

Perdarahan Bilik Depan Bola Mata Akibat Rudapaksa (Traumatic Hyphaema)

dr. Admadi Soeroso

Bagian Ilmu Penyakit Mata

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret/RSU Mangkubumen

Surakarta

PENDAHULUAN

Salah satu di antara sekian banyak penyebab kebutaan, yang sering dijumpai adalah persentuhan mata dengan benda tumpul, misalnya traumatic hyphaema.

Walaupun rudapaksa yang mengenai mata tidak selalu merupakan penyebab utama dari kebutaan, namun merupakan faktor yang cukup sering mengakibatkan hilangnya penglihatan unilateral. Maka dari itu, masalah rudapaksa pada mata masih menjadi satu - masalah yang perlu mendapat perhatian dan Gombos menganggapnya sebagai salah satu *ocular emergencies (1)*. Hal ini disebabkan karena masih seringnya timbul komplikasi-komplikasi yang tidak diinginkan di samping cara perawatan yang terbaik masih di perdebatkan oleh para sarjana.

Dalam tulisan singkat ini penulis berusaha menyajikan cara perawatan penderita dengan perdarahan bilik depan bola mata karena rudapaksa, sehingga kasus-kasus tersebut segera dapat ditanggulangi guna menghindari timbulnya komplikasi yang mungkin terjadi.

DEFINISI

Hyphaema adalah terkumpulnya darah dalam bilik depan bola mata (camera oculi anterior) (2). Perdarahan bilik depan bola mata akibat rudapaksa ini merupakan akibat yang paling sering dijumpai karena persentuhan mata dengan benda tumpul. Berat ringannya traumatic hyphaema ini selain tergantung pada tingginya perdarahan juga tergantung pada ada tidaknya komplikasi yang menyertainya.

Perdarahan bilik depan bola mata ini terutama berasal dari pembuluh darah corpus ciliare dan sebagian kecil dari pembuluh darah iris (3,4). Sedang penyerapan darahnya, menurut Cahn dan Rakusin (3,4), sebagian besar akan diserap melalui trabecular meshwork dan selanjutnya ke kanal Schlemm, sisanya akan diabsorpsi melalui permukaan iris.

KLASIFIKASI

Tingkatan dari hyphaema ditentukan oleh banyaknya perdarahan dalam bilik depan bola mata: Pembagian mengenai tingginya hyphaema sangat berbeda-beda dari berbagai penganarang: Tetapi pembagian yang cukup berguna dan paling sering digunakan adalah pembagian menurut :

Edward & Layden (5) :

- Hyphaema tingkat I: bila perdarahan kurang dari 1/3 bilik depan mata.

- Hyphaema tingkat II: bila perdarahan antara 1/3 sampai 1/2 bilik depan mata.
- Hyphaema Tingkat III bila perdarahan lebih dari 1/2 bilik depan mata.

Rakusin membaginya menurut (4) :

- Hyphaema tk I: perdarahan mengisi 1/4 bagian bilik depan mata.
- Hyphaema tk II : perdarahan mengisi 1/2 bagian bilik depan mata.
- Hyphaema tk III: perdarahan mengisi 3/4 bagian bilik depan mata.
- Hyphaema tk IV : perdarahan mengisi penuh bilik depan mata.

Sedang gambaran klinik dari penderita dengan traumatic hyphaema adalah :

- adanya anamnesa trauma, terutama mengenai matanya.
- ditemukan perdarahan pada bilik depan bola mata (diperiksa dengan flashlight)
- kadang-kadang ditemukan gangguan tajam penglihatan.
- ditemukan adanya tanda-tanda iritasi dari conjunctiva dan pericorneal.
- penderita mengeluh nyeri pada mata, fotofobia (tidak tahan terhadap sinar), sering disertai blepharospasme.
- kemungkinan disertai gangguan umum yaitu lethargia, disorientasi, somnolent

PERAWATAN

Walaupun perawatan penderita Traumatic hyphaema ini masih banyak diperdebatkan, namun pada dasarnya adalah : (3,6)

1. Menghentikan perdarahan.
 2. Menghindarkan timbulnya perdarahan sekunder.
 3. Meng-eliminasi darah dari bilik depan bola mata dengan mempercepat absorpsi:
 4. Mengontrol glaukoma sekunder dan menghindari komplikasi yang lain.
 5. Berusaha mengobati kelainan yang menyertainya.
- Berdasarkan hal tersebut di atas, maka cara pengobatan penderita dengan traumatic hyphaema pada prinsipnya dibagi dalam 2 golongan besar yaitu (A) Perawatan dengan cara konservatif/tanpa operasi, dan (B) Perawatan yang disertai dengan tindakan operasi.

A. PERAWATAN KONSERVATIF/TANPA OPERASI

1. *Tirah baring sempurna (bed rest total)*: - Penderita ditidurkan dalam keadaan terlentang dengan posisi kepala diangkat (diberi alas bantal) kurang dari 60° (1), Hal ini akan mengurangi tekanan darah pada pembuluh darah iris serta memudahkan kita meng-evaluasi jumlah perdarahannya.

Ada persesuaian-pendapat dari banyak sarjana mengenai tirah baring sempurna ini sebagai tindakan pertama yang harus dikerjakan bila menemui kasus traumatic hyphaema. Bahkan Darr (6) dan Rakusin (4) menunjukkan bahwa dengan tirah baring sempurna absorpsi dari hyphaema dipercepat dan sangat mengurangi timbulnya komplikasi perdarahan sekunder.

2. *Bebat mata.* - Mengenai pemakaian bebat mata, masih belum ada persesuaian pendapat di antara para sarjana. Edward- Layden (7) lebih condong untuk menggunakan bebat mata pada mata yang terkena trauma saja, untuk mengurangi pergerakan bola mata yang sakit. Selanjutnya dikatakan bahwa pemakaian bebat pada kedua mata akan menyebabkan penderita gelisah, cemas dan merasa tak enak, dengan akibat penderita. (matanya) tidak istirahat (8) Akhirnya Rakusin (4) mengatakan bahwa dalam pengamatannya tidak ditemukan adanya pengaruh yang menonjol dari pemakaian bebat atau tidak terhadap absorpsi, timbulnya komplikasi maupun prognosis bagi tajam penglihatannya:

3. *Pemakaian obat-obatan:* - Pemberian obat-obatan pada penderita dengan traumatic hyphaema tidaklah mutlak, tapi cukup berguna untuk menghentikan perdarahan, mempercepat absorpsinya dan menekan komplikasi yang timbul. Untuk maksud di atas digunakan obat-obatan seperti ;

(a) Koagulansia

Golongan obat koagulansia ini dapat diberikan secara oral maupun parenteral, berguna untuk menekan/menghentikan perdarahan (9), Misalnya : Anaroxil, Adona AC, Coagulen, Transamin, vit K dan vit C:

(b) Midriatika & Miotika

Masih banyak perdebatan mengenai penggunaan obat-obat golongan midriatika atau miotika, karena masing-masing obat mempunyai keuntungan dan kerugian sendiri-sendiri: Miotika memang akan mempercepat absorpsi (3), tapi meningkatkan kongesti dan midriatika akan mengistirahatkan perdarahan: Gombos (1) menganjurkan pemberian midriatika bila didapatkan komplikasi iridocyclitis: Akhirnya Rakusin (4) membuktikan bahwa pemberian midriatika dan miotika bersama-sama dengan interval 30 menit sebanyak dua kali sehari akan mengurangi perdarahan sekunder dibanding pemakaian salah satu obat saja: Darr (6) menentang dengan tanpa menggunakan kedua golongan obat tersebut pada pengobatan traumatic hyphaema:

(c) Ocular Hypotensive Drug

Semua sarjana menganjurkan pemberian acetazolamide (Diamox) secara oral sebanyak 3x sehari bilamana ditemukannya kenaikan tekanan intraokuler: Bahkan Gombos dan Yasuna (1,8) menganjurkan juga pemakaian intravena urea, mani-

tol dan gliserin untuk menurunkan tekanan intraokuler, walaupun ditegaskan bahwa cara ini tidak rutin.

(d) Kortikosteroid dan Antibiotika

Pemberian hidrokortison 0,5% secara topikal akan mengurangi komplikasi iritis dan perdarahan sekunder dibanding dengan antibiotika (4). Yasuna (8) menganjurkan pemberian prednison 40 mg/hari secara oral segera setelah terjadinya traumatic hyphaema guna mengurangi perdarahan sekunder.

(e) Obat-obat lain

Sedativa diberikan bilamana penderita gelisah. Diberikan analgetika bilamana timbul rasa nyeri.

B. PERAWATAN OPERASI

Perawatan cara ini akan dikerjakan bilamana ditemukan :

- Glaukoma sekunder yang berkurang/menghilang dengan pengobatan konservatif (1,2,10):
- Kemungkinan timbulnya hemosiderosis cornea dan tidak ada pengurangan dari tingginya hyphaema dengan perawatan non-operasi selama 3 - 5 hari (1,9):

Atas dasar di atas Darr menentukan cara pengobatan traumatic hyphaema (6), sedang Rakusin menganjurkan tindakan operasi setelah hari kedua bila ditemukan hyphaema dengan tinggi perdarahannya 3/4 bilik depan bola mata (4). Tindakan operasi yang dikerjakan adalah (4,10) :

1. Paracentesa : mengeluarkan cairan/darah dari bilik depan bola mata melalui lubang yang kecil di limbus.
2. Melakukan irigasi bilik depan bola mata dengan larutan fisiologik:
3. Dengan cara seperti melakukan ekstraksi katarak dengan membuka corneoscleralnya sebesar 120°

KOMPLIKASI

Komplikasi yang paling sering ditemukan pada traumatic hyphaema adalah ; perdarahan sekunder, glaukoma sekunder dan hemosiderosis di samping komplikasi dari traumanya sendiri berupa : dislokasi dari lensa, ablatis retina, katarak dan irido dialysis: Besarnya komplikasi juga sangat tergantung pada tingginya hyphaema.

1. *Perdarahan sekunder:* - Komplikasi ini sering terjadi pada hari ke 3 sampai ke 6(3,5,7,8,10,11), sedangkan insidensinya sangat bervariasi, antara 10 - 40%. Perdarahan sekunder ini timbul karena iritasi pada iris akibat traumanya (8), atau merupakan lanjutan dari perdarahan primernya (3):

2. *Glaukoma sekunder:* - Timbulnya glaukoma sekunder pada traumatic hyphaema disebabkan oleh tersumbatnya trabecular meshwork oleh butir-butir/gumpalan darah (3). Insidensinya 20% (11), sedang di R:S: Dr: Soetomo sebesar 17,5% (9):

3. *Hemosiderosis cornea:* - Hemosiderosis ini akan timbul bila ada perdarahan/perdarahan sekunder disertai kenaikan tekanan intraokuler (3). Gangguan visus karena hemosiderosis tidak selalu permanen, tetapi kadang-kadang dapat kembali jernih dalam waktu yang lama (2 tahun). Insidensinya ± 10% (9).

PROGNOSA

Prognosa dari traumatic hyphaema sangat tergantung pada : tingginya hyphaema, ada/tidaknya komplikasi dari perdarahan/traumanya, cara perawatan dan keadaan dari penderitanya sendiri.

KESIMPULAN DAN RINGKASAN

Traumatic hyphaema akibat rudapaksa yang mengenai mata merupakan salah satu *ocular emergencies* yang perlu mendapat perhatian tersendiri untuk menghindari timbulnya kebutaan. Banyak cara yang dianjurkan beberapa sarjana, walaupun sebagian masih merupakan bahan perdebatan. Untuk itu cara perawatan serta pengobatan penderita dengan traumatic hyphaema menurut penulis adalah :

1. **Perawatan Konservative :** perawatan ini dilaksanakan terlebih dahulu.

- Tirah baring sempurna.
- Bebat mata yang terkena trauma saja.
- Obat-obatan — Koagulansia.
Ocular hypotensive drug, bila ada glaukoma sekunder.
Kortikosteroid untuk menghindari perdarahan sekunder.
Sedative, bila penderita gelisah.
Analgetika untuk menghilangkan rasa nyeri.

2. **Perawatan Operasi :** perawatan ini dikerjakan bilamana perawatan konservative tidak berhasil. Tahap tindakan operasinya ialah :

- Paracentesa.
- Irigasi bilik depan bola mata dengan larutan fisiologik.
- Membuka corneo-scleral sepanjang 120°

KEPUSTAKAAN

- 1:Goinbos GM: Hyphema; Handbook of ophthalmologic emergencies. 2 ed: Tokyo: Toppan Co, 1977:
- 2:Vaughan D: General ophthalmology: 6 th ed: Tokyo : Lange Med Pub.; Maruzen Asian Edition, 1971: 206-226:
- 3:Cahn PH: Factors of importance in traumatic hyphema: Am J Ophth 1963; 55: 591-596:
- 4:Rakusin W: Traumatic hyphema. Am J Ophth 1972; 74: 284-292:
- 5:Edward WC, Layden WE: Traumatic hyphema: Am J Ophth 1973; 75: 110-116:
- 6:Daar JL, Passmore JW: Management of traumatic hyphema. Am J Ophth 1976; 63: 134-136:
- 7:Edward WC: Layden WE: Monocular versus binocular patching in traumatic hyphema: Am J Ophth 1973; 76: 359-362.
- 8: Yasuna E: Management of traumatic hyphema. Arch Ophthalmol 1974; 91: 190-191:
- 9:Admadi Soeroso. Perdarahan bilik depan bola mata karena rudapaksa di R:S: Dr.Soetomo, Surabaya : Bagian Ilmu Penyakit Mata FK Unair, 1977:
- 10:Callahan A, Zubero J: Hyphema surgery. Am J Ophth 1962; 53 : 522-523.
- 11: Henry MM: Nonpenetrating eye injuries with hyphema: Am J Ophth 1960; 49: 1298-1300:

KEAMANAN DI TEMPAT KERJA

Jumlah insinyur penyehatan, dokter perusahaan dan pejabat keamanan (security-officers) di Jerman Barat bertambah dengan pesat sejak undang-undang keamanan kerja disahkan. Beberapa tahun yg. hanya ada 2000 ahli keamanan (safety specialist) dan 1500 dokter perusahaan. Kini ada lebih dari 50.000 safety specialist dan 80.000 dokter perusahaan yang aktif dalam perlindungan kesehatan dan keamanan kerja. Hasil-hasil yang segera terlihat yaitu : kecelakaan di tempat kerja turun dengan 25% dibandingkan dengan angka tahun 1970. Kecelakaan fatal bahkan berkurang dengan 35%. Meskipun demikian, masih ada 4500 pekerja kehilangan nyawa akibat pekerjaan mereka pada tahun 1977. Jumlah kecelakaan jabatan (kecelakaan pada tempat kerja, penyakit-penyakit jabatan, dan kecelakaan waktu menuju & meninggalkan tempat kerja) — yang jumlahnya sekitar 2 juta — juga telah berkurang. Kecenderungan yang cukup memuaskan ini telah berjalan selama delapan tahun ini. Mengenai penyakit-penyakit jabatan, hanya gangguan kesehatan akibat polusi suara yang meningkat. Hampir separuh dari semua penyakit-penyakit jabatan dapat ditelusur kembali pada kebisingan.

(Seala 1980 ; 3)

PROGNOSIS YANG BAIK UNTUK BEKAS PENDERITA PENYAKIT JANTUNG.

Para penderita yang telah dapat mengatasi fase akut infark jantung memiliki prognosis yang cukup baik. Dari mereka yang dapat meninggalkan rumah sakit, 15% meninggal dalam tahun pertama. Setelah itu angka kematian dalam setahun menurun menjadi setinggi lk. 5%.

Dengan kata-kata lain angka kematian dari bekas penderita yang telah dapat mengatasi infark jantung lk. 30 lebih besar dalam tahun pertama dibanding dengan seorang sehat dengan usia yang sama. Akan tetapi risiko yang besar ini menurun dengan berlalunya waktu. Setelah 10 tahun para bekas penderita mempunyai angka kematian yang sama besar dengan kawan-kawan sebaya yang sehat.

Br Med J 1979 ;2: 1311

Seorang Cina berusia 26 tahun mendapat transfusi 404 unit darah selama hidupnya karena menderita beta-talasemia. Akibatnya jumlah total besi dalam badannya demikian banyak sehingga mampu membunyikan tanda-bahaya di tempat pemeriksaan di pelabuhan udara.-

Lancet 1980 ;ii:1028.