

Pendekatan Pelayanan Kesehatan Primer pada Kegawatdaruratan Mata: Ablasio Retina

Rani Himayani¹, Jefri Irawan², Fidha Rahmayani³, Liana Sidharti⁴.

¹ Departemen Ilmu Penyakit Mata, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³ Departemen Ilmu Penyakit Syaraf, Fakultas Kedokteran, Universitas

⁴ Departemen Anestesi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Dokter di layanan primer merupakan garda terdepan dalam memenuhi sebagian besar masalah kesehatan masyarakat baik dalam upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Dokter diharapkan mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien, termasuk kegawatdaruratan pada mata. Ablasio retina merupakan pemisahan retina sensorik, yakni lapisan fotoreseptor dan jaringan bagian dalam, dari epitel pigmen retina di bawahnya. Mengenali tanda dan gejala melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik sangat penting dalam penegakan diagnosis ablasio retina. Pasien ablasio retina biasanya mengeluhkan adanya kilatan cahaya (fotopsia) dan adanya objek coklat kehijauan yang berterbangan (*floaters*) yang unilateral. Tekanan intraocular menurun. Pada ablasio retina dapat terjadi penurunan visus hingga kurang dari 6/60 dalam beberapa kasus. Pada pemeriksaan oftalmoskop direk didapatkan red reflex dan juga terdapat ablasio berupa kerutan, opak dan pucat. Jika diagnosis terhadap kecurigaan ablasio retina telah ditegakkan, hal yang paling utama yang dilakukan dokter di pelayanan primer adalah segera merujuk pasien ke oftalmologis. Ketepatan diagnosis dan pengobatan yang sesuai bertujuan untuk mendapatkan prognosis terbaik. Selain itu terdapat beberapa Tindakan preventif yang dapat dilakukan untuk mencegah ablasio retina.

Kata kunci: Ablasio retina, diagnosis, layanan kesehatan primer.

Primary Health Care Approach to Ocular Emergencies: Retinal Detachment

Abstract

Primary care physician is the front liner in pursuing the communities health. It can be promotive, preventive, curative, or rehabilitative. Hopefully, physician can make a clinical diagnosis and give the first therapies in an emergency cases in order to save people and prevent disabilities in patient. Retinal detachment refers to separation of the sensory layer, the fotoreseptor and the inner tissue to the retinal epithelium pigment (RPE). Knowing the sign and symptom through anamnesis and physical examination in really important in order to make diagnosis about retinal detachment. Patient may experience unilateral flashing light (fotopsia) and small brown to black things that float across the vision (floaters). The intraocular pressure may decrease. Visual acuity can decrease to less than 6/60 in some cases. In direct oftalmoscope, red reflex and detachment which is wrinkle, opaque, and pale is found. If the suspect diagnosis of retinal detachment is already make, the first important thing that the primary care physician should do is immediately referred the patient to an ophthalmologist. The prompt and appropriate treatment is make to pursuit the best prognosis. There are some preventive treatment that the patient can do to prevent the retinal detachment.

Key word: Retina detachment, diagnosis, primary health care

Korespondensi: Jefri Irawan. Perum Sidosari, Natar, Lampung Selatan. Hp: 081272863621. Email: jefriirawan35@gmail.com

Pendahuluan

Dokter di layanan primer merupakan garda terdepan dalam memenuhi sebagian besar masalah kesehatan masyarakat baik dalam upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif.¹ Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, dokter diharapkan mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien.²

Kegawatdaruratan mata adalah gangguan pada sistem penglihatan yang apabila tidak ditangani segera dapat bersifat permanen. Dalam kondisi gawat darurat, diagnosis yang cepat dan tepat merupakan kunci dari keberhasilan penanganan. Dokter harus familiar dengan tanda dan gejala dari kegawatdaruratan mata, seperti mata merah akut, visus turun mendadak, nyeri mata akut, trauma mata, dan lain sebagainya. Ketepatan diagnosis dan pengobatan yang sesuai untuk mendapatkan prognosis terbaik penting dilakukan.³ Keterlambatan penanganan dalam

kegawatdaruratan mata dapat menyebabkan kehilangan penglihatan permanen.⁴

Beberapa kasus kegawatdaruratan mata diantaranya yaitu penetrasi akibat trauma fisik pada mata, oklusi pembuluh darah retina sentral, glaucoma sudut tertutup akut, trauma kimia, dan juga ablasio retina.⁵ Ablasio retina merupakan pemisahan retina sensorik, yakni lapisan fotoreseptor dan jaringan bagian dalam, dari epitel pigmen retina di bawahnya.⁶ Menurut American Academy of Ophthalmology (AAO), ablasio retina, khususnya tipe regmatogen merupakan kasus kegawatdaruratan mata terbanyak nomor tiga setelah iskemik optic neuropati dan oklusi pembuluh darah retina sentral.⁷ Penelitian menunjukkan bahwa insiden ablasio retina yaitu 6.3 and 17.9 per 100,000 populasi.⁸ Di Indonesia sendiri, ablasio retina merupakan indikasi operasi vitrektomi terbanyak di Provinsi Sulawesi Utara periode Januari – Desember 2014 (59%).⁹

Isi

Retina merupakan lapisan terdalam dari jaringan bagian posterior mata yang terdiri dari beberapa lapisan. Lapisan terluar retina berbatasan dengan rongga vitreal dan lapisan terdalam, koroid. Ablasio retina merupakan pemisahan retina sensorik, yakni lapisan fotoreseptor dan jaringan bagian dalam, dari epitel pigmen retina (RPE) di bawahnya.⁶ Bagian luar retina neurosensori ialah tempat fotoreseptor berada. Fotoreseptor mendapat oksigen dan nutrisi dari koroid. Di dalam fovea, tidak ada pembuluh darah retina, dan jaringan retina di dalam area ini sepenuhnya bergantung pada koroid untuk kebutuhan oksigennya. Pelepasan makula dapat menyebabkan kerusakan permanen pada fotoreseptor di lokasi ini. Penglihatan berpotensi dipertahankan jika makula tetap melekat, dan retina disambungkan kembali dengan tepat. Namun, jika makula terlepas, dapat menyebabkan kerusakan yang irreversibel. Itulah mengapa ablasio retina digolongkan kepada kasus kegawatdaruratan mata.¹⁰

Beberapa faktor resiko dari ablasio retina yaitu usia 50 – 70 tahun, laki – laki, operasi katarak, myopia.¹¹ Miopia sampai -3 dioptri meningkatkan resiko ablasio retina hingga empat kali. Sedangkan miopia yang lebih dari -3 dioptri meningkatkan resiko dari ablasio retina sekitar 10 kali. Enam tahun

pasca operasi katarak dapat meningkatkan resiko ablasio retina sekitar 7 kali.¹² Faktor resiko lain yaitu afakia (30%-40%), trauma okular (10%-20%) dan riwayat ablasio retina. Glaucoma juga merupakan faktor resiko. Studi melaporkan bahwa 4-7% pasien dengan glaucoma sudut tertutup kronis berkembang menjadi ablasio retina.¹³ Kelainan kongenital seperti sindrom stickler, sindrom marfan, dan sindrom ehler-danlos juga berhubungan dengan ablasio retina.⁴

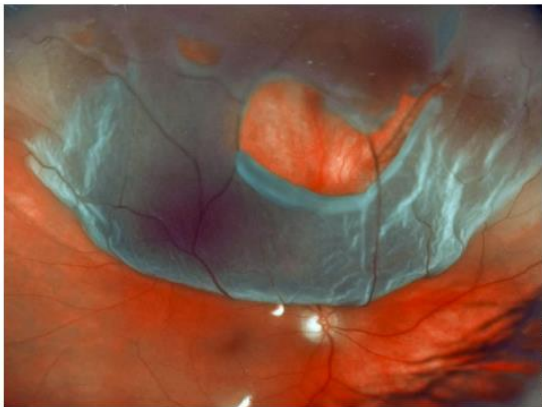
Menurut American Ophthalmic Association (AAO), ablasio retina terbagi 2, yaitu regmatogen dan non regmatogen. Ablasio retina yang paling sering terjadi dan menimbulkan kondisi kegawatdaruratan yaitu tipe regmatogen, dimana terdapat robekan pada sensori retina. Robekan retina paling sering disebabkan oleh traksi pada vitreous di permukaan retina. Traksi ini secara fisik menyebabkan lapisan sensori retina terpisah dari RPE, menghasilkan *retinal tear*. Robekan dari retina memungkinkan cairan masuk dari cavitas vitreous ke ruang subretinal. Pada ablasio non-regmatogen, terdapat akumulasi eksudat ataupun transudate di ruang subretina. Penyebab lain dari tipe ablasio retina ini meliputi korioretinitis, tumor koroid metastatic, angioma retinal, efusi koroid, dan trauma.¹⁴

Sangat penting bagi dokter di layanan primer untuk memiliki tingkat kecurigaan yang tinggi terhadap ablasio retina berdasarkan tanda dan gejala. Pasien dengan adanya ablasio retina merasakan seperti adanya kilatan cahaya atau dikenal juga dengan fotopsia. Pasien juga merasakan seperti melihat objek coklat kehitaman atau *floaters*. Baik fotopsia maupun floaters biasanya unilateral. Penurunan visus berat dapat dirasakan jika makula terlibat dalam ablasio retina.¹³ Pasien juga dapat merasakan seperti adanya gambaran awan atau jaring dalam penglihatan mereka.³

Pada pemeriksaan fisik, pemeriksaan visus dilakukan sebelum dilatasi pupil. Visus dapat mencapai kurang dari 6/60 jika terdapat keterlibatan makula dalam ablasio retina. Tekanan intraokular teraba menurun. Apabila memungkinkan pemeriksaan *slit lamp* dilakukan untuk melihat keabnormalitasan pada segmen anterior mata.¹¹

Jika didapatkan tanda dan gejala yang mengarah kepada kecurigaan ablasio retina

seperti yang sudah dijelaskan, dokter dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan funduskopi. Pupil dilatasi terlebih dahulu. Oftalmoskop direk dapat digunakan untuk memvisualisasikan refleks merah (*red reflex*), yang mengindikasikan adanya ablasio retina maupun perdarahan vitreous. Red reflex biasanya pucat ataupun abu – abu (Gambar 1). Normalnya didapatkan gambaran warna oren. Pada pemeriksaan oftalmoskop direk dengan jarak pemeriksa dengan pasien sedekat mungkin, didapatkan adanya ablasio di dekat makula berupa kerutan, opak, dan pucat. Namun demikian oftalmoskop indirek diperlukan untuk mengevaluasi retina sentral dan perifer.⁴



Gambar 1. Red reflex pada ablasio retina

Setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, jika didapatkan tanda dan gejala yang mengarah kepada kecurigaan ablasio retina seperti yang sudah dijelaskan maka yang harus dilakukan yaitu merujuk pasien ke spesialis mata secepatnya, disarankan dalam 24 jam pertama untuk pemeriksaan lebih lanjut. Antitusif maupun antiemetik dapat diberikan jika diperlukan.³

Ablasio retina diterapi dengan pembedahan, seperti menggunakan laser fotokoagulasi, vitrektomi, *scleral buckle*, dan *pneumatic retinopexy*. Tujuan dari pembedahan yaitu untuk menutup robekan retina sehingga cairan berhenti masuk ke retina dan mengakibatkan perlengketan kembali. Diperkirakan 85% dari ablasio retina dapat ditangani dalam sekali operasi. Tidak semua rumah sakit mempunyai fasilitas bedah retina, maka dari itu di pelayanan primer harus menjelaskan kepada pasien tentang biaya operasi dan hal-hal yang harus

dipersiapkan. Kita juga harus mengetahui kontak dokter yang akan melakukan operasi.¹¹

Walaupun terapi pembedahan merupakan pilihan utama, farmakoterapi dapat dipertimbangkan sebagai pengobatan tambahan, mengingat insidensi kegagalan pada pembedahan dapat mencapai 20%. Intervensi yang dijelaskan menunjukkan beberapa perbedaan jalur dan target terapeutik. Beberapa mekanisme yang dijelaskan meliputi pencegahan ablasio retina kembali dengan menghambat pembentukan proliferative vitreoretinopathy (PVR) dan memperpanjang kelangsungan hidup fotoreseptor. Penelitian dalam skala besar masih dibutuhkan dalam menentukan efikasi dari terapi farmakologi untuk ablasio retina.¹⁵

Upaya preventif atau pencegahan juga merupakan tatalaksana yang penting dalam pelayanan primer dari ablasio retina. Menggunakan pelindung mata direkomendasikan kepada seseorang yang melakukan olahraga, terutama bagi penderita miopia sedang sampai berat. Pasien yang menjalani operasi katarak diedukasi mengenai gejala ablasio retina dan pentingnya untuk melaporkan ke pelayanan kesehatan terdekat jika gejala dirasakan. Tindakan preventif juga dapat dilakukan pasca ablasi vitreus posterior yang bertujuan mencegah terjadinya robekan retina. Kesempatan terbaik dalam pencegahan berkisar satu jam sampai satu minggu pasca ablasi vitreus posterior dan pembentukan *retinal tear* dikarenakan terdapat interval waktu antara ablasi dan robeknya retina. Hanya 1 sampai 2 persen dari pasien ablasi vitreus posterior vitreus yang mengalami robekan retina.¹⁶

Ketepatan dalam diagnosis dan pengobatan yang sesuai untuk mendapatkan prognosis terbaik penting untuk dilakukan.³ Pasien yang tidak ditangani segera beresiko dalam kehilangan penglihatan yang berat dan dapat menjadi kehilangan penglihatan yang permanen. Ketajaman visual bergantung kepada makulanya sudah terkena atau belum. Perbaikan dari ablasio retina dalam ketajaman visual mencapai minimal 20/40 dalam 75% pasien dengan yang makulanya belum ablasio. Sedangkan pasien yang makulanya sudah terkena, perbaikan visus hanya pada 40% pasien. Satu dari empat pasien mengalami ablasio retina di mata yang kontralateral. Follow up diperlukan dalam memonitor tanda

dari PVR yang menyebabkan terjadinya kembali ablasio retina.⁵

Prognosis ketajaman visual pada ablasio retina regmatogen juga bergantung kepada keterlibatan fovea. Jika pusat fovea tidak terlibat disebut 'makula-on' dan jika pusat fovea terlepas disebut 'makula-off'. Pada pasien dengan makula on, ablasio retina memiliki ketajaman visual koreksi awal yang baik (BCVA) dan prognosis lebih baik. Sebaliknya, pada ablasio retina makula off, memiliki BCVA yang lebih rendah dan prognosis lebih buruk.¹⁷

Kesimpulan

Ablasio retina merupakan suatu penyakit kegawatdaruratan pada mata. Mengenali tanda dan gejala melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik sangat penting dalam penegakan diagnosis ablasio retina. Jika diagnosis terhadap kecurigaan ablasio retina telah ditegakkan, hal utama yang penting dilakukan oleh dokter di pelayanan primer adalah segera merujuk pasien ke oftalmolog. Ketepatan diagnosis dan pengobatan yang sesuai bertujuan untuk mendapatkan prognosis terbaik.

Daftar Pustaka

- Ikatan Dokter Indonesia. Penataan sistem pelayanan primer. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia; 2016.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.
- Yan H dan Wang S. General Guideline of Ophthalmic Emergency. Dalam: Hua Y, editor. Ocular trauma. Singapore: Springer; 2018:1-9.
- Shah SM dan Khanna CL. Ophthalmic emergencies for the clinician. Mayo Clin Proc. 2020. 95(5):1050-8.
- Gelston CD. Common eye emergencies. American Family Physician. 2013. 88(8):515-9.
- Vaughan DG, Asbury T, Riordan P. Oftalmologi Umum. Edisi ke-14. Alih bahasa: Tambajong J, Pendit BU. Jakarta: Widya Medika; 2012.
- Patel PS. Top 10 eye emergencies [internet]. USA: American Academy of Ophthalmology; 2016 [diperbarui tanggal 24 Mei 2016; disitasi tanggal 1 Januari 2022]. Tersedia dari: <https://www.aao.org/young-ophthalmologists/yo-info/article/top-10-eye-emergencies>.
- Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. Br J Ophthalmol. 2010. 94(6):678-84.
- Sinaga R, Rares L, Sumual V. Indikasi vitrektomi pada kelainan retina di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Sulawesi Utara periode Januari–Desember 2014 Indikasi vitrektomi pada kelainan retina di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Sulawesi Utara periode Januari–Desember 2014 J e-clinic. 2016. 4(1): 359-62.
- Blair K, Czyz C. Retinal Detachment [internet]. USA: StatPearls Publishing. 2021 [diperbarui tanggal 9 Agustus 2021; disitasi tanggal 1 Januari 2022]. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551502/#article-28444.s4>.
- Yorston D. Emergency management: retinal detachment. Community Eye Health Journal. 2018. 31(103):63.
- Feltgen N, Walter P: Rhegmatogenous retinal detachment — an ophthalmologic emergency. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(1–2): 12–22.
- American Optometric Association. Care of the patient with retinal detachment and related peripheral vitreoretinal disease. USA:
- Kaur S, Larsen H, Nattis A. Primary care approach to eye condition. Osteopathic Fam Physician. 2019. 11(2): 28-34.
- Wuben TJ, Besirli CG, Zacks DN. Pharmacotherapies do retinal detachment. Trans Science Review. 2016. 23(7):1553-62.
- Gariano R. Evaluation and management of suspected retinal detachment. Am Fam Physician. 2004. 69:1691-8.
- Sultan ZN, Agorogiannis EI, Iannetta D, et al. Rhegmatogenous retinal detachment: a review of current practice in diagnosis and management. BMJ Open Ophthalmology 2020;5:e000474.