. *Snellen chart*
2. Oftalmoskop

## Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam, namun hal ini tergantung dari kondisi pasien, ada/tidaknya komplikasi, serta pengobatannya.

## Referensi

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi.* Erlangga. Jakarta. 2005.
3. Riordan. Paul, E. Witcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum.* Ed 17. Jakarta: EGC. 2009.
4. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
5. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 47. Benda asing di konjungtiva

No. ICPC II: F76 *Foreign body in eye*

No. ICD X: T15.9 *Foreign body on external eye, part unspecified*

**Tingkat Kemampuan: 4A**

**Masalah Kesehatan**

Benda asing di konjungtiva: benda yang dalam keadaan normal tidak dijumpai di konjungtiva. Pada umumnya bersifat ringan, pada beberapa keadaan dapat berakibat serius terutama pada benda asing yang bersifat asam atau basa.

### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

#### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan adanya benda yang masuk ke dalam konjungtiva atau matanya.

Gejala yang ditimbulkan berupa nyeri, mata merah dan berair, sensasi benda asing, dan fotofobia.

#### Faktor Risiko

Pekerja di bidang industri yang tidak memakai kacamata pelindung, seperti: pekerja gerinda, pekerja las, pemotong keramik, pekerja yang terkait dengan bahan-bahan kimia (asam-basa), dll.

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

#### Pemeriksaan Fisik

Dalam pemeriksaan oftalmologi:

- Biasanya visus normal;
- Ditemukan injeksi konjungtiva tarsal dan/atau bulbi;
- Pada konjungtiva tarsal superior dan/atau inferior, dan/atau konjungtiva bulbi ditemukan benda asing.

Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang.

### **Penegakan diagnostik(Assessment)**

#### Diagnosis Klinis

Benda asing/ *Corpus alienum* konjungtivabulbi/tarsal.

Penegakan *Diagnosis* dari anamnesis dan pemeriksaan fisik

#### Diagnosis banding

Konjungtivitis

#### Komplikasi

Komplikasi tergantung pada jumlah, ukuran, dan jenis benda asing.

### **Penatalaksanaan komprehensif(Plan)**

### Penatalaksanaan

Penatalaksanaannya adalah dengan mengeluarkan benda asing tersebut dari konjungtiva dengan cara:

1. Berikan tetes mata pantokain 2% sebanyak 1-2 tetes pada mata yang terkena benda asing.
2. Gunakan kaca pembesar (lup) dalam pengangkatan benda asing.
3. Angkat benda asing dengan menggunakan lidi kapas atau jarum suntik ukuran 23G.
4. Arah pengambilan benda asing dilakukan dari tengah ke tepi.
5. Oleskan lidi kapas yang dibubuhkan betadin pada tempat bekas benda asing.
6. Kemudian, berikan antibiotik topikal (salep atau tetes mata) seperti kloramfenikol tetes mata, 1 gtt setiap 2 jam selama 2 hari.

### Konseling & Edukasi

1. Memberitahu pasien dan keluarga agar tidak menggosok matanya agar tidak memperberat lesi.
2. Menggunakan alat/kacamata pelindung pada saat bekerja atau berkendara.
3. Apabila keluhan bertambah berat setelah dilakukan tindakan, seperti mata bertambah merah, bengkak atau disertai dg penurunan visus segera kontrol kembali

### Kriteria Rujukan

Bila terjadi penurunan visus.

### SaranaPrasarana

1. Lup
2. Lidi kapas
3. Jarum suntik 23G
4. Pantokain 2%

### Prognosis

Prognosis pada umumnya bonam.

### Referensi

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
3. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 48. Astigmatism

No. ICPC II: F91 *Refractive error*

No. ICD X: H52.2 Astigmatism

### **Tingkat Kemampuan: Astigmatism ringan 4A**

#### **Masalah Kesehatan**

Astigmatisma adalah keadaan di mana sinar sejajar tidak dibiaskan secara seimbang pada seluruh meridian.

#### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

Keluhan

Pasien datang dengan keluhan penglihatan kabur. Pasien memicingkan mata untuk dapat melihat lebih jelas. Keluhan disertai hanya dapat membaca dengan jarak lebih dekat.

#### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

Pemeriksaan Fisik Oftalmologis

1. Penderita duduk menghadap kartu snellen pada jarak 6 meter.
2. Pada mata dipasang bingkai percobaan. Satu mata ditutup, biasanya mata kiri ditutup terlebih dahulu untuk memeriksa mata kanan.
3. Penderita diminta membaca kartu snellen mulai huruf terbesar (teratas) dan diteruskan pada baris bawahnya sampai pada huruf terkecil yang masih dapat dibaca. Lensa positif 0,5D ditambah pada mata yang diperiksa (teknik *fogging*).
4. Pasien diminta melihat gambar kipas pada *Snellen chart* dan menyebutkan garis yang paling jelas.
5. Pasangkan lensa silinder -0,5D dengan aksis tegak lurus terhadap garis yang paling jelas.
6. Perlahan-lahan lensa silinder dinaikkan kekuatannya sampai semua garis terlihat sama jelas.
7. Pasien kembali diminta melihat *Snellen chart*, bila visus belum 6/6 lensa *fogging* dicabut.
8. Mata yang lain dikerjakan dengan cara yang sama.

#### **Penegakan Diagnostik(Assessment)**

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik oftalmologis.

Diagnosis Banding

Kelainan refraksi lainnya

#### **Penatalaksanaan komprehensif(Plan)**

Penatalaksanaan

Penggunaan kacamata lensa silindris dengan koreksi yang sesuai

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan  
Tidak diperlukan

Konseling & Edukasi  
Memberitahu keluarga bahwa astigmatisma gangguan penglihatan yang dapat dikoreksi

Kriteria rujukan  
Apabila visus tidak dapat mencapai 6/6.

### **SaranaPrasarana**

1. *Snellen chart*
2. Satu set lensa coba(*trial frame*)

### **Prognosis**

Prognosis pada umumnya bonam.

### **Referensi**

1. Gerhard, K.L. Oscar, Gabriele. Doris, Peter. *Ophthalmology a short textbook*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York. Thieme Stuttgart. 2007.
2. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami*, 1<sup>th</sup> Ed. Jakarta: CV Ondo. 2006.
3. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi*. Erlangga. Jakarta. 2005.
4. Riordan. Paul, E. Whitcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum*. Ed 17. Jakarta: EGC. 2009.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata*. Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum*. Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## **49. Hipermetropia**

No. ICPC II: F91 *Refractive error*

No. ICD X: H52.0 *Hypermetropia*

### **Tingkat Kemampuan: Hipermetropia ringan 4A**

#### **Masalah Kesehatan**

Hipermetropia merupakan keadaan gangguan kekuatan pembiasan mata dimana sinar sejajar jauh tidak cukup kuat dibiaskan sehingga titik fokusnya terletak di belakang retina.

Kelainan ini menyebar merata di berbagai geografis, etnis, usia dan jenis kelamin. Hipermetrop pada anak-anak tidak perlu dikoreksi kecuali bila disertai dengan gangguan motor sensorik ataupun keluhan astenopia.

Sinonim: rabun dekat

### **Hasil Anamnesis(*Subjective*)**

#### **Keluhan**

Pasien datang dengan keluhan melihat dekat dan jauh kabur.

- Gejala penglihatan dekat, kabur lebih awal, terutama bila lelah dan penerangan kurang.
- Sakit kepala terutama daerah frontal dan makin kuat pada penggunaan mata yang lama dan membaca dekat. Penglihatan tidak enak (*asthenopia akomodatif = eye strain*) terutama bila melihat pada jarak yang tetap dan diperlukan penglihatan jelas pada jangka waktu yang lama, misalnya menonton TV dan lain-lain.
- Mata sensitif terhadap sinar.
- Spasme akomodasi yang dapat menimbulkan pseudomiopia. Mata juling dapat terjadi karena akomodasi yang berlebihan akan diikuti konvergensi yang berlebihan pula.

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)**

#### **Pemeriksaan Fisik**

- Pemeriksaan refraksi subjektif
  1. Penderita duduk menghadap kartu snellen pada jarak 6 meter.
  2. Pada mata dipasang bingkai percobaan. Satu mata ditutup, biasanya mata kiri ditutup terlebih dahulu untuk memeriksa mata kanan.
  3. Penderita disuruh membaca kartu snellen mulai huruf terbesar (*teratas*) dan diteruskan pada baris bawahnya sampai pada huruf terkecil yang masih dapat dibaca. Lensa positif terkecil ditambah pada mata yang diperiksa bila tampak lebih jelas oleh penderita lensa positif tersebut ditambah kekuatannya perlahan-lahan dan disuruh membaca huruf-huruf pada baris yang lebih bawah. Ditambah kekuatan lensa sampai terbaca huruf-huruf pada baris 6/6. Ditambah lensa positif +0.25 lagi dan ditanyakan apakah masih dapat melihat huruf-huruf di atas.
  4. Mata yang lain diperiksa dengan cara yang sama.
  5. Penilaian: bila dengan S +2.00 tajam penglihatan 6/6, kemudian dengan S +2.25 tajam penglihatan 6/6 sedang dengan S +2.50 tajam penglihatan 6/6-2 maka pada keadaan ini derajat hipermetropia yang diperiksa S +2.25 dan kacamata dengan ukuran ini diberikan pada penderita. Pada penderita hipermetropia selama diberikan lensa sferis positif terbesar yang memberikan tajam penglihatan terbaik.
- Pada pasien dengan daya akomodasi yang masih sangat kuat atau pada anak-anak, sebaiknya pemeriksaan dilakukan dengan pemberian siklopegik atau melumpuhkan otot akomodasi.

Pemeriksaan Penunjang  
Tidak diperlukan

### **Penegakan Diagnostik(Assessment)**

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dengan anamnesis dan pemeriksaan refraksi subjektif.

Komplikasi

1. Esotropia atau juling ke dalam terjadi akibat pasien selamanya melakukan akomodasi.
2. Glaukoma sekunder terjadi akibat hipertrofi otot siliar pada badan siliar yang akan mempersempit sudut bilik mata.
3. Ambliopia

### **Penatalaksanaan komprehensif (Plan)**

Penatalaksanaan

Koreksi dengan lensa sferis positif terkuat yang menghasilkan tajam penglihatan terbaik.

Konseling & Edukasi

Memberitahu keluarga jika penyakit ini harus dikoreksi dengan bantuan kaca mata. Karena jika tidak, maka mata akan berakomodasi terus menerus dan menyebabkan komplikasi.

Kriteria rujukan

Rujukan dilakukan jika timbul komplikasi.

### **SaranaPrasarana**

1. *Snellen chart*
2. Satu set lensa coba (*trial frame*)

### **Prognosis**

Prognosis pada umumnya ad bonam jika segera dikoreksi dengan lensa sferis positif.

### **Referensi**

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
3. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum.* Edisi 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 50. Miopia Ringan

No. ICPC II: F91 *Refractive error*

No. ICD X: H52.1 *Myopia*

**Tingkat Kemampuan: 4A**

### Masalah Kesehatan

Miopia ringan adalah kelainan refraksi dimana sinar sejajar yang masuk ke mata dalam keadaan istirahat (tanpa akomodasi) akan dibiarkan membentuk bayangan di depan retina. Dapat dikoreksi dengan lensa sferis negative S – 0.25 sampai S – 3.00 D

### Hasil Anamnesis (*Subjective*)

Keluhan

Penglihatan kabur bila melihat jauh, mata cepat lelah, pusing dan mengantuk, cenderung memicingkan mata bila melihat jauh. Tidak terdapat riwayat kelainan sistemik seperti; diabetes mellitus, hipertensi; serta buta senja.

Faktor Risiko

Genetik

### Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

Pemeriksaan Fisik

Refraksi Subjektif:

1. Penderita duduk menghadap kartu snellen pada jarak 6 meter.
2. Pada mata dipasang bingkai percobaan. Satu mata ditutup, biasanya mata kiri ditutup terlebih dahulu untuk memeriksa mata kanan.
3. Penderita diminta membaca kartu snellen mulai huruf terbesar (teratas) dan diteruskan pada baris bawahnya sampai pada huruf terkecil yang masih dapat dibaca. Lensa positif terkecil ditambah pada mata yang diperiksa dan bila bertambah kabur lensa positif tersebut diganti dengan lensa negatif. Kemudian kekuatan lensa negatif ditambah perlahan-lahan dan diminta membaca huruf-huruf pada baris yang lebih bawah sampai jelas terbaca pada baris ke 6.
4. Mata yang lain diperiksa dengan cara yang sama.

### Penegakan diagnostik (*Assessment*)

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan refraksi subjektif.

## **Penatalaksanaan komprehensif(*Plan*)**

### Penatalaksanaan

Koreksi dengan kacamata lensa sferis negatif terlalu lemah yang menghasilkan tajam penglihatan terbaik

### Konseling & Edukasi

1. Membaca dalam cahaya yang cukup dan tidak jarak dekat.
2. Kontrol untuk pemeriksaan visus bila ada keluhan.

### Kriteria rujukan

Kelainan refraksi yang progresif, tidak maju dengan koreksi dan tidak maju dengan *pinhole*.

### **SaranaPrasarana**

1. *Snellen chart*
2. Satu set lensa coba dan *trial frame*

### **Prognosis**

Prognosis umumnya bonam.

### **Referensi**

1. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.* Jakarta: CV Ondo. 2006.
2. Grosvenor, T. *Primary Care Optometry. 2<sup>nd</sup> Ed.* New York: Fairchild Publication. 1989.
3. Casser, L. *Atlas of Primary Eyecare Procedures. 2<sup>nd</sup>Ed.* Stamford Connecticut: Appleton&Lange. 1997.
4. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata.* Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
5. Soewono, W. *Kuliah ilmu penyakit mata.* RSUD Dr. Soetomo. Surabaya. 1999.
6. RSUD Dr. Soetomo. *Pedoman Diagnosis dan Terapi.* Bag/SMF Ilmu Penyakit Mata. 3<sup>rd</sup> Ed. 2006.

## **51. Presbiopia**

No. ICPC II: F91 *Refractive error*

No. ICD X: H52.4 *Presbyopia*

**Tingkat Kemampuan: 4A**

### **Masalah Kesehatan**

Presbiopia adalah suatu kondisi yang berhubungan dengan usia dimana penglihatan kabur ketika melihat objek berjarak dekat. Presbiopia merupakan proses degeneratif mata yang pada umumnya dimulai sekitar usia 40 tahun. Kelainan ini terjadi karena lensa mata mengalami kehilangan elastisitas dan kemampuan untuk berubah bentuk.

### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

#### **Keluhan**

Pasien datang dengan keluhan penglihatan kabur ketika melihat dekat. Gejala lainnya, setelah membaca mata terasa lelah, berair, dan sering terasa perih. Membaca dilakukan dengan menjauhkan kertas yang dibaca. Terdapat gangguan pekerjaan terutama pada malam hari dan perlu sinar lebih terang untuk membaca.

#### **Faktor Risiko**

Usia lanjut umumnya lebih dari 40 tahun.

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

#### **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan refraksi subjektif dengan menggunakan kartu Jaeger. Pasien diminta untuk menyebutkan kalimat hingga kalimat terkecil yang terbaca pada kartu. Target koreksi sebesar 20/30.

#### **Pemeriksaan Penunjang**

Tidak diperlukan

### **Penegakan diagnostik(Assessment)**

#### **Diagnosis Klinis**

Penegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan oftalmologi

### **Penatalaksanaan komprehensif(Plan)**

#### **Penatalaksanaan**

Koreksi kacamata lensa positif

**Tabel21. Koreksi lensa positif disesuaikan usia**

<b>USIA</b>	<b>KOREKSI LENSA</b>
40 tahun	+ 1,0D
45 tahun	+ 1,5 D
50 tahun	+2,0 D
55 tahun	+2,5 D

Pemeriksaan Penunjang Lanjutan  
Tidak diperlukan

Konseling & Edukasi

Memberitahu keluarga bahwa presbiopia merupakan penyakit degeneratif dan dapat dikoreksi dengan kacamata

### SaranaPrasarana

1. Kartu Jaeger
2. Satu set lensa coba dan *trial frame*

### Prognosis

Prognosis quo ad vitam dan sanationam adalah bonam, namun quo ad fungsionamnya menjadi dubia ad malam karena kelainan ini adalah proses degenerasi.

### Referensi

1. Gerhard, K.L. Oscar, Gabriele. Doris, Peter. *Ophthalmology a short textbook*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York. Thieme Stuttgart. 2007.
2. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami*, 1<sup>th</sup> Ed. Jakarta: CV Ondo. 2006.
3. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi*. Erlangga. Jakarta. 2005.
4. Riordan. Paul, E. Witcher, John P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum*. Ed 17. Jakarta: EGC. 2009.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata*. Edisi III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum*. Ed 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 52. Katarak pada Pasien Dewasa

No. ICPC II: F92 *Cataract*

No. ICD X: H26.9 *Cataract, unspecified*

**Tingkat Kemampuan: 2**

### Masalah Kesehatan

Katarak adalah kekeruhan pada lensa yang menyebabkan penurunan tajam penglihatan (visus) yang paling sering berkaitan dengan proses degenerasi lensa pada pasien usia di atas 40 tahun (katarak senilis).Penyebab lain katarak adalah glaukoma, uveitis, trauma mata, serta

kelainan sistemik seperti Diabetes Mellitus, riwayat pemakaian obat steroid dan lain-lain. Katarak biasanya terjadi bilateral, namun dapat juga pada satu mata (monokular).

### **Hasil Anamnesis(*Subjective*)**

#### Keluhan

Pasien datang dengan keluhan penglihatan menurun secara perlahan seperti tertutup asap/kabut. Keluhan disertai ukuran kacamata semakin bertambah, silau dan sulit membaca.

#### Faktor Risiko

1. Usia lebih dari 40 tahun
2. Penyakit sistemik seperti Diabetes Mellitus.
3. Pemakaian tetes mata steroid secara rutin.

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)**

#### Pemeriksaan Fisik Oftalmologis

- Visus menurun.
- Refleks pupil dan Tekanan Intra Okular normal.
- Tidak ditemukan kekeruhan kornea.
- Terdapat kekeruhan lensa yang tampak lebih jelas setelah dilakukan dilatasi pupil dengan tetes mata tropikamid 0.5%.
- Pemeriksaan *iris shadow test* positif.

#### Pemeriksaan Penunjang

Tidak diperlukan.

### **Penegakan Diagnostik(*Assessment*)**

#### Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik oftalmologis.

#### Diagnosis Banding

Kelainan refraksi

#### Komplikasi

Glaukoma

### **Penatalaksanaan komprehensif(*Plan*)**

#### Penatalaksanaan

Pada katarak matur segera dirujuk ke layanan sekunder yang memiliki dokter spesialis mata untuk mendapatkan penatalaksanaan selanjutnya.

#### Konseling & Edukasi

1. Memberitahu keluarga bahwa katarak adalah gangguan penglihatan yang dapat diperbaiki.
2. Memberitahu keluarga untuk kontrol teratur jika sudah didiagnosis katarak agar tidak terjadi komplikasi.

#### Kriteria rujukan

1. Indikasi sosial jika pasien merasa terganggu.
2. Jika katarak telah matur dan membutuhkan tindakan operasi.
3. Jika timbul komplikasi

#### SaranaPrasarana

1. Senter
2. *Snellen chart*
3. Tonometri Schiottz
4. Oftalmoskop

#### Prognosis

Quo ad vitam pada umumnya bonam, namun fungsionam dan sanationamnya dubia ad malam bila tidak dilakukan operasi katarak.

#### Referensi

1. Gerhard, K.L. Oscar, Gabriele. Doris, Peter. *Ophtalmology a short textbook*. 2<sup>nd</sup>Ed. New York: Thieme Stuttgart. 2007.
2. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami*, 1<sup>th</sup> Ed. Jakarta: CV Ondo. 2006.
3. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi*. Jakarta: Erlangga. 2005.
4. Riordan, P.E, Whitcher, J.P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum*. Ed17. Jakarta: EGC. 2009.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata*, Ed III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum*. Edisi 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.

## 53. Glaukoma Akut

No. ICPC II: F93 *Glaucoma*

No. ICD X: H40.2 *Primary angle-closure glaucoma*

## **Tingkat Kemampuan: 4A**

### **Masalah Kesehatan**

Glaukoma adalah penyebab kebutaan kedua terbesar di dunia setelah katarak. Kebutuhan karena glaukoma tidak bisa disembuhkan, tetapi pada kebanyakan kasus glaukoma dapat dikendalikan. Umumnya penderita glaukoma telah berusia lanjut, terutama bagi yang memiliki risiko. Hampir separuh penderita glaukoma tidak menyadari bahwa mereka menderita penyakit tersebut.

### **Hasil Anamnesis(Subjective)**

#### **Keluhan**

Pasien datang dengan keluhan yang bervariasi dan berbeda tergantung jenis glaukoma. Gejala pada glaukoma kronik (sudut terbuka primer) adalah kehilangan lapang pandang perifer secara bertahap pada kedua mata. Pasien sering datang pada kondisi yang telah lanjut. Gejala pada glaukoma akut (sudut tertutup) adalah rasa sakit atau nyeri pada mata, mual dan muntah (pada nyeri mata yang parah), penurunan visus mendadak, mata merah dan berair.

#### **Faktor Risiko**

1. Glaukoma akut: bilik mata depan dangkal
2. Glaukoma kronik:
  - Primer: usia di atas 40 tahun dengan riwayat keluarga glaukoma.
  - Sekunder:
    - Penyakit sistemik seperti Diabetes Melitus.
    - Pemakaian tetes mata steroid secara rutin.
    - Riwayat trauma pada mata

### **Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (Objective)**

Glaukoma adalah penyakit mata yang ditandai oleh trias glaukoma, terdiri dari:

- Peningkatan tekanan intraokular.
- Perubahan patologis pada diskus optikus.
- Defek lapang pandang yang khas.

#### **Pemeriksaan Fisik Oftalmologis**

Pada glaukoma akut:

- Visus menurun.
- Tekanan Intra Okular meningkat.
- Konjungtiva bulbi: hiperemia kongesti, kemosis dengan injeksi silier, injeksi konjungtiva.
- Edema kornea.
- Bilik mata depan dangkal.

- Pupil mid-dilatasi, refleksi pupil negatif.

Pada glaukoma kronik

- Biasanya terjadi visus dapat normal.
- Lapang pandang menyempit dapat diperiksa dengan tes konfrontasi
- Tekanan Intra Okular meningkat (>21 mmHg).
- Pada funduskopi, C/D rasio meningkat (N=0.3).

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pada pelayanan primer.

### **Penegakan Diagnostik(*Assessment*)**

Diagnosis Klinis

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik oftalmologis.

Glaukoma kronik

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan tanda dan gejala trias glaukoma.

**Tabel 22. Klasifikasi Glaukoma berdasarkan Etiologi**

A. Glaukoma Primer <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Glaukoma sudut terbuka</li> <li>2. Glaukoma sudut tertutup</li> </ol>
B. Glaukoma Kongenital <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Glaukoma Kongenital primer</li> <li>2. Glaukoma yang berkaitan dengan kelainan perkembangan mata lain</li> <li>3. Glaukoma yang berkaitan dengan kelainan perkembangan ekstraokular</li> </ol>
C. Glaukoma Sekunder <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Glaukoma pigmentasi</li> <li>2. Sindrom eksfoliasi</li> <li>3. Akibat kelainan lensa (fakogenik)</li> <li>4. Akibat kelainan traktus uvea</li> <li>5. Sindrom iridokorneoendotelial (ICE)</li> <li>6. Trauma</li> <li>7. Pascaoperasi</li> <li>8. Glaukoma neovaskular</li> <li>9. Peningkatan tekanan episklera</li> <li>10. Akibat steroid</li> </ol>
D. Glaukoma Absolut: stadium akhir dari glaukoma apabila tidak terkontrol.

Diagnosis Banding:

Glaukoma akut:

1. Uveitis anterior
2. Keratitis
3. Ulkus kornea

Glaukoma kronis:

1. Katarak
2. Kelainan refraksi
3. Retinopati diabetes/hipertensi
4. Retinitis pigmentosa

### **Penatalaksanaan komprehensif(*Plan*)**

Penatalaksanaan

- Pasien tidak boleh minum sekaligus banyak, karena dapat menaikkan tekanan
- Glaukoma akut:
  - 3) Pertolongan pertama adalah menurunkan tekanan intraocular secepatnya dengan memberikan serentak obat-obatan yang terdiri dari:
  - 4) Asetasolamid Hcl 500 mg, dilanjutkan 4 x 250 mg/hari.
  - 5) KCl 0.5 gr 3 x/hari.
  - 6) Timolol 0.5%, 2 x 1 tetes/hari.
  - 7) Tetes mata kombinasi kortikosteroid + antibiotik 4-6 x 1 tetes sehari
  - 8) Terapi simptomatik.

Rujuk segera ke dokter spesialis mata/pelayanan kesehatan tingkat sekunder/tersier setelah diberikan pertolongan pertama tersebut.

Pemeriksaan penunjang lanjutan dilakukan pada pelayanan sekunder/tersier

Konseling & Edukasi

1. Memberitahu keluarga bahwa kepatuhan pengobatan sangat penting untuk keberhasilan pengobatan glaukoma.
2. Memberitahu pasien dan keluarga agar pasien dengan riwayat glaukoma pada keluarga untuk memeriksakan matanya secara teratur.

Kriteria rujukan

Pada glaukoma akut, setelah dilakukan penanganan pertama.

Pada glaukoma kronik, dilakukan segera setelah penegakan diagnosis.

**SaranaPrasarana**

1. *Snellen chart*
2. Tonometri Schiotz
3. Oftalmoskopi

### **Prognosis**

Quo ad vitam umumnya bonam, sedangkan quo ad fungsionam dan sanationamnya dubia ad malam, tergantung dari ada tidaknya penyakit penyerta serta pengobatan lanjutannya.

### **Referensi**

1. Gerhard, K.L. Oscar, Gabriele. Doris, Peter. *Ophthalmology a short textbook*. 2<sup>nd</sup>Ed. New York: Thieme Stuttgart. 2007.
2. Gondhowiardjo, T.D. Simanjuntak, G. *Panduan Manajemen Klinis Perdami, 1<sup>th</sup> Ed.*Jakarta: CV Ondo. 2006.
3. James, Brus. dkk. *Lecture Notes Oftalmologi*. Jakarta: Erlangga. 2005.
4. Riordan, P.E, Whitcher, J.P. *Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum*. Ed17.Jakarta: EGC. 2009.
5. Sidarta, I. *Ilmu Penyakit Mata*, Ed III. Cetakan V. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2008.
6. Vaughan, D.G. *Oftalmologi Umum*. Edisi 14. Cetakan I. Jakarta: Widya Medika. 2000.