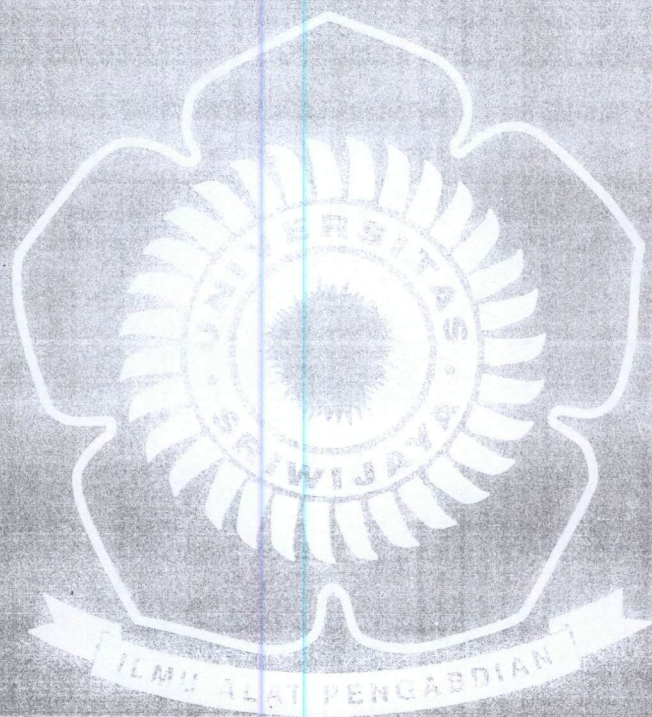


MAJALAH KEDOKTERAN
SRIWIJAYA

(Medical Journal Of Sriwijaya University)



ISSN 0853-1773

MKS, Th. 32, No. 2, April 2000



MAJALAH KEDOKTERAN SRIWIJAYA
(Medical Journal of Sriwijaya University)

ISSN 0-852 – 3835

Terakreditasi SK.No. 093/D3.4/2000.tanggal, 20 Maret 2000.

Penanggung jawab

Prof. dr. K.H.M. Arsyad, DABK, SpAnd.

Dekan

dr. H. Mgs. Johan T. Saleh, MSc

Direktur RS. Mohammad Hoesin Palembang

Pemimpin Umum

dr. H. A. Kurdi Syamsuri, SpOG, MSc

Pembantu Dekan I.

Wakil Pemimpin Umum

dr. H. Syahril Aziz, DAFK

Pembantu Dekan II

Pemimpin Redaksi

Prof. dr. H. Azwar Agoes, DAFK, SpFK

Wakil Pemimpin Redaksi

dr. Hardi Darmawan, MPH&TM, FRSTM

Redaksi Pelaksana

dr. Margono, SpS (K)

dr. Theresia L. Toruan, SpKK

dr. Rusmiati Wijaya, MSc

dr. H. Zulhair Ali, SpPD

Drs. Joko Marwoto, MSc

dr. Hermansyah, SpPD-KR

dr. Syarif Husin, MS

dr. Muhammad Zulkarnain, MMed.Sc

dr. Mutiara Budi Azhar, SU, MMed.Sc

Redaksi Ahli

Prof. dr. Robert S. Siregar, SpKK, DTM&H

Prof. dr. H. Rusdi Ismail, SpA (K)

Prof. dr. H. Ponpon S. Idjradinata, SpA (K)

dr. H. Soerjanto Soedarno, SpB-D

dr. H. Komar A. Syamsuddin, SpOG

dr. Soegito Husodo Widjojo, SpPA

dr. H. R. Moesdarsanto, SpM

dr. H. Mahyuddin. NS, SpOG

dr. Surya Chandra Surapaty, MSc, Ph.D

dr. Chairil Anwar, DAP&E, Ph.D

Administrasi/Sirkulasi

Mawardi Asmuni

R. A. Erlina

Penerbit

Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

Alamat Redaksi

Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

Jln. Mayor Mahidin Kompleks RSMH Palembang 30126

Telp. (0711) 352342 ; Fax. (0711) 373438

Email – fkunsri @ Palembang. Wasantara. Net. id .

Daftar Isi

Redaksi	i
Daftar Isi	ii
Dari Redaksi	iii
In Memoriam Prof dr RMH Gupito Hardjowijono.....	iv
Narkoba Dan Pengaruhnya Pada Fungsi Tubuh Manusia. H.Azwar Agoes	1
Faktor Resiko Bio Mekanik Yang Mempengaruhi Terjadinya Osteoarthritis Lutut. Hermansyah	6
Analisis Kandungan Aflatoksin B.1 Pada Kacang Tanah Dan Makanan Produk Olahan Kacang Tanah Di Kotamadya Palembang. I.A.Rivai Bakti, Budi Untari, Sri Herlinawati (Fakultas. MIFA UNSRI)	10
Protozoa Parasit Penyebab Diare. Muhaimin Ramdja.....	19
Perbandingan Hasil Pengobatan Antara Steroid Dan Neurotonika Pada Penderita Sindroma Guillain-Barre. Alwi Shahab	23
Pengaruh Cuka Pempek Terhadap Kuman Salmonella Typhi Penyebab Penyakit Typhoid. Abdul Rasyid	27
Identifikasi Spesies Lipas Rumah Di Beberapa Tempat Dalam Wilayah Kotamadya Palembang. Muhaimin Ramdja, Iskandar Z Ansori, Zamzul Zit.....	34
Jumlah Bentuk Aseksual Plasmodium Falciparum Di Darah Tepi (DDR) Setelah Pengobatan Standard Klorokuin. Zamzul Zit, Iskandar Z. Ansori, Eddy Sobri.....	36
Hubungan Gambaran EEG Dan Hasil Pengobatan Penderita Epilepsi Di Poli Klinik Rawat Jalan RSUP. Mohamad Hoesin Palembang. Alwi Shahab	41
Pelatarbelakang Obesitas Kelompok Dewasa Muda Di Kotamadya Palembang. Arisman	43
Hubungan Lama Sakit Dengan Perubahan Hiperlipidemia Pada Arthritis Gout Akut. Hermansyah.....	47
Fibromialgia Suatu Sindroma Yang Sukar Dipahami. Ibrahim	52
Gambaran Klinis Dan Penatalaksanaan Glaukoma Primer Sudut Tertutup. Fidalia	58
Petunjuk Bagi Penyumbang Karangan Majalah Kedokteran Sriwijaya.....	62

GAMBARAN KLINIS DAN PENATALAKSANAAN GLAUKOMA PRIMER SUDUT TERTUTUP

Fidalia

Bagian Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran
Universitas Sriwijaya/ Rumah Sakit Umum Pusat dr. Moehammad Hoesin Palembang.

Abstract.

The clinician should tailor therapy for open-angle glaucoma to the individual needs of the patient. In general a target IOP is established as the goal. However, the effectiveness of therapy can only be established by careful repeated scrutiny of the patient's optic nerve and visual field status.

Treatment is usually initiated with a single topical medication, unless the starting IOP is extremely high, in which case combination therapy may be indicated. A beta blocker is commonly the drug of choice for initial therapy, assuming no medical contraindication rules it out. Because of the variability of IOP, it is best (unless the IOP is extremely high) to test the medication in one eye until the effectiveness of therapy has been established. At that point both eyes can be treated. Compliance and efficacy must be monitored regularly.

Key words : Open angle glaucoma, IOP (Intraocular pressure).

PENDAHULUAN.

Glaukoma adalah gangguan yang terjadi pada mata ditandai dengan peningkatan tekanan intraokular yang tinggi dan mempengaruhi kesehatan mata. Menyebabkan papil nervus optikus mencekung (cupping optic disc) dan atrofi, serta terjadinya gangguan lapangan penglihatan yang secara khas terjadi dengan adanya defek atau cacat pada bundel serabut syaraf. Sedangkan Glaukoma Primer Sudut Tertutup merupakan Glaukoma yang disebabkan adanya penutupan sudut oleh iris perifer^(1,2).

Faktor Usia lanjut, Emosi .

Turunan bersifat poligenik dengan ditandai posisi lensa dan ketebalannya lebih kearah depan, mempengaruhi terjadinya penyakit ini^(3,4). Pemahaman tentang penanganan penyakit ini sangat penting mengingat sebagian besar penyakit ini bersifat kronis,berakibat sangat fatal bagi penglihatan dan dapat berahir dengan buta total.

Gambaran klinik.

Manifestasi klinis Glaukoma primer sudut tertutup secara klinis ada 3 bentuk^(4,7):

1. Bentuk intermiten dan subakut.
2. Bentuk akut
3. Bentuk kronis

1.a BENTUK INTERMITEN.

Pada awalnya, serangan intermiten terjadi dengan interval berminggu-minggu atau berbulan-bulan, tetapi akhirnya dapat

terjadi hampir setiap malam. Hal ini dapat terjadi berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Biasanya hanya satu mata yang kena. Diagnosa sering terlewatkan, oleh karena mata tampak normal diantara serangan. Gejala serangan intermiten adalah sakit bersifat tumpul pada sekitar mata penglihatan kabur halo disekitar sinar sering tidak terlihat kecuali pasien berada diluar rumah. Hal ini diduga adanya perenggangan lamella kornea, Halo terlihat berwarna pada sentral biru-hijau dan perifer kuning-merah. Pada pemeriksaan ditemukan :

- Iris bombe
- Sudut sempit
- Pupil oval/middilatasi
- Tes provokatif menghasilkan sudut tertutup dan TIO yang meningkat

1. b. BENTUK SUB AKUT.

Serangan mungkin lebih sering, dan lebih lama dibanding intermiten, tetapi kurang dibanding sudut tertutup akut. Hal ini disebabkan penutupan sudut yang kurang lengkap.

Serangan sub akut dapat menyebabkan kerusakan hebat tanpa banyak peradangan. Hal ini cenderung memperlihatkan dilatasi pupil yang kronis, atrofi iris ringan, SAP, pigmen iris pada sudut inferior. Tingkat TIO dan cupping glaukomatosa serta cacat lapang pandangan yang bervariasi menurut keparahan dan lamnya serangan.

2. BENTUK AKUT.

Gejala serangan akut terjadi akibat tekanan intraokular yang meningkat mendadak. Adanya odema kornea menyebabkan penglihatan kabur dan rasa sakit yang intensif, sedangkan kelelahan dan kecemasan akan menyebabkan mual-mual. Respon vaso vagal menyebabkan bradikardi. Penglihatan sentral menurun dan TIO meningkat, kelopak mata bengkak hiperemi konjungtiva, injeksi silier, kornea edema dan pupil dilatasi sedang dan vertical oval disebabkan iskemia sfingter iris BMD dangkal.

Gonioskopi pada mata sebelahnya bermanfaat membedakan glaukoma sudut tertutup akut dari glaukoma uveitik atau fakolitik biasanya dengan sudut BMD yang sempit.

3. BENTUK KRONIS.

Tekanan intra okular pada pasien dengan sudut tertutup kronik mungkin normal atau meningkat, karena pembentukan SAP berkembang dengan tidak adanya serangan intermiten, tekanan meningkat secara perlahan-lahan, karena semakin sedikitnya trabekular meshwork yang fungsional.

Didapatkan SAP yang menutupi BMD secara permanen. Pada mulanya iris bombe dari blok pupil relatif mungkin secara anatomis menutupi sudut. Aposisi yang lama atau serangan sub akut berulang menyebabkan pembentukan SAP secara perlahan.

DIAGNOSTIK.

Diagnosa dibuat berdasarkan evaluasi terhadap bentuk-bentuk klinis Glaukoma sudut tertutup diatas dan dengan melakukan suatu tes klinik kita dapat melihat apakah suatu sudut dapat tertutup secara spontan atau tidak yaitu dengan melakukan serangkaian tes:

- Fisiologi tes : - Dark room, provocative test
- Prone Provacative test
- Prone Dark room Provocative test
- Farmakologi test : - midriacyl test
- Gonioskopi : - melihat anatomi sudut.

Mata yang potensial untuk terjadinya glaucoma primer sudut tertutup :

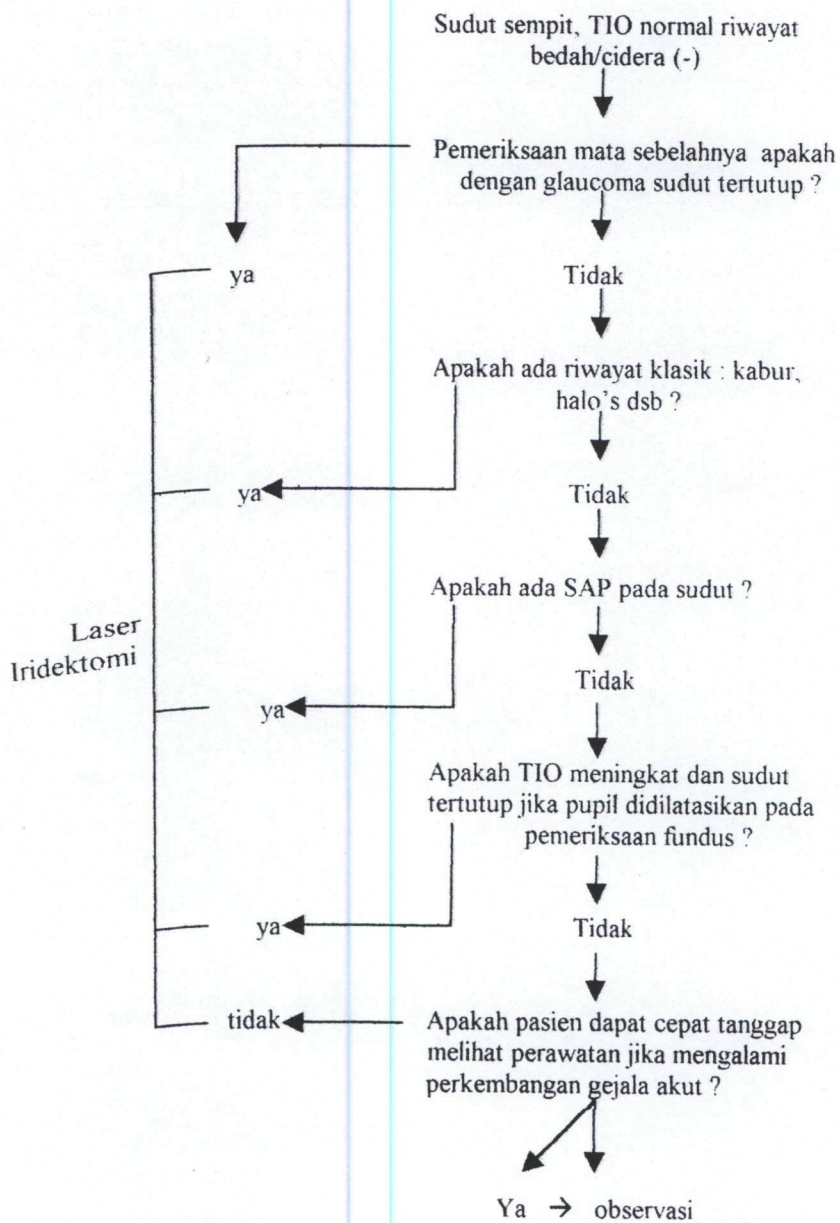
1. Riwayat penutupan sudut dengan adanya halo's
2. Tes provokatif (+)
3. Gonioskopi untuk melihat anatomi sudut sempit
4. Mata sebelahnya dengan penutupan sudut.

PENATALAKSANAAN.

Berdasarkan bentuk-bentuk gejala klinis Glaukoma primer sudut tertutup diatas, maka penatalaksanaannya dapat dibagi 2^(6,10) yaitu :

1. Penderita sudut sempit yang tanpa gejala.
2. Penderita sudut sempit dengan gejala.
 - 1.1. Penderita sudut sempit tanpa gejala dapat dilihat pada gambaran 1.

Gambaran 1. Penatalaksanaan Glaukoma primer sudut tertutup tanpa gejala⁽⁵⁾



2. Penatalaksanaan Glaukoma primer sudut tertutup dengan gejala^(8, 11)

A. Medikamentosa :

- Alfa adrenergik antagonis agent (pilokarpin 1-2%) - tiap 10 menit/4 dosis
- Beta adrenergik antagonis agent (timolol 0,5%) 2x 1 tetes
- Hiperosmotik agent (glycerol 50%)(1,5-3 ml/kg BB)-(Isosorbide 45%)-DM⁽⁶⁾

- Intravenous : urea (1 gr/kg BB; 45-60 mg/menit)
- Intravenous : mannitol 20% (2,5-10 ml/kg BB)
- Acetazolamid : (Diamox), Oral/intravenous : 500 mg
- Glaukoma sudut tertutup dengan suatu reaksi radang hebat dapat diberikan prednison 1% atau deksamethason 0,1% pada awalnya sebelum dilakukan laser atau operasi.
- Simptomatik : narkotik, anti emetik

B Operasi :

- Metode fisik : dilaporkan berhasil menghilangkan serangan glaucoma sudut tertutup akut dengan melakukan induksi bagian sentral kornea dengan lensa gonioskopi Zeiss, aplikator ujung kapas atau pengait otot. Hal ini menekan cairan akuos ketepi dan membuka sudut ketemporal. Dilakukan dengan siklus berulang setiap 30 detik dan memungkinkan pemakaian miotik efektif.
- Laser : - Iridoplasti perifer
- Iridotomi laser (1,2,6)
- Kornea jernih dapat dilakukan iridektomi perifer.
- Respon pasca operasi iridektomi + obat → (-) → filtrasi.

KESIMPULAN.

Penatalaksanaan Glaukoma primer sudut tertutup didasarkan atas bentuk-bentuk gejala klinisnya penderita dengan sudut sempit yang disertai gejala klinis dapat diberikan medikamentosa atau operasi.

KEPUSTAKAAN.

1. Ritch.R, Shields. MB, Krupin, The Glaucomas; the CV. Mosby Company, St. Louis 1989 : Vol-2 section III : 825-864.
2. Tasman. W, Jaeger. EA, Duane's Clinical Ophthalmology. JB. Lippincort company, Philadelphia; Reviced Edition-1992 : vol.3, : 53:1-31.
3. Kanski. JJ, Mc Allister. JA, Glaucoma Butterworth, London : 1989 :50-57.
4. Weingeist. TA, Liesegang. TJ, Slamovits. TL. Glaucoma; Basic and Clinical science course : American Academy of Ophthalmology : USA; 1997-1998 : section 10: VIII : 81-87.
5. Hodapp.E, Parrish.RK, Anderson DR : Clinical decisions In Glaucoma; Mosby, St.Louis 1993:8:151-160.
6. Becker-Shaffer's, Hoskins, HD, Kass. MA : Diagnosis and Therapy of Glaucomas; The VC. Mosby Company : St.Louis, 1989 : XVI-XVII : 208-276.
7. Peyman. GA, Sanders.DR, Goldberg. MF : Principle's and Practice of Ophthalmology : WB. Sanders. Co. Philadelphia : 1980 : Vol.I : 709-718.
8. Rooper. MJ, Hall : Stallard's eye surgery; Wright, London : 1989 : IX : 333-357.
9. Hollwich. F, Waliban, Hariono.B : Oftalmologi ; Binarupa Aksara, Jakarta. 1993 : 181-192.
10. Kaiser HJ, Flammer J, Hendrckson Ph ; Ocular Blood Flow : Karger Basel (Switzerland). 1996 : 12-33.
11. Gumansalangi, MNE, : Trabekulektomi; Airlangga University Press: 1996 : 9-35.