

16 OCT 1991

PENYULIT
TRAKHOMA
DI RSUD Dr. SOETOMO

PERIODE 1 JAN. 1984 - 31 DES. 1988



Oleh :
Dr. Moegiono M. Oetomo

Pembimbing :
Dr. Wisnujono Soewono

Dibacakan pada tanggal 20 Juli 1990

LABORATORIUM / UPF ILMU PENYAKIT MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNAIR / RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA

TRACHOMA

KK

617.772

470

P

PENYULIT
TRAKHOMA
DI RSUD Dr. SOETOMO

PERIODE 1 JAN. 1984 - 31 DES. 1988



Oleh :
Dr. Moegiono M. Oetomo

Pembimbing :
Dr. Wisnujono Soewono

Dibacakan pada tanggal 20 Juli 1990

LABORATORIUM / UPF ILMU PENYAKIT MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNAIR / RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA

Ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya penulis sampaikan kepada yang terhormat :

1. Dr. Wisnujono Soewono sebagai pembimbing yang telah memberikan bimbingan, koreksi dan pengarahan dari awal hingga selesainya makalah ini.
2. Dr. Sjamsu Budiono sebagai staf ahli yang telah memberi saran dan koreksi dalam penyusunan makalah ini.
3. Dr. Gatut Suhendro sebagai staf ahli yang telah memberi saran dan koreksi dalam penyusunan makalah ini.
4. Dr. Diany Yogiantoro sebagai Ketua Program Studi yang telah memberikan dorongan dalam penyelesaian makalah ini.
5. Kepala Bagian Catatan Medik RSUD Dr. Soetomo yang telah memberikan fasilitas pengumpulan data.
6. Seluruh staf laboratorium / UPF Ilmu Penyakit Mata yang telah memberikan saran dalam penyusunan makalah ini.
7. Seluruh teman sejawat yang telah membantu penyelesaian makalah ini.

* * *

276 / LP / PUA / H / 91

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

DAFTAR ISI :

<u>Bab</u>	<u>halaman</u>
I. PENDAHULUAN	1
II. LATAR BELAKANG DAN PERMASALAHAN	2
III. TINJAUAN KEPUSTAKAAN	3
IV. TUJUAN PENELITIAN	7
V. METODOLOGI PENELITIAN	7
VI. HASIL PENELITIAN	10
VII. PEMBAHASAN	23
VIII. RINGKASAN	27
IX. PENUTUP	28
X. DAFTAR KEPUSTAKAAN	28

* *

DAFTAR TABEL :

I.	DISTRIBUSI PENDERITA BERDASARKAN UMUR DAN JENIS KELAMIN	10
II.	INSIDENSI TRAKHOMA DI RSUD Dr. SOETOMO ..	12
III.	DISTRIBUSI PENDERITA MENURUT UMUR DAN STADIUM TRAKHOMA	13
IV.	TAJAM PENGLIHATAN TERBAIK PADA PEMERIKSA- AN PERTAMA	15
V.	DISTRIBUSI TRAKHOMA MENURUT STADIUM DAN PENYULIT	17
VI.	PEMERIKSAAN KEROKAN KONJUNGTTIVA	20
VII.	PENGobatan TRAKHOMA	21

* *

DAFTAR GAMBAR :

1. Histogram distribusi penderita berdasar- kan umur dan jenis kelamin	11
2. Histogram insidensi trakhoma di RSUD Dr. Soe- tomo	12
3. Polygon distribusi penderita menurut umur dan stadium trakhoma	14
4. Pie diagram distribusi penderita menurut - stadium trakhoma	14
5. Pie diagram tajam penglihatan terbaik pada pemeriksaan pertama	15
6. Pie diagram persentase penyulit trakhoma	18
7. Pie diagram distribusi penyulit trakhoma	18
8. Pie diagram persentase penyulit menurut - stadium trakhoma	19
9. Barr diagram pengobatan trakhoma menurut - stadium trakhoma	21

* * *

I. PENDAHULUAN

Trakhoma merupakan salah satu penyebab kebutaan di Indonesia. Dengan majunya perkembangan sosial, ekonomi dan pengetahuan masyarakat prevalensi penyakit ini makin berkurang (6).

Manifestasi klinis, bervariasi dalam hal beratnya dan lamanya penyakit. Lingkungan yang kotor dan padat penduduknya, gizi yang jelek, umur waktu sakit, kekebalan, infeksi ulang dan adanya infeksi sekunder akan meningkatkan angka kebutaan (1,2,5,8,9,10,13).

Trakhoma menyebabkan cacat pada konjungtiva, palpebra dan kornea yang permanen (1).

Penyulit pada kornea sebagai penyulit akhir trakhoma, sekunder disebabkan defisiensi air mata, trikhiasis dan erosi kornea yang berulang (10).

Kebutaan pada orang dewasa dan orang tua disebabkan pannus totalis, ulkus pannosum yang perforasi dan ulkus kornea akibat trikhiasis (1,7,10,14).

Penelitian Sjamsu Budiono di RSUD Dr. Soetomo Surabaya (1980) mendapatkan trakhoma dengan penderita dan penyulit terbanyak pada stadium IV. Penyulit ter sering ialah entropion dan trikhiasis.

Penyulit lainnya ialah ulkus pannosum, jaringan parut kornea dan simblefaron (12).

Terdorong oleh kenyataan bahwa masih banyak dijumpai penderita trakhoma dengan stadium lanjut dan penyulit terbanyak pada stadium tersebut, maka penulis ingin meneliti lebih lanjut mengenai penyulit trakhoma di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

II. LATAR BELAKANG DAN PERMASALAHAN

Di Indonesia berdasarkan data survai morbiditas ma^uta dan kebutaan tahun 1982 yang diselenggarakan Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan R.I. diperkirakan kebutaan di Indonesia sebesar 1,2 %.

Lebih lanjut hasil survai menunjukkan penyebaran trakhoma tanpa trikhiasis 0,5 % sedangkan trakhoma dengan trikhiasis 0,26 % (4).

Penelitian Sjamsu Budiono di RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tahun 1980 didapatkan prevalensi kebutaan disebabkan penyulit trakhoma sebesar 27,31 % pada mata kanan dan 29,06 % pada mata kiri (12).

Mengingat bahwa kebutaan karena trakhoma disebabkan penyulit trikhiasis yang dapat merusak kornea, maka timbul permasalahan sebagai berikut.

1. Pada stadium berapa penyulit trakhoma itu timbul ?
2. Apakah penyulit trakhoma dipengaruhi oleh stadium - penyakit ?
3. Penyulit apa yang sering pada trakhoma ?
4. Bagaimana distribusi umur penderita sesuai dengan penyulit trakhoma ?
5. Bagaimana tajam penglihatan penderita sehubungan dengan penyulit trakhoma pada waktu pemeriksaan pertama ?
6. Adakah penyakit mata lain yang menyertai trakhoma dan mempengaruhi tajam penglihatan penderita ?

Segi manfaat dari penelitian ini apabila ditinjau dari segi epidemiologis untuk mengetahui apakah masyarakat sudah bebas dari trakhoma, khususnya penderita yang datang dari berbagai daerah di Jawa Timur maupun

dari dalam kota Surabaya sendiri yang datang di poli mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Untuk bidang oftalmologi, dengan mengetahui timbulnya penyulit trakhoma pada stadium tertentu maka dapat diambil langkah - langkah untuk memotong perjalanan penyakit dengan cara diagnosis dini dan pengobatan dini sehingga penyulit atau kebutaan akibat trakhoma dapat dicegah, ditanggulangi atau dikurangi.

III. TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Trakhoma adalah peradangan konjungtiva yang akut, sub akut atau kronik disebabkan oleh Chlamydia trachomatis (7,8,10,13,14).

Trakhoma mengenai segala umur dan biasanya mengenai kedua mata. Mulai timbulnya penyakit pada bayi dan anak biasanya " insidious ". Dapat sembuh dengan penyulit ringan atau tanpa penyulit sama sekali.

Pada orang dewasa sering sub akut atau akut dan penyulit terjadi dini. Sering kambuh dan eksaserbasi (1, 2,9,10).

Dalam literatur telah terbukti bahwa trakhoma menyebabkan kebutaan apabila bersama infeksi bakteri dan dengan pengobatan antibiotika disertai kebersihan perorangan membantu pencegahan kebutaan (2).

Gambaran klinis trakhoma menurut Mac Callan (7, 8,10,13,14) :

Stadium I : Insidious = Insipien = Imatur

Folikel imatur dan hipertropi papiler tarsus atas.

Mulai terbentuk mikro pannus. Gambaran pada kornea,

keratitis pungtata difus.

Stadium II : Akut = Established

II A : Folikel matur dan hipertropi papiler tarsus atas. Folikel limbus. Keratitis lanjut. Pannus disertai infiltrat sub epitel dan kekeruhan kornea.

II B : Hipertropi papiler makin jelas menutupi folikel. Pada stadium IIA dan IIB didapatkan keratitis epitel dan sub epitel, pannus dan Herbert's pits.

Stadium III : Trakhoma aktif dan sikatrik

Nekrosis dan sikatrik folikel. Hipertropi papil diantara sikatrik. Sikatrik konjungtiva tarsal (garis dari Arlt). Pannus lebih nyata. Mulai terjadi penyulit trikhiasis dan entropion.

Bila disertai superinfeksi bakteri pada stadium ini, mengakibatkan penyulit yang berat.

Stadium IV : Sembuh

Sikatrik tanpa tanda-tanda trakhoma aktif. Tidak didapatkan folikel maupun hipertropi papiler. Pannus tidak aktif. Infiltrat sub epitel kornea tidak didapatkan.

Diagnosis trakhoma (7,9,13,14) :

Diagnosis trakhoma ditegakkan dengan pemeriksaan klinik dan laboratorium.

Pemeriksaan klinik : adanya folikel dan hipertropi papiler tarsus atas, pannus, " Herbert's pits ", entropion, trikhiasis dan sikatrik tarsus.

Pemeriksaan laboratorium : sel PMN, sel Plasma, sel Leber, inklusion bodi pada sitoplasma konjungtiva.

Diagnosis dini trakhoma (2,5,7,11) :

Stadium dini mirip konjungtivitis kronis. Curiga penyakit trakhoma apabila dijumpai konjungtivitis kronis lebih

dari dua bulan (5,7).

Pada pemeriksaan segmen anterior didapatkan :

Hiperemia konjungtiva, hipertropi papiler dan folikuler tarsus superior.

Hipertropi folikuler konjungtiva tarsal lebih banyak pada bagian superior daripada inferior.

Dapat dijumpai pannus yaitu vaskularisasi limbus yang menembus sub epitel dan sub epitel infiltrat disertai keratitis epitel.

Pada pemeriksaan bio-mikroskop : tampak adanya " limbal vascular loops " pada kornea. Gambaran ini khas untuk trakhoma (5).

Diagnosis trakhoma stadium I tidak mudah. Oleh karena itu perlu pemeriksaan klinis dan laboratorium bersama (10,11).

Pada kerokan konjungtiva dengan pengecatan Giemsa, didapatkan predominan sel PMN dan sel Plasma.

Pada keadaan kronis, sel mononuklear predominan.

Kadang-kadang didapatkan sel Leber yaitu sel makrofag besar dan sel debris juga sel limfoblas. Curiga trakhoma apabila dijumpai sel plasma dan sel Leber.

Sel plasma dan sel Leber dijumpai pada kasus-kasus kronis lanjut (10).

Pada trakhoma aktif dan kronis didapatkan badan inklusi Halber Statter Prowaseck dalam sitoplasma epitel-konjungtiva. Dengan pengecatan Giemsa berwarna ungu, bergranula, dapat tunggal atau dalam kelompok (10,13).

Diagnostik laboratorium positif apabila didapatkan, sel PMN, sel plasma, sel Leber, sel folikel (limfosit) (10).

Patognomonik didapatkan folikel pada limbus dan " Herbert's pit ".

PENYULIT TRAKHOMA :

Chlamydia trachomatis primer menyerang epitel konjungtiva dan kornea. Apabila terjadi peradangan kronis maka sekunder mengenai sub epitel yang berakibat nekrosis sub epitel dan sikatrik (10).

Selama stadium aktif terjadi inflamasi palpebra dan konjungtiva dan pada kornea perifer terjadi perubahan khas lesi epitel dan sub epitel yang nyata sekali pada limbus superior (9).

Hipertropi papiler dan folikuler disertai keradangan konjungtiva dengan derajat peradangan ringan sampai berat mengakibatkan sikatrik konjungtiva dengan penyulit ringan sampai berat (7,10).

Penyulit ringan konjungtiva menyebabkan degenerasi kistik dan atropi dan penyulit berat menyebabkan " tear deficiency syndrome ", dakriostenosis, entropion dan trikhiasis (1,9,10,13,14).

Entropion disebabkan pengerutan sikatrik konjungtiva sedangkan trikhiasis karena sikatrik lokal pada margo palpebra (1,9).

Lebih lanjut pada palpebra menyebabkan simblefaron, pemendekan forniks dan hialinisasi atau degenerasi amiloid (9).

Penyulit pada kornea sekunder karena keratitis sika, trikhiasis, entropion dan erosi kornea yang berulang menyebabkan ulkus dan akhirnya sikatrik kornea dan berakhir dengan kebutaan (10).

Perforasi kornea disebabkan infeksi sekunder bakteri.

Infeksi sekunder berperan dalam penyulit kebutaan. Trakhoma bila disertai infeksi bakteri patogen menyebabkan peradangan hebat dan potensial terjadi kebutaan

karena sikatrik konjungtiva dan perubahan pada palpebra

Pengobatan trakhoma (7) :

Lokal : Tetrasiklin 1 % salep mata atau sulfonamide 15 % tetes mata atau salep mata.

Sistemik : Tetrasiklin 4 x 250 mg sehari selama tiga sampai empat minggu atau eritrosin 4 x 250 mg selama tiga atau empat minggu.

Pengobatan segera diberikan tanpa menunggu hasil laboratorium untuk konfirmasi.

Pengobatan terhadap penyulit trikhiasis dan entropion dengan tarsotomi dan epilasi.

Perjalanan penyakit dan prognosis (1,2,7,13) :

Pengobatan dini prognosis sangat baik. Kasus ringan dapat sembuh tanpa cacat. Kasus berat dapat terjadi sikatrik atau kebutaan.

IV. TUJUAN PENELITIAN

Untuk mengetahui penyulit trakhoma di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

V. METODOLOGI PENELITIAN (3)

V.1. Sifat penelitian :

Penelitian merupakan penelitian observasi, deskriptif dan retrospektif.

V.2. Tempat dan waktu penelitian :

Penelitian dilakukan secara retrospektif yang diambil dari catatan medik di RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam kurun waktu lima tahun (1 Januari 1984 - 31 Desember 1988).

V.3. Populasi :

Pengunjung poli mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam periode 1 Januari 1984 - 31 Desember 1988.

V.4. Sampel :

Sampel diambil dari semua penderita trakhoma yang datang di poli mata RSUD Dr. Soetomo dalam periode 1 Januari 1984 - 31 Desember 1988.

V.5. Variabel :

Diagnosis trakhoma telah tercantum pada masing-masing kartu rawat jalan penderita yang diperiksa oleh dokter spesialis mata atau calon dokter spesialis mata yang bekerja di poli mata RSUD Dr. Soetomo.

Diagnosis dibuat atas dasar pemeriksaan klinis dengan atau tanpa pemeriksaan laboratorium.

Kriteria diagnosis yang dipakai ialah klasifikasi Trakhoma dari Mac Callan.

V.6. Sarana yang dipakai :

- Lampu senter
- Oftalmoskop
- Hitung jari, kartu Snellen
- Kertas Fluoresin
- Lensa percobaan
- Lampu celah bio-mikroskop

V.7. Bahan dan cara penelitian :

V.7.a. Pengumpulan data : data penderita trakhoma diambil dari kartu rawat jalan di catatan medik RSUD Dr. Soetomo. Untuk penelusuran data dengan cara mencatat dari

register penderita yang dioperasi di O.K. Mata RSUD Dr. Soetomo kemudian dicari di catatan medik.

Untuk kartu rawat jalan tahun 1986 sampai dengan 31 Desember 1988 dicari dengan bantuan register khusus mengenai trakhoma.

Untuk kartu rawat jalan tahun 1984 dan 1985 belum ada register khusus di catatan medik. Maka dicari dengan cara penelusuran register penderita yang dioperasi di O.K. Mata dan juga dicari satu per satu di tempat penyimpanan catatan medik.

V.7.b. Data yang terkumpul akan ditabulasikan.

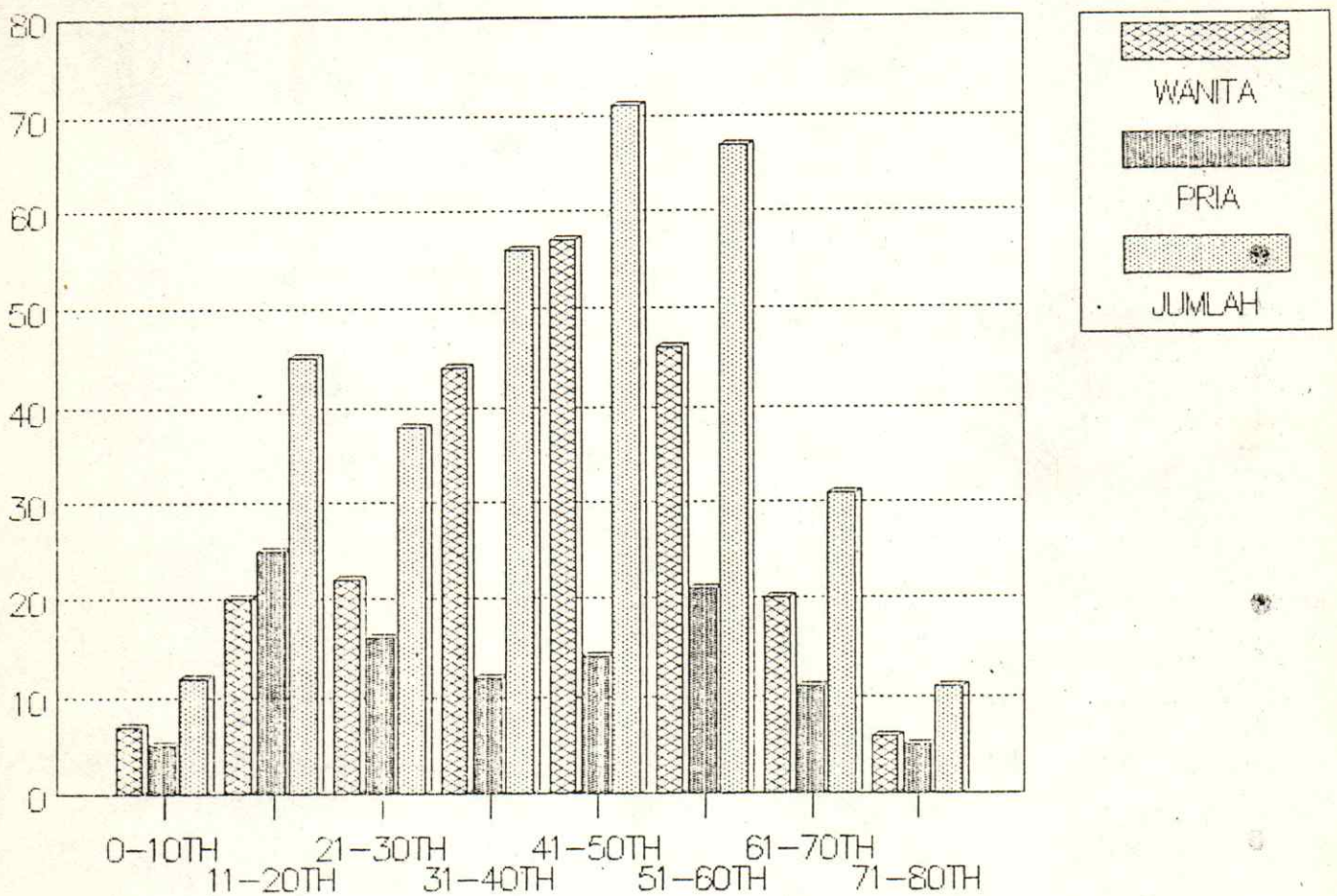
Dicatat mengenai umur, jenis kelamin, jumlah kunjungan penderita di poli mata tiap tahun, tajam penglihatan, besarnya koreksi refraksi, pemeriksaan segmen anterior dan posterior, penyulit trakhoma, pemeriksaan laboratorium, diagnosis trakhoma dan pengobatan trakhoma (medikamentosa atau operasi).

VI. HASIL PENELITIAN

Selama masa penelitian berhasil dikumpulkan data penderita trakhoma sebanyak 331 orang terdiri dari 222 penderita wanita dan 109 penderita pria.

TABEL 1DISTRIBUSI PENDERITA BERDASARKAN UMUR DAN JENIS KELAMIN

UMUR	JENIS KELAMIN				JUMLAH	
	WANITA		PRIA			
0 - 10	7	2,11 %	5	1,51 %	12	3,62 %
11 - 20	20	6,04 %	25	7,56 %	45	13,60 %
21 - 30	22	6,65 %	16	4,84 %	38	11,49 %
31 - 40	44	13,30 %	12	3,62 %	56	16,92 %
41 - 50	57	17,22 %	14	4,23 %	71	21,45 %
51 - 60	46	13,90 %	21	6,34 %	67	20,24 %
61 - 70	20	6,04 %	11	3,32 %	31	9,36 %
71 - 80	6	1,81 %	5	1,51 %	11	3,32 %
JUMLAH	222	67,07 %	109	32,93 %	331	100 %



Gambar 1 : Distribusi penderita berdasarkan umur dan jenis kelamin.

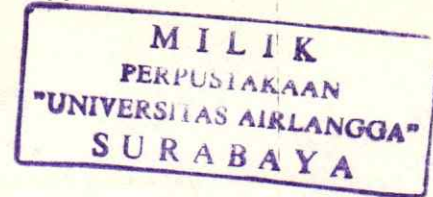
Pada tabel 1 didapatkan penderita trakhoma wanita sebanyak 222 (67,07 %) lebih banyak dari pada penderita pria sebanyak 109 orang (32,93 %).

Pada penderita wanita didapatkan lebih banyak pada golongan umur 41 - 50 tahun atau 17,22 % dari seluruh penderita. Sedangkan penderita pria lebih banyak didapatkan pada golongan umur 11 - 20 tahun atau 7,56 % dari seluruh penderita.

Umur termuda penderita trakhoma ialah lima bulan, sedangkan umur tertua delapan puluh tahun.

Pada gambar 1, secara keseluruhan didapatkan penderita terbanyak pada golongan umur 41 - 50 tahun.

Jumlah penderita paling sedikit didapatkan pada golong-

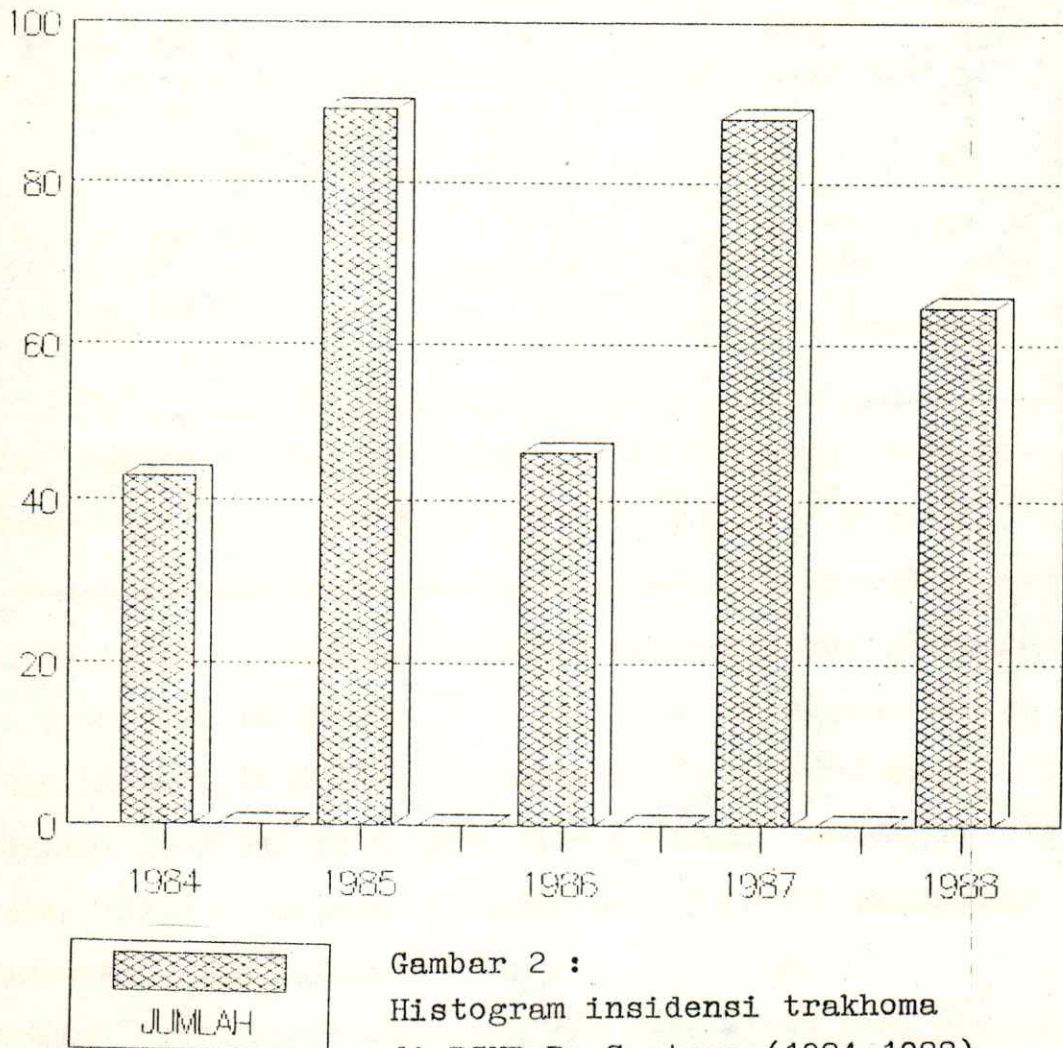


an umur 0 - 10 tahun dan golongan umur 71 - 80 tahun masing-masing 3,62 % dan 3,32 %.

TABEL 2

INSIDENSI TRAKHOMA DI RSUD Dr.SOETOMO (1984 - 1988)

TAHUN	JUMLAH PENDERITA TRAKHOMA	JML.KUNJUNGAN DI POLI MATA	INSIDENSI
1984	43	56.474	0,076 %
1985	89	41.826	0,212 %
1986	46	47.539	0,096 %
1987	88	41.826	0,210 %
1988	65	39.506	0,164 %



Gambar 2 :
Histogram insidensi trakhoma
di RSUD Dr.Soetomo (1984-1988).

Pada tabel 2, jumlah penderita trakhoma setiap tahun yang datang di Poli Mata RSUD Dr. Soetomo rata-rata 66 penderita.

Insidensi trakhoma setiap tahun rata-rata 0,151 %.

Pada gambar 2, jumlah kunjungan penderita trakhoma mengalami kenaikan dan penurunan dari tahun ke tahun.

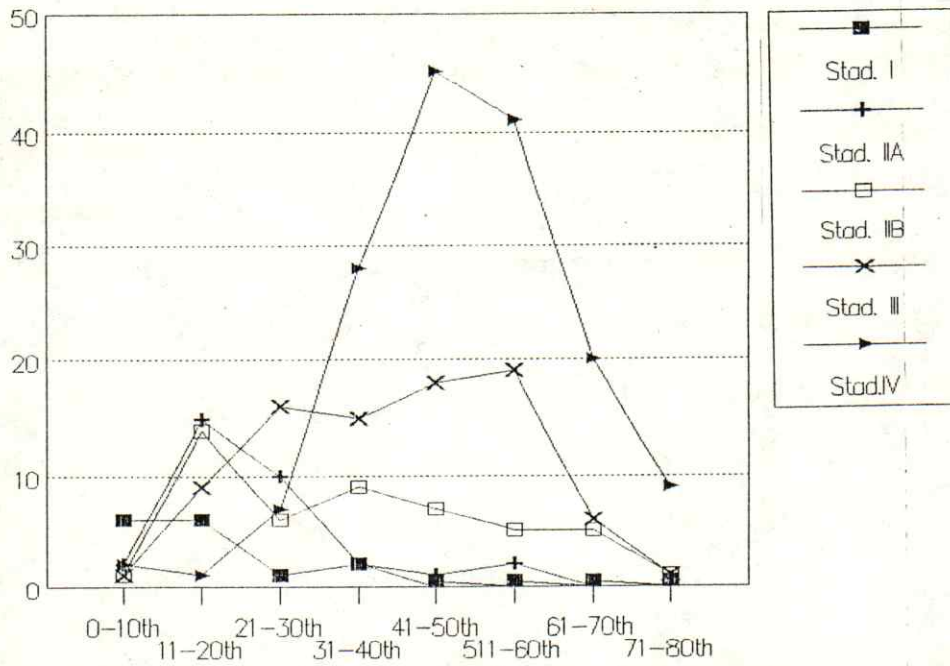
Angka tertinggi dicapai pada tahun 1985 dan tahun 1987. Angka terendah dicapai pada tahun 1984.

TABEL 3

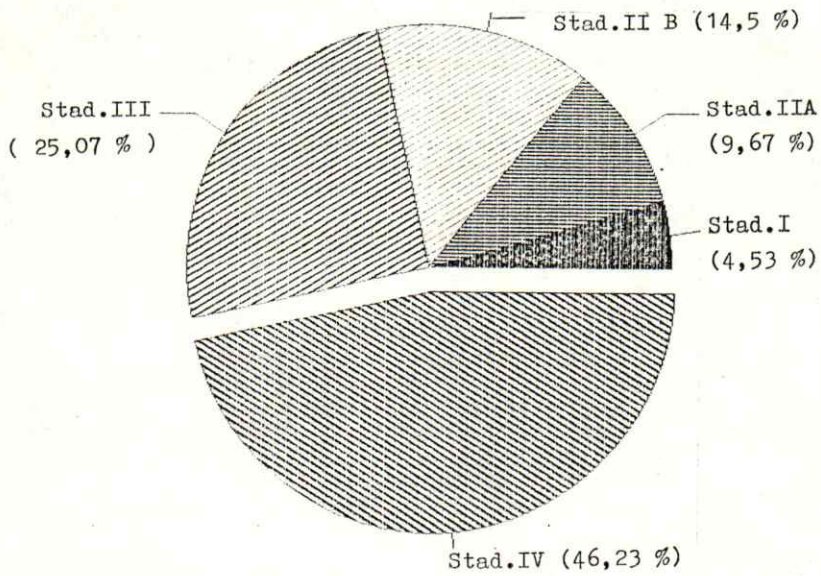
DISTRIBUSI PENDERITA MENURUT UMUR DAN STADIUM TRAKHOMA

Umur \ Stadium	I	II A	II B	III	IV
0 - 10 th.	6	2	1	1	2
11 - 20 th.	6	15	14	9	1
21 - 30 th.	1	10	6	16	7
31 - 40 th.	2	2	9	15	28
41 - 50 th.	-	1	7	18	45
51 - 60 th.	-	2	5	19	41
61 - 70 th.	-	-	5	6	20
71 - 80 th.	-	-	1	1	9
JUMLAH	15 4,53 %	32 9,67 %	48 14,50 %	83 25,07 %	153 46,23 %

Pada tabel 3, stadium I banyak dijumpai pada golongan umur 0 - 10 tahun dan 11 - 20 tahun, masing-masing sebanyak enam penderita. Stadium II A dan II B banyak dijumpai pada golongan umur 11 - 20 tahun. Sedangkan stadium III dan IV pada golongan umur 51 - 60 tahun dan 41 - 50 tahun.



Gambar 3 : Polygon distribusi penderita menurut umur dan stadium trakhoma.

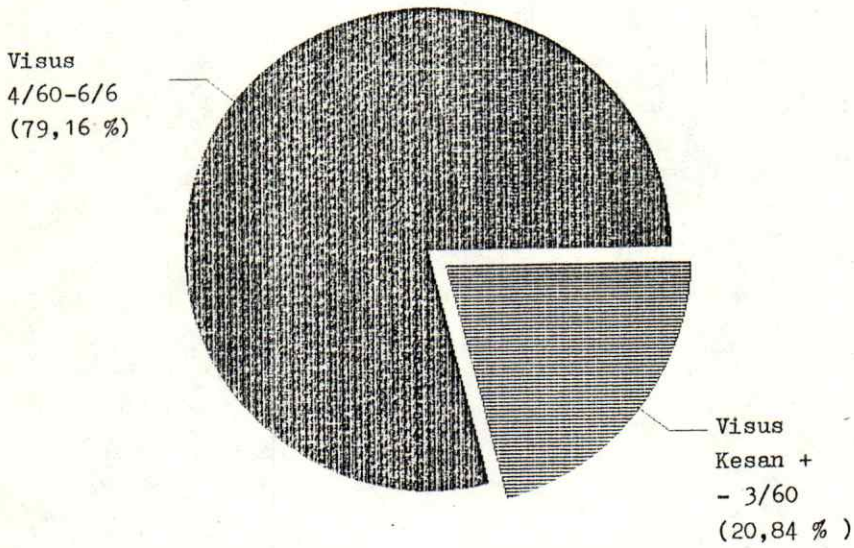


Gambar 4 : Pie diagram distribusi penderita menurut stadium trakhoma.

TABEL 4

TAJAM PENGLIHATAN TERBAIK PADA PEMERIKSAAN PERTAMA

VOD VOS	6/6	6/8,5 6/6,6	6/15 6/10	6/40 6/20	4/60 6/60	1/60 3/60	LP+ 1/300	LP- 1/300	Kesan +
6/6	53	8	3	7	2	1	1	-	-
6/8,5-6/6,6	8	18	4	5	1	1	-	1	-
6/15-6/10	3	4	20	10	-	3	1	-	-
6/40-6/20	2	4	5	35	2	6	2	1	-
4/60-6/60	1	-	1	1	12	8	1	2	-
1/60-3/60	-	-	2	5	7	32	11	4	-
LP+-1/300	-	-	1	1	2	5	8	2	-
LP-	1	-	2	-	-	2	1	2	-
Kesan +	-	-	-	-	-	-	-	-	2



Gambar 5 : Pie diagram tajam penglihatan terbaik pada pemeriksaan pertama trakhoma.

Pada tabel 4, didapatkan 53 penderita (16 %) masih mempunyai tajam penglihatan yang baik (6/6).

Pada penelitian lebih lanjut didapatkan, penderita dengan tajam penglihatan antara 6/8,5 - 6/6,6 sebanyak 18 penderita (5,44 %). Sebanyak duapuluh penderita atau 6,04 % mempunyai tajam penglihatan antara 6/15 - 6/10. Lebih lanjut didapatkan 35 penderita (10,5 %) mempunyai tajam penglihatan antara 6/40 - 6/20. Dua belas penderita (3,63 %) mempunyai tajam penglihatan antara 4/60 - 6/60.

Pada gambar 5, 262 penderita atau 79,16 % masih mempunyai tajam penglihatan antara 4/60 - 6/6.

Sedangkan 69 penderita (20,84 %) mengalami kebutaan atau terancam kebutaan.

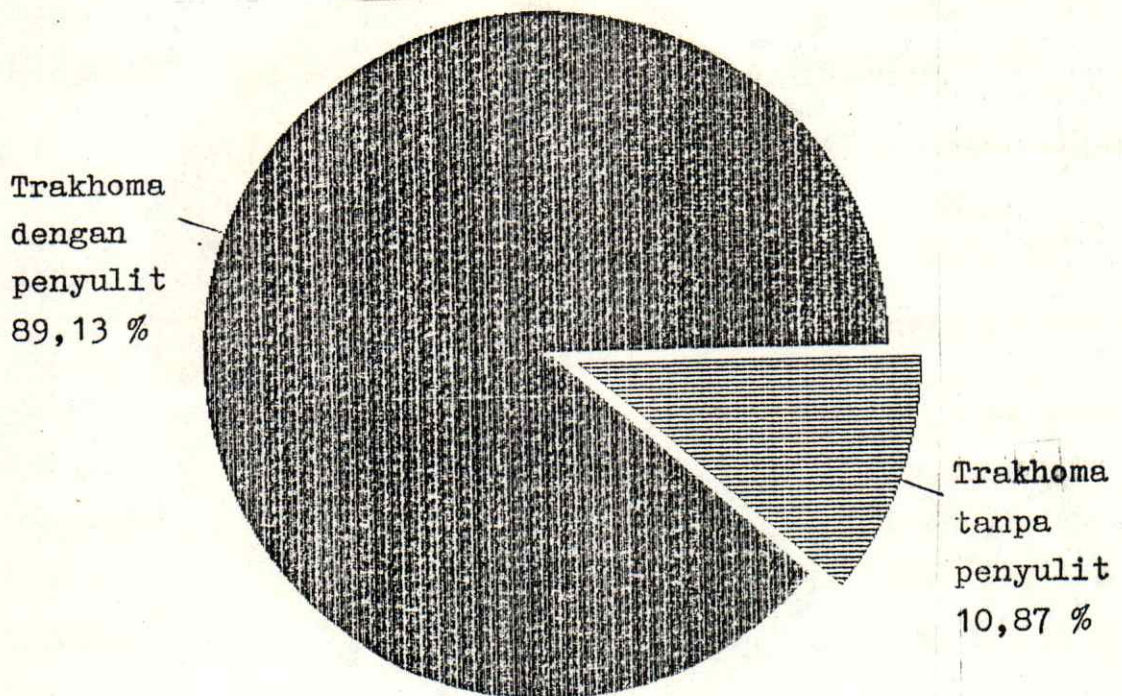
TABEL 5DISTRIBUSI TRAKHOMA MENURUT STADIUM DAN PENYULIT

STADIUM PENYULIT	I	II A	II B	III	IV	JUMLAH PENYULIT	
1. Sikatrik kon- jungtiva pal- pebra	-	-	-	34	23	57	10,15 %
2. Entropion dan Trikhiasis	-	-	-	96	193	289	51,43 %
3. Simblefaron	-	-	-	-	3	3	0,53 %
4. Pannus	5	17	15	28	27	92	16,38 %
5. Erosi kornea	-	-	-	5	9	14	2,49 %
6. Keratitis	-	2	1	16	8	27	4,80 %
7. Infiltrat	-	2	2	7	3	14	2,49 %
8. Ulkus pannosum	-	-	-	5	4	9	1,60 %
9. Sikatrik kor- nea	-	-	-	12	41	53	9,43 %
10. Dakriosistitis kronis	-	-	-	-	1	1	0,17 %
11. Uveitis anteri- or	-	-	-	2	1	3	0,53 %
JUMLAH PENYULIT	5 0,89 %	21 3,74 %	18 3,21 %	205 36,47 %	313 55,69 %	562	100 %

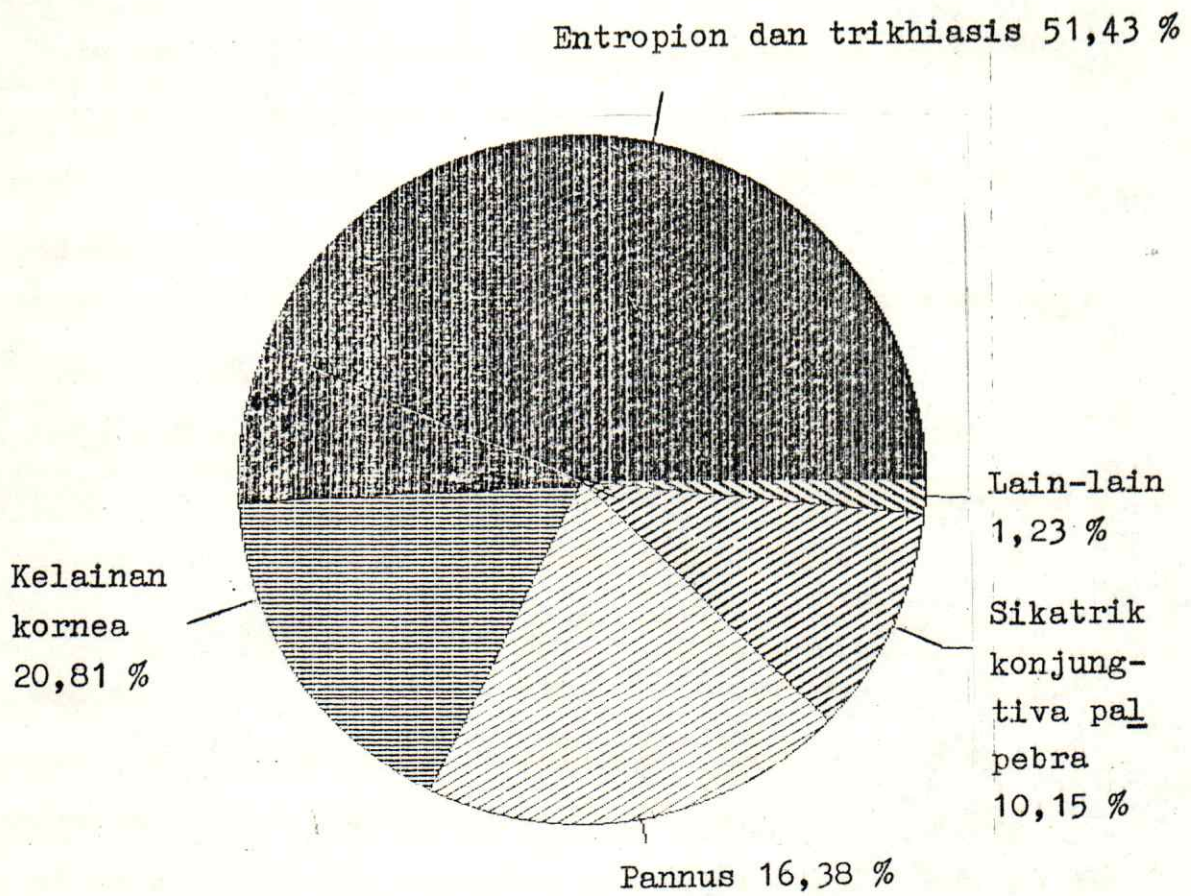
KETERANGAN :

Satu penderita trakhoma dapat mempunyai penyulit lebih dari satu. Dari 331 penderita trakhoma, didapatkan 36 penderita (10,87 %) tanpa disertai penyulit, dan 295 penderita (89,13 %) disertai penyulit (tabel 5).

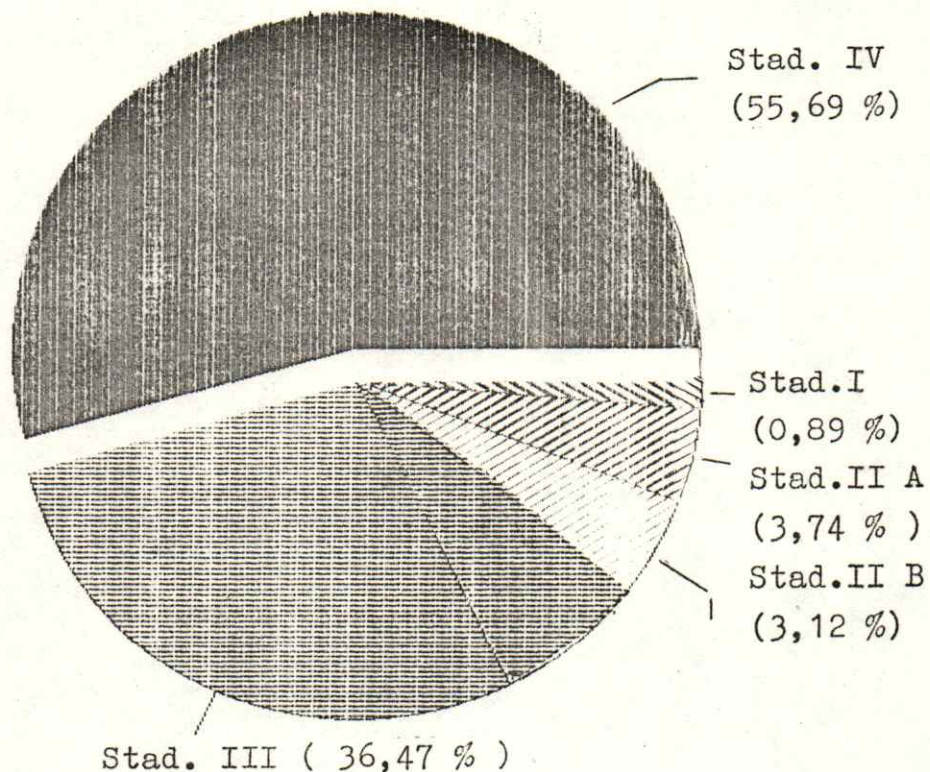
Secara kumulatif, pada 295 penderita didapatkan 562 penyulit.



Gambar 6 : Pie diagram persentase penyulit trakhoma



Gambar 7 : Pie diagram distribusi penyulit trakhoma



Gambar 8 : Pie diagram persentase penyulit menurut stadium trakhoma.

Pada tabel 5, didapatkan penyulit terbanyak ialah entropion dan trikhiasis sebesar 51,43 per sen. Sedangkan penyulit yang jarang ialah simblefaron dan uveitis anterior, masing-masing 0,53 per sen.

Pada gambar 6, didapatkan penderita trakhoma tanpa penyulit sebesar 10,87 per sen.

Pada gambar 7, memperjelas urutan terbanyak penyulit-trakhoma. Entropion dan trikhiasis menempati urutan pertama sebesar 51,43 per sen. Selanjutnya kelainan kornea menempati urutan ke dua yaitu 20,81 per sen. Urutan ke tiga ditempati oleh pannus sebesar 16,38 per sen. Sikatrik konjungtiva palpebra 10,15 per sen. Penyulit lain trakhoma seperti simblefaron, uveitis-anterior dan dakriosistitis kronis 1,23 per sen. Pada gambar 8, menunjukkan bahwa penyulit terbanyak didapatkan pada stadium III dan IV, masing-masing 36,47 per sen dan 55,69 per sen.

TABEL 6
PEMERIKSAAN KEROKAN KONJUNGTTIVA

HASIL LAB. \ STADIUM	I	II A	II B	JUMLAH
A	1	1	-	2
B	6	1	1	8
JUMLAH	7	2	1	10

KETERANGAN :

Kerokan konjungtiva (Scraping) dengan pengecatan Giemsa pada 10 penderita :

A = PMN ++ , MN + , Eo -

B = PMN + , PMN ++, Eo -

Pada tabel 6, pemeriksaan kerokan konjungtiva dengan pengecatan Giemsa didapatkan hasil :

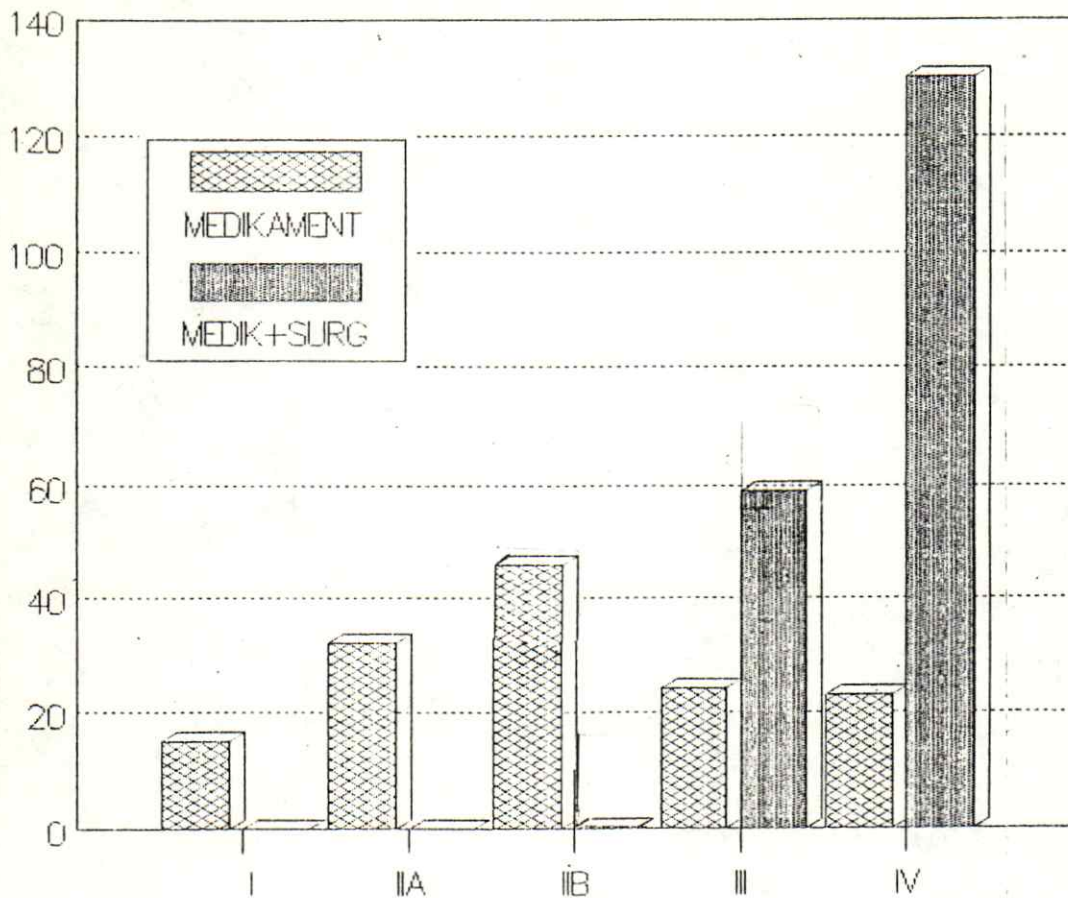
Dari tujuh penderita dengan diagnosis trakhoma stadium I, didapatkan enam penderita (85,71 %) dengan hasil laboratorium sel mononuklear banyak, polimorf nuklear sedikit dan sel eosinofil negatif.

Pada stadium II A hanya diperiksa dua penderita, dengan hasil A dan B sama banyak.

Didapatkan pula penderita dengan stadium II B dengan hasil sel mononuklear banyak.

TABEL 7
PENGOBATAN TRAKHOMA

STADIUM PENGOBATAN	I	II A	II B	III	IV	JUMLAH
1. Medikamen- tosa	15	32	48	24	23	132
2. Medikamen- tosa dan Pembedahan	-	-	-	59	130	199



Gambar 9 : Pengobatan trakhoma menurut stadiumnya.

Pada tabel 7, dari 331 penderita trakhoma sebanyak 132 orang (39,88 %) mendapat pengobatan medikamentosa dan 199 (60,12 %) penderita mendapat pengobatan medikamentosa dan pembedahan.

Penderita dengan stadium I, II A dan II B mendapat pengobatan medikamentosa saja (100 %).

Dari 83 penderita dengan stadium III, 24 orang atau 28,91 % mendapat pengobatan medikamentosa. Sebagian besar penderita trakhoma stadium III mendapat pengobatan medikamentosa dan memerlukan tindakan pembedahan yaitu 71,09 %.

Sedangkan stadium IV, 130 penderita (84,96 %) mendapat pengobatan medikamentosa dan pembedahan.



VII. PEMBAHASAN

Trakhoma dapat mengenai segala umur. Tidak ada perbedaan seks. Pada penelitian ini didapatkan penderita wanita sebanyak 222 penderita atau 67,07 per sen, lebih banyak dari pada penderita pria sebanyak 109 penderita atau 32,93 per sen.

Pada tabel 2, didapatkan insidensi trakhoma rata-rata per tahun 0,151 per sen. Dibandingkan dengan penelitian sebelumnya oleh Sjamsu Budiono (1980) mendapatkan 0,56 per sen. Menurut Hirschberg, insidensi sebesar satu sampai dua promil menunjukkan bebas trakhoma (6).

Pada tabel 3, stadium I dan II A banyak didapatkan pada umur yang lebih muda, antara umur lima bulan sampai dua puluh tahun. Sedangkan stadium III dan IV banyak didapatkan pada umur yang lebih tua yaitu antara 41 tahun sampai enam puluh tahun. Penderita anak-anak kebanyakan datang pada stadium aktif. Sedangkan pada orang tua datang sudah dalam stadium penyembuhan dengan penyulit. Dengan meningkatnya keadaan sosial ekonomi masyarakat prevalensi trakhoma semakin rendah.

Pada gambar 4, tampak persentase terbesar pada trakhoma stadium IV (46,23 %). Hanya persentase yang sangat kecil datang pada stadium dini (4,53 %).

Pada tabel 4, didapatkan penderita dengan tajam penglihatan terbaik 3/60 atau lebih kecil sebanyak 69 orang atau 20,84 per sen.

Pada penelitian ini tidak semua penderita dilakukan koreksi refraksi. Koreksi dilakukan pada penderita trakhoma dengan anomali refraksi. Untuk miop tinggi didapatkan pada tiga penderita, miop sedang pada tiga penderita, miop ringan pada delapan penderita dan miop -

astigmat empat penderita. Untuk koreksi hipermetrop sebanyak tujuh penderita dan koreksi afakia lima penderita. Jadi jumlah seluruh penderita trakhoma yang mendapat koreksi anomali refraksi sebanyak tiga puluh orang. Satu penderita dengan miop tinggi tidak dapat dikoreksi dan tajam penglihatan menjadi tetap jelek.

Pada penelitian ini didapatkan pula beberapa penyakit yang menyertai trakhoma yang dapat memperburuk tajam penglihatan yaitu glaukoma absolut tiga penderita, glaukoma sekunder satu penderita dan tiga penderita - glaukoma kronis simplek.

Didapatkan pula delapan penderita katarak dan satu penderita dengan kelainan kongenital.

Jadi jumlah seluruh penyakit mata lain disamping trakhoma 16 penderita. Lima diantaranya dapat dikoreksi. Dari 69 penderita dengan tajam penglihatan 3/60 atau lebih kecil, termasuk satu penderita dengan miop tinggi yang tidak dapat dikoreksi dan 11 penderita dengan penyakit mata lain.

Jadi sisanya sebanyak 57 penderita dengan tajam penglihatan 3/60 atau lebih kecil karena penyulit trakhoma dan banyak dijumpai pada stadium III dan IV.

Apabila dihubungkan dengan angka kebutaan, maka dalam penelitian ini didapatkan angka kebutaan karena trakhoma sebesar 17,22 per sen.

Pada tabel 5 dan gambar 7, didapatkan penyulit terbanyak entropion dan trikhiasis sebesar 51,43 per sen. Sjamsu Budiono mendapatkan angka yang lebih rendah yaitu 27,90 per sen.

Sesuai dengan klasifikasi dari Mac Callan, bahwa pada stadium III mulai terjadi penyulit trikhiasis dan entropion.

Pada tabel 5, sikatrik konjungtiva palpebra dan trikhiasis mulai didapatkan pada stadium III.

Pada stadium IV yaitu stadium penyembuhan didapatkan sikatrik konjungtiva yang lengkap dengan permukaan yang lebih halus atau gambaran sikatrik " mosaic ".

Pada kornea tidak dijumpai infiltrat sub epitel. Penyulit bervariasi mulai dari trikhiasis, entropion, kekeruhan kornea dan gangguan tajam penglihatan yang menetap (10).

Stadium trakhoma bervariasi secara individu. Dapat berlangsung beberapa bulan sampai beberapa tahun, dengan penyulit kebutaan tersering pada stadium IV (10).

Kombinasi hipertropi folikuler dan papiler mempengaruhi intensitas peradangan aktif trakhoma. Dapat ringan, sedang sampai berat. Hal ini penting untuk menilai apakah penderita ini nantinya mempunyai resiko penyulit kebutaan. Reaksi folikuler dan papiler yang berat potensial terjadi sikatrik konjungtiva, sikatrik kornea, pannus dan trikhiasis (10).

Klasifikasi Mac Callan (1931) berdasarkan perubahan folikel, hipertropi papiler dan pembentukan sikatrik. Klasifikasi ini menggambarkan keadaan konjungtiva dan palpebra. Tidak mengidentifikasi dan menilai derajat inflamasi atau gangguan tajam penglihatan (11).

Oleh karena alasan diatas, ada klasifikasi yang lebih tepat oleh WHO (Dawson, Jones, Tarizzo) pada tahun 1981. Klasifikasi atas dasar intensitas peradangan konjungtiva tarsalis atas dan derajat potensial cacat yang menetap (11).

Pada tabel 6, dengan pemeriksaan sederhana kerokan konjungtiva dan pengecatan Giemsa membantu diagnosis trakhoma stadium dini. Pada stadium dini infeksi menyebabkan hiperplasia dan inflamasi konjungtiva. Infiltrasi limfosit ke lapisan basal epitel cenderung membentuk folikel. Proses lebih lanjut, stroma konjungtiva menjadi hiperemia, edema dan infiltrasi limfosit dan monosit hebat (9).

Kerokan konjungtiva pada daerah tersebut dapat ditemukan makrofag dan sel Leber.

Pada penelitian ini, dari tujuh penderita dengan diagnosis trakhoma stadium I, mendapatkan banyak sel mononuklear sebesar 85,71 per sen. Sel mononuklear yang didapat ialah limfosit dan monosit.

Dengan diagnosis dini akan mencegah perjalanan penyakit lebih lanjut sehingga penyulit dapat dicegah mulai dari penyulit yang ringan sampai yang berat.

Pada tabel 7, stadium IIA dan IIB masih dapat diobati dengan medikamentosa saja tanpa pembedahan.

Pada kenyataannya penyulit timbul pada stadium III yang memerlukan tindakan pembedahan.

Medikamentosa yang diberikan lokal dan sistemik. Obat yang diberikan lokal seperti tetrasiklin, sulfacetamid, gentamisin, kloramfenikol, polimiksin dan neomisin dan zinc sulfat.

Obat sistemik antara lain tetrasiklin, trisulfa.

Cara pemberian obat dapat lokal saja atau kombinasi dengan sistemik.

Macam pembedahan yang dilakukan ialah tarsotomi, epilasi atau kombinasi tarsotomi dan epilasi.

Faktor - faktor yang mempengaruhi hasil penelitian ini ialah :

1. Manifestasi klinis trakhoma bervariasi dalam hal beratnya dan lamanya penyakit, tergantung faktor-faktor yang mempengaruhinya. Termasuk didalamnya faktor higiene perorangan, status sosial, nutrisi, kekebalan, infeksi ulang dan infeksi bakteri (9,13).
2. Tidak semua penderita dapat dilakukan pemeriksaan refraksi. Juga tidak semua penderita kontrol ulang di Poli mata untuk evaluasi lanjutan.
3. Adanya penyakit mata lain yang menyertai trakhoma dan mempengaruhi tajam penglihatan dan penyulit kebutaan. Atau adanya penyakit mata lain yang mendeहु luinya.

VIII. RINGKASAN

Telah dilakukan penelitian pada 331 penderita trakhoma (0,151 %) yang datang di Poli Mata RSUD Dr. Soetomo periode 1 Januari 1984 sampai dengan 31 Desember 1988. Penderita wanita sebanyak 222 orang (67,07 %) dan penderita pria 109 orang (32,93 %).

Penyulit trakhoma sudah timbul pada stadium I. Entropion dan trikhiasis mulai timbul pada stadium III. Dengan meningkatnya stadium trakhoma maka penyulit semakin banyak. Jadi penyulit trakhoma dipengaruhi oleh stadium penyakit.

Entropion dan trikhiasis adalah penyulit terbanyak yaitu 51,43 per sen, kelainan kornea 20,81 per sen dan pannus 16,38 per sen. Penyulit terbanyak pada golongan umur antara 41 tahun sampai enam puluh tahun.

Pada penyulit yang ringan, tajam penglihatan masih

baik dapat mencapai 6/6, sedangkan penyulit yang berat tajam penglihatan menjadi jelek. Dari 295 penderita (89,13 %) disertai penyulit, 57 penderita mengalami kebutaan (19,32 %).

Penyakit mata lain yang menyertai trakhoma dalam penelitian ini ialah glaukoma, katarak dan kelainan kongenital yang mempengaruhi tajam penglihatan penderita.

IX. PENUTUP

Demikian penulis telah melaporkan hasil penelitian mengenai penyulit trakhoma di RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 1 Januari 1984 sampai dengan 31 Desember 1988.

Semoga bermanfaat bagi kita semua.

X. DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Allen, J.H. : May's manual of diseases of the eye. 24 th. edition, New Orleans, p. 83 - 85.
2. Allansmith, M.R. : The Eye and Immunology. The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1982. p. 130 - 134.
3. Arjatmo Tjokronegoro, Budi Utomo, Bintari Rukmono : Dasar - dasar Metodologi Riset Ilmu Kedokteran, Dep. Dik.Bud. , Konsorsium Ilmu Kedokteran, Jakarta, 1981 p. 175 - 194.
4. Guntur Bambang Hamurwono : Sehat mata bagi semua, Media Kornea. Tahun 1, nomor 9, Des. 1985, p.20-21.
5. Havener, W.H. : Ocular pharmacology, 3 rd. edition. The C.V. Mosby, St.Louis, 1974, p. 543 - 650.
6. Mandang, J.H.A : Penyebab utama kebutaan di Indonesia, F.K. Sam Ratulangi, Manado, 1981, p. 70 - 74.

7. Musbadiany Yogiantoro, Tjuk Suparjadi, J.Kadi, R.K.
Tamin Radjamin : Pedoman Diagnosis dan Terapi RSUD.
Dr.Soetomo, 1989, p. 91 - 94.
8. Phillips, C.I. : Basic Clinical Ophthalmology. ELBS,
Churchill Livingstone, 1984, p. 217 - 222.
9. Spencer, W.H. : Ophthalmology pathology - An Atlas
and text book. Vol. I. W.B.Saunders. Philadelphia ,
1985. p. 141 - 145
10. Smolin, G. and Thoft, R.A. : The Cornea. Little Brown
and Co. Boston, 1983. p. 211, 215 - 218.
11. Sorsby, A. : Modern ophthalmology. 2 nd. edition. Vol.
3. Butterworth and Co. Ltd. 1972. p. 374.
12. Sjamsu Budiono : Trachoma di RSUD Dr. Soetomo Surabaya
1980.
13. Vaughan, D. and Asbury, T : General Ophthalmology,
10 th. edition. Lange Medical publications. Maruzen -
Asia, 1983. p. 63, 89, 336, 387.
14. Wilson, L.A. : External diseases of the eye. Harper
and Row Publishers, New York, 1979, p. 65 - 69.

* * *

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KOLEKSI KAMPUS : U T A R A
JL. DHARMAHUSADA 47, TELP. 44509
S U R A B A Y A

HARUS DIKEMBALIKAN TANGGAL

16 OCT 1991

