

SKRIPSI
2019

**PROFIL KUNJUNGAN PASIEN KEGAWATDARURATAN MATA
MELALUI UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR PERIODE JANUARI-
SEPTEMBER 2019**



OLEH:
MEGA PURWANTY
C11116329

PEMBIMBING:
dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D.,Sp.M(K)

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK
MENYELESAIKAN STUDI PADA PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2019**

**PROFIL KUNJUNGAN PASIEN KEGAWATDARURATAN MATA
MELALUI UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR PERIODE JANUARI – SEPTEMBER 2019**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

OLEH :

Mega Purwanty

C111 16 329

PEMBIMBING:

dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K)

UNIVERSITAS HASANUDDIN

FAKULTAS KEDOKTERAN

MAKASSAR

2019

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada semester akhir di bagian Departemen Ilmu Kesehatan Mata Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin dengan judul

**“PROFIL KUNJUNGAN PASIEN KEGAWATDARURATAN MATA MELALUI
UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR PERIODE JANUARI – SEPTEMBER 2019”**

Hari/Tanggal : Kamis, 19 Desember 2019

Waktu : 09.30 WITA-Selesai

**Tempat :Departemen Ilmu Kesehatan Mata Rumah Sakit Pendidikan
Universitas Hasanuddin**

Makassar, 19 Desember 2019



dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K)

NIP : 19700212 200801 1 013

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Mega Purwanty
NIM : C11116329
Fakultas/Program studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Profil Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata Melalui
Unit Gawat Darurat Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
Makassar Periode Januari – September 2019

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian pernyataan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K)

(.....)

Penguji I : dr. Muhammad Abrar Ismail, Sp.M(K), M.Kes

(.....)

Penguji II : Dr. dr. Batari Todja Umar, Sp.M(K)

(.....)

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 19 Desember 2019

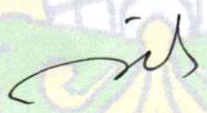
**BAGIAN ILMU KESEHATAN MATA
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR
2019**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“PROFIL KUNJUNGAN PASIEN KEGAWATDARURATAN MATA MELALUI
UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR PERIODE JANUARI – SEPTEMBER 2019”**

Makassar, 19 Desember 2019


dr. Andi Muhammad Ichsan Ph.D
NIP : 19700212 200801 1 013

LEMBAR ANTI PLAGIARISM

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 19 Desember 2019

Yang Menyatakan,



Mega Purwanty

C11116329

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-Nya kepada kita semua dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, akhirnya penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “Profil Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata Melalui Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar Periode Januari–September 2019” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada program studi pendidikan dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT atas kekuatan dan nikmat yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan tepat waktu.
2. dr. Andi Muhammad Ichsan, Sp.M, Ph.D selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pembuatan skripsi ini dan membantu penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
3. dr. Muhammad Abrar Ismail, Sp.M(K)., M.Kes dan Dr. dr. Batari Todja Umar, Sp.M(K) selaku dosen penguji yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam dalam pembuatan skripsi ini dan membantu penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
4. Orang tua penulis yang senantiasa membantu dalam memotivasi, mendorong, mendukung dan mendoakan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Teman-temanku satu bimbingan penelitian skripsi , Andi Aynina Putri Aswati yang telah berjuang bersama-sama penulis dalam menyelesaikan skripsi penelitian ini.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan proposal penelitian ini dengan sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa proposal penelitian ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharap kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan segala kekurangan dalam menyusun proposal penelitian ini.

Makassar, 19 Desember 2019

Mega Purwanty

SKRIPSI

FAKULTAS KEDOKTERAN, UNIVERSITAS HASANUDDIN

DESEMBER 2019

Mega Purwanty (C111 16 329)

dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D.,Sp.M(K)

**PROFIL KUNJUNGAN PASIEN KEGAWATDARURATAN MATA
MELALUI UNIT GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR PERIODE JANUARI – SEPTEMBER 2019**

ABSTRAK

Latar Belakang : Di Indonesia, gangguan terhadap penglihatan banyak terjadi, mulai dari gangguan ringan hingga gangguan yang berat yang gawat darurat sehingga dapat mengakibatkan gangguan penglihatan dan kebutaan. Kegawatdaruratan mata adalah gangguan pada sistem penglihatan yang dapat bersifat permanen apabila tidak ditangani segera. Tanda dan gejala dari kegawatdaruratan mata perlu diketahui dalam penegakan diagnosis yang tepat. Kegawatdaruratan dalam ilmu penyakit mata secara umum dapat terbagi dua, yaitu non trauma dan trauma mata. Kegawatdaruratan mata mempunyai manifestasi klinis yang beragam dan bisa terjadi pada semua kalangan usia dan jenis kelamin. Hal tersebut berkaitan dengan masalah sosioekonomi dan tingkat pendidikan masyarakat setempat, dimana banyak yang tidak sekolah dan tingginya angka kemiskinan.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar Periode Januari – September 2019.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain observasional deskriptif. Data penelitian dikumpulkan dari data rekam medis.

Hasil : Pada penelitian ini, terdapat 52 pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari – September 2019 yang memenuhi kriteria. Dari 52 pasien tersebut waktu kejadian tersering yaitu pada bulan Juni sebanyak 15 orang (28.8%), jenis kelamin perempuan sebanyak 27 orang (51.9%), kelompok usia remaja 12-25 tahun dan lansia 46-65 tahun masing-

masing sebanyak 14 orang (26.9%), tidak bekerja sebanyak 12 orang (23.1%), riwayat pendidikan terakhir SMA sebanyak 24 orang (46.2%), cara bayar menggunakan BPJS sebanyak 49 orang (94.2%), cara keluar dengan diijinkan pulang sebanyak 50 orang (96.2%), dan jenis kegawatdaruratan non-trauma sebanyak 41 orang (78.8%).

Kesimpulan : Pasien kegawatdaruratan mata di RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar mengalami gawat darurat dengan waktu kejadian tersering pada bulan Juni di usia remaja (13-25 tahun) dan lansia (46-65), berjenis kelamin perempuan, sebagian besar mereka tidak bekerja, riwayat pendidikan terbanyak SMA, jaminan kesehatan pasien menggunakan BPJS/JKN. Selain itu, sebagian besar cara keluar pasien yang datang diijinkan pulang dan diagnosis pasien terbanyak konjungtivitis, serta jenis kegawatdaruratan pasien terbanyak non-trauma.

Kata kunci : Profil, Kegawatdaruratan Mata, RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar.

THESIS

FACULTY OF MEDICINE, HASANUDDIN UNIVERSITY

DECEMBER 2019

Mega Purwanty (C111 16 329)
dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M (K)

**VISITING PROFILE OF EMERGENCY PATIENT IN EYE EMERGENCY
UNIT IN HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL MAKASSAR ON
JANUARY - SEPTEMBER 2019**

ABSTRACT

Background : In Indonesia, vision impairment is high in cases, ranging from mild to severe and emergency that can lead to impaired vision and blindness. Eye emergency is an impairment of the visual system that can be permanent if not treated immediately. Signs and symptoms of eye emergencies are needed to know the exact diagnosis. Emergencies in ophtalmology disease can generally be divided into two; non-trauma and trauma to the eye. Eye emergency has diverse clinical manifestations and occur in all ages and genders. This is related to the socioeconomic problems of the local community and education level, as found that many are not in school and in high level of poverty.

Objective : This study aimed to describe the visiting profile of eye emergency patients in the emergency room of Hasanuddin University Hospital on January - September 2019.

Method: This study used an observational design. Data were collected from medical records.

Results: In this study, there were 52 ocular emergency patients in the emergency department at Hasanuddin University Hospital Makassar in the period of January - September 2019 who met the criteria. Of the 52 patients, the most frequent time of occurrence was in June, with 15 people (28.8%), 27 female (51.9%), the age groups of adolescents 12-25 years and the elderly 46-65 years each were 14 people (26.9%), not working were 12 people (23.1%), high school as last educational background were 24 people (46.2%), pay using BPJS were 49 people (94.2%), go

home with permission were 50 people and non-traumatic emergencies were 41 people (78.8%).

Conclusion: Ocular emergency patients at the Hasanuddin University Hospital Makassar that experienced an emergency with the most common occurrence in June in adolescents (13-25 years) and the elderly (46-65 years), female, most of them do not work, many of them whose last educational background are high school, patient health insurance using BPJS/JKN. In addition, most of the way out of patients who come is allowed to go home and the diagnosis of most patients is conjunctivitis, and the most emergency type of patient is non-traumatic.

Keywords: Profile, Eye Emergency, Hasanuddin University Hospital Makassar.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN CETAK	v
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kegawatdaruratan Mata	5
2.2 Non Trauma Mata	8
2.3 Trauma Mata	21
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Klasifikasi.....	32

3.2 Kerangka Konsep	33
3.3 Definisi Operasional.....	33
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	38
4.1 Jenis dan Desain Penelitian	38
4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	38
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	38
4.4 Kriteria Sampel	39
4.5 Instrumen Penelitian.....	39
4.6 Prosedur Penelitian.....	40
4.7 Cara Pengumpulan Data.....	41
4.8 Pengolahan dan Penyajian Data	41
4.9 Alur Penelitian.....	42
4.10 Etika Penelitian	42
BAB 5 HASIL PENELITIAN	43
BAB 6 PEMBAHASAN.....	52
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	58
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	64

DAFTAR TABEL

Table 1 Distribusi waktu kejadian pasien kegawatdaruratan mata	44
Table 2 Distribusi jenis kelamin pasien kegawatdaruratan mata	45
Table 3 Distribusi usia pasien kegawatdaruratan mata	46
Table 4 Distribusi pekerjaan pasien kegawatdaruratan mata	47
Table 5 Distribusi pendidikan terakhir pasien kegawatdaruratan mata	48
Table 6 Distribusi jaminan kesehatan pasien kegawatdaruratan mata	49
Table 7 Distribusi cara keluar pasien kegawatdaruratan mata	50
Table 8 Distribusi jenis kegawatdaruratan pasien kegawatdaruratan mata	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Distribusi waktu kejadian pasien kegawatdaruratan mata	44
Gambar 2 Rasio jenis kelamin pasien kegawatdaruratan mata	45
Gambar 3 Distribusi usia pasien kegawatdaruratan mata	46
Gambar 4 Distribusi pekerjaan pasien kegawatdaruratan mata	47
Gambar 5 Distribusi pendidikan terakhir pasien kegawatdaruratan mata	48
Gambar 6 Rasio jaminan kesehatan pasien kegawatdaruratan mata.....	49
Gambar 7 Distribusi cara keluar pasien kegawatdaruratan mata.....	50
Gambar 8 Rasio jenis kegawatdaruratan pasien kegawatdaruratan mata	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I.....	64
Lampiran II.....	65
Lampiran III	66
Lampiran IV	70

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Mata adalah salah satu indera yang penting bagi manusia, melalui mata manusia menyerap informasi visual yang digunakan untuk melaksanakan berbagai kegiatan. Namun gangguan terhadap penglihatan banyak terjadi di Indonesia, mulai dari gangguan ringan hingga gangguan yang berat yang gawat darurat sehingga dapat mengakibatkan gangguan penglihatan dan kebutaan. Upaya mencegah dan menanggulangi gangguan penglihatan dan kebutaan perlu mendapatkan perhatian (Global data on Visual Impairment 2010, WHO 2012).

Keadaan gawat darurat (emergency) adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat karena apabila tidak mendapatkan pertolongan dengan segera maka dapat mengancam jiwanya atau menimbulkan kecacatan. Pelayanan gawat darurat didalam Rumah Sakit diselenggarakan oleh Instalasi Gawat Darurat (IGD). Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat. (DepKes RI, 2009)

Gangguan penglihatan masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Survey Kesehatan Indera, menunjukkan 1,5% penduduk Indonesia mengalami gangguan penglihatan dan kebutaan disebabkan oleh katarak (52%), glaukoma (13,4%), kelainan refraksi (9,5%), gangguan retina (8,5%), kelainan kornea (8,4%) dan penyakit mata lain. (Menkes, 2010)

Kegawatdaruratan dalam ilmu penyakit mata secara umum dapat terbagi dua, yaitu non trauma dan trauma. Kegawatdaruratan mata karena non trauma, seperti glaucoma akut, ulkus kornea, konjungtivitis gonore, uveitis anterior, ablasio retina, retinoblastoma, oklusi arteria sentralis retina, selulitis orbita, dan endoftalmitis, konjungtivitis, keratitis, blefaritis, kalazion, corpus alineum. Sementara itu, kegawatdaruratan mata karena trauma, terdiri atas trauma langsung terhadap mata (yaitu trauma mekanik dan trauma non mekanik) dan trauma tidak langsung mata. (Sidarta Ilyas ed 3, 2008).

Kegawatdaruratan mata adalah gangguan pada sistem penglihatan yang dapat bersifat permanen apabila tidak ditangani segera. Tanda dan gejala dari kegawatdaruratan mata perlu diketahui agar penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan cepat dan tepat. Kegawatdaruratan mata mempunyai manifestasi klinis yang beragam dan bisa terjadi pada semua kalangan usia dan jenis kelamin. Hal tersebut berkaitan dengan masalah sosioekonomi dan tingkat pendidikan masyarakat setempat, dimana banyak yang tidak sekolah dan tingginya angka kemiskinan. Ketepatan diagnosis dan pengobatan yang sesuai penting dilakukan untuk mendapat prognosis terbaik. Sepanjang penelusuran penulis, belum ada penelitian mengenai profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar. Dengan demikian, penulis berkeinginan untuk mengkaji tentang profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari 2019–September 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat dirumuskan masalah yang menjadi pokok pembahasan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari 2019 – September 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran profil dari kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar berdasarkan waktu kejadian, usia, jenis kelamin, pekerjaan, riwayat pendidikan terakhir, jaminan kesehatan dan cara keluar pasien periode Januari – September 2019.
2. Mengetahui gambaran profil dari kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar berdasarkan jenis kegawatdaruratan pasien periode Januari – September 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai tambahan ilmu, kompetensi, dan pengalaman yang berguna bagi peneliti dalam melakukan penelitian khususnya mengenai kunjungan pasien kegawatdaruratan mata.

1.4.2 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

1. Sebagai acuan bagi peneliti – peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian mengenai kunjungan pasien kegawatdaruratan mata.
2. Bahan evaluasi atau *feedback* untuk Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar terkhusus pada bagian mata.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kegawatdaruratan Mata

2.1.1 Definisi Kegawatdaruratan Mata

Kegawatdaruratan mata adalah gangguan pada sistem penglihatan yang dapat bersifat permanen apabila tidak ditangani segera. Tanda dan gejala dari kegawatdaruratan mata perlu diketahui agar penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan cepat dan tepat. Ketepatan diagnosis dan pengobatan yang sesuai penting dilakukan untuk mendapat prognosis terbaik. Hal yang perlu diperhatikan untuk mendapat prognosis terbaik pada kegawatdaruratan mata adalah penilaian keadaan umum dan kondisi mata pasien secara cepat, penegakan diagnosis, pengembangan strategi terapi, pengobatan yang sesuai, persiapan pasien dengan indikasi operasi, penguasaan prinsip dan prosedur tindakan operasi kegawatdaruratan, dan konsultasi dengan profesi lain yang terkait (Sulfia permatasari, 2019)

2.1.2 Klasifikasi Kegawatdaruratan Mata

Berdasarkan konsep penanganan masalah gawat darurat maka kegawatdaruratan mata dapat dikelompokkan menjadi beberapa keadaan:

1. Sight threatening condition (sangat gawat).

Dalam situasi ini mata akan mengalami kebutaan atau cacat yang menetap dengan penurunan penglihatan yang berat dalam waktu beberapa detik sampai beberapa menit saja bila tidak segera mendapatkan pertolongan yang tepat. Adapun keadaan atau kondisi pasien yang termasuk di dalam kategori ini adalah luka bakar kimia (luka bakar karena alkali/basa dan luka bakar asam).

2. Mayor condition (gawat).

Dalam situasi ini pertolongan harus diberikan tetapi dengan batasan waktu yang lebih longgar, dapat beberapa jam sampai beberapa hari. Bila pertolongan tidak diberikan maka penderita akan mengalami hal yang sama seperti disebutkan pada sight threatening condition.

3. Monitor condition (semi gawat).

Keadaan atau kondisi pasien memerlukan pengobatan yang harus sudah diberikan dalam waktu beberapa hari atau minggu bila terabaikan pasien mungkin dapat masuk kedalam keadaan “Mayor Condition”.

(Sidarta Ilyas ed 3, 2008).

2.1.3 Etiologi Kegawatdaruratan Mata

Kegawatdaruratan mata dapat terjadi karena dua hal :

- 1) Tidak ada hubungannya dengan trauma mata, seperti:
 - a. Glaukoma akut,
 - b. Ulkus kornea,
 - c. Konjungtivitis gonore,
 - d. Uveitis anterior,
 - e. Ablasio retina,
 - f. Retinoblastoma,
 - g. Oklusi arteria sentralis retina,
 - h. Selulitis orbita, dan
 - i. Endoftalmitis.

- 2) Disebabkan trauma

Ada dua macam trauma yang dapat mempengaruhi mata, yaitu:

- a. Trauma langsung terhadap mata, yaitu
 - i. Trauma Mekanik (trauma tajam. trauma tumpul, trauma ledakan/tembakan)
 - ii. Trauma Non-Mekanik (trauma kimia, trauma termik, trauma radiasi)
- b. Trauma tidak langsung, dengan akibat pada mata yaitu:
 - i. trauma kepala dengan kebutaan mendadak,
 - ii. trauma dada dengan akibat kelainan pada retina (Sidarta Ilyas ed 3, 2008).

2.1.4 Manifestasi Klinik Kegawatdaruratan Mata

Adapun manifestasi klinisnya adalah sebagai berikut:

- a. Lebam,
- b. Edema,
- c. Nyeri,
- d. Lakrimasi,
- e. Adanya benda asing,
- f. Pupil bergeser (TIO meningkat),
- g. Adanya zat kimia, dan
- h. Perubahan visus

(Sidarta Ilyas ed 3, 2008).

2.2 Non Trauma Mata

2.2.1 Glaukoma Akut

Glaukoma akut merupakan salah satu glaucoma sudut tertutup primer. Glaucoma akut adalah suatu kondisi dimana terjadi aposisi iris terdorong atau menonjol kedepan mata outflow humor akuos akan terhambat, keadaan ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan intraocular. Jika penutupan sudut terjadi secara mendadak maka gejala yang ditimbulkan sangat berat seperti: nyeri pada mata, sakit kepala, pandangan kabur, haloe, mual, dan muntah. (American Academy of Ophthalmology, 2005-2006)

Di dalam bola mata sebelah depan terdapat apa yang disebut dengan bilik mata depan. Bilik mata depan merupakan

ruangan di dalam mata yang dibatasi kornea, iris, pupil, dan lensa yang diisi oleh cairan mata (akuos humor). Cairan mata (akuos humor) mengatur oksigen dan makanan seperti : gula dan nutrient/zat gizi penting lainnya untuk kornea dan lensa. Cairan mata (akuos humor) mempunyai kapasitas isi tertentu untuk mempertahankan bola mata agar menjadi bulat. Cairan mata (akuos humor) dihasilkan oleh jonjot badan siliar yang terletak di belakang iris. Melalui celah iris dan lensa, cairan mata (akuos humor) keluar melalui pupil dan terus ke bilik mata depan. Setelah itu, melalui jaring trabekulum cairan mata (akuos humor) masuk ke dalam saluran yang disebut kanal Schlemm menuju ke pembuluh darah. Normalnya antara produksi cairan mata (akuos humor). Jika aliran keluaranya terhambat atau produksinya berlebihan, maka tekanan bola mata akan meninggi (cairan akuos humor tidak sama dengan air mata) (Sidarta Ilyas ed 2, 2001).

Manifestasi klinis yang ditimbulkan yaitu mata merah, fotofobia, penglihatan menurun disertai secret, terdapat penipisan kornea, lipatan descement, suar, hipopion, hifema, dan sinekia posterior

Hanya pembedahan yang dapat mengobati glaukoma sudut tertutup akut. Tindakan pembedahan harus dilakukan pada mata dengan glaukoma sudut tertutup akut karena serangan dapat berulang kembali pada suatu saat (Sidarta Ilyas ed 5, 2018).

2.2.2 Ulkus Kornea

Ulkus kornea merupakan peradangan kornea yang diikuti kerusakan lapisan kornea, kerusakan dimulai dari lapisan epitel. Terbentuknya ulkus pada kornea mungkin banyak ditemukan oleh adanya kolagenase oleh sel epitel baru dan sel radang. Dikenal 2 bentuk ulkus pada kornea yaitu sentral dan marginal. (Sidarta Ilyas ed 5, 2018)

Ulkus kornea dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, jamur, dan akantamuba.

- a. Bakteri : Kuman yang murni dapat menyebabkan ulkus kornea adalah streptokokus pneumoniae, sedangkan bakteri lain menimbulkan ulkus kornea melalui faktor-faktor pencetus diatas.
- b. Virus : herpes simplek, zooster, variola.
- c. Jamur : golongan kandida, fusarium, aspergillus, sefalosporium
- d. Reaksi hipersensifitas : Reaksi terhadap stapilokokus (ulkus marginal), TBC (keratokonjungtivitis flikten), alergen tak diketahui (ulkus cincin) (Suwono, 2007).

Manifestasi klinik dari ulkus kornea adalah adanya mata merah, fotofobia, penglihatan menurun, disertai secret, terdapat penipisan kornea, lipatan descement, reaksi jaringan uvea (akibat gangguan vaskularisasi iris), hipopion, hifema, sinekia posterior (Sidarta Ilyas, 2005).

Pengobatan umumnya untuk ulkus kornea adalah dengan sikloplegik, antibiotika yang sesuai topical dan konjungtiva, dan pasien dirawat bila mengancam perforasi, pasien tidak dapat memberi obat sendiri, tidak terdapat reaksi obat, dan perlunya obat sistemik.

Pengobatan pada ulkus korea bertujuan menghalangi hidupnya bakteri dengan antibiotika, dan mengurangi reaksi radang dengan steroid. Secara umum, ulkus diobati sebagai berikut:

- a. Tidak boleh dibebat, karena akan menaikkan suhu sehingga akan berfungsi sebagai incubator.
- b. Secret yang terbentuk dibersihkan 4 kali satu hari.
- c. Kemungkinan terjadinya glaucoma sekunder.
- d. Debridement sangat membantu penyembuhan.
- e. Antibiotika yang sesuai dengan kausa. Biasanya diberi local kecuali keadaan berat.

Pengobatan dihentikan bila sudah terjadi epitelisasi dan mata terlihat tenang, kecuali bila penyebabnya pseudomonas yang memerlukan pengobatan ditambah 1-2 minggu.

Dilakukan pembedahan atau keratoplasti apabila:

- f. Pengobatan tidak sembuh.
- g. Terjadi jaringan perut yang mengganggu penglihatan.

(Sidarta Ilyas ed 5, 2018)

2.2.3 Konjungtivitis Gonore

Konjungtivitis gonore merupakan radang konjungtiva akut yang hebat yang disertai dengan secret purulen. Gonokok merupakan kuman yang sangat pathogen, virulen, dan bersifat invasive sehingga reaksi radang terhadap kuman ini sangat berat. Penyebab kelamin yang disebabkan oleh gonore merupakan penyakit yang tersebar luas di seluruh dunia secara endemik. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

Pada neonates infeksi konjungtiva terjadi pada saat berada pada jalan kelahiran, sedang pada bayi penyakit ini ditularkan oleh ibu yang sedang menderita penyakit tersebut. Pada orang dewasa penyakit ini didapatkan dari penularan penyakit jenis kelamin. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

Penyebab dari oftalmia neonatorum yang paling berbahaya adalah bakteri *Neisseria gonorrhoeae* yang merupakan bakteri diplokokus intraselular gram negatif. Diagnosis pasti penyakit ini adalah pemeriksaan secret dengan pewarnaan metilen biru dimana akan terlihat diplokokdi dalam sel leukosit. Dengan pewarnaan Gram akan terdapat sel intraseluler atau ekstraselular dengan sifat Gram negative.

Antibiotic sistemik diberikan sesuai dengan pengobatan gonokok. Pengobatan biasanya dengan perawatan di Rumah Sakit dengan terisolasi, dibersihkan dengan garam fisiologis, penisilin sodium G 100.000 unit/ml, eritromisin topical, dan penisilin 4,8

juta unit dibagi 2 kali sistemik. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

2.2.4 Uveitis Anterior (Iridosiklitis)

Uveitis anterior adalah peradangan mengenai iris dan jaringan badan siliar (iridosiklitis) biasanya unilateral dengan onset akut. Iritis dan iridosiklitis dapat merupakan suatu manifestasi klinik reaksi imunologik terlambat, dini atau sel mediated terhadap jaringan uvea anterior. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

Penyebab uveitis anterior akut dibedakan dalam bentuk nongranulomatosa dan granulomatosa akut-kronik. Penyebabnya dapat trauma, diare kronis, penyakit Reiter, herpes simpleks, sindrom Bechet, sindrom Posner Schlosman, pascabedah, infeksi adenovirus, parotis, influenza, dan klamidia. Nongranulomatosa kronis dapat disebabkan artritis rheumatoid, dan Fuchs heterokromik iridosiklitis. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

Tanda-tanda adanya uveitis anterior adalah injeksi siliar, keratic precipitate (KP), nodul iris, sel-sel akuos, flare, sinekia posterior, dan sel-sel vitreus anterior. Gejala uveitis anterior akut adalah fotofobia, nyeri, merah, penglihatan menurun, dan lakrimasi. Sedangkan pada uveitis anterior kronik mata terlihat putih, dan gejala minimal meskipun telah terjadi inflamasi yang berat. (Kanski JJ, ed.3,1994)

Diperlukan pengobatan segera untuk mencegah kebutaan. Pengobatan pada uveitis anterior adalah dengan steroid yang

diberikan pada siang hari dan malam hari bentuk salep. Steroid sistemik bila perlu diberikan dalam dosis tunggal selang sehari yang tinggi dan kemudian diturunkan sampai dosis efektif. Steroid dapat juga diberikan subkonjungtiva dan peribulbar. Pemberian steroid untuk jangka lama dibagi dapat mengakibatkan timbulnya katarak, glaucoma dan midriasis pada pupil. Sikloplegik diberikan untuk mengurangi rasa sakit, melepas sinekia yang terjadi, memberi istirahat pada iris yang meradang. Pengobatan spesifik diberikan bila kuman penyebab diketahui. (Sidarta Ilyas ed.5, 2018)

2.2.5 Ablasio Retina

Ablasio retina (retinal detachment) merupakan suatu keadaan terpisahnya sel kerucut dan batang dari sel epitel pigmen retina. Pada keadaan ini sel epitel pigmen masih melekat erat dengan membrane Brunch. Antara sel kerucut dan sel batang retina tidak terdapat suatu perlekatan structural dengan koroid atau pigmen epitel, sehingga merupakan titik lemah yang potensial untuk lepas secara embriologis. (Sidarta Ilyas, ed.5. 2018).

Secara umum terdapat tiga jenis ablasio retina, yaitu:

1. Rhegmatogen: terpisahnya lapisan neurosensori retina dari lapisan epitel pigmen retina dibawahnya sebagai akibat adanya robekan pada retina, dan hal ini menyebabkan terakumulasinya cairan dalam

rongga subretina. Ablasio retina regmatogen merupakan kondisi patologis yang berpotensi menyebabkan kebutaan dan merupakan salah satu kondisi kegawatdaruratan di mata (Mitry, et al., 2010; Put, et al., 2013).

2. Traksional: terjadi karena adanya kontraksi membrane vitreoretinal atau tarikan tanpa adanya robekan retina sebelumnya.
3. Eksudatif: terjadi karena adanya cairan subretina yang berasal dari pembuluh darah retina neurosensoris, koroid, atau keduanya (Kapita selekta ed 4. 2014).

Trauma diduga merupakan pencetus untuk terlepasnya retina dari koroid pada penderita ablasi retina. Biasanya pasien telah mempunyai bakat untuk terjadinya ablasi retina ini seperti retina tipis akibat retinitis semata, myopia, dan proses degenerasi retina lainnya. Pada pasien akan terdapat keluhan seperti adanya selaput yang seperti tabir mengganggu lapang pandangnya. Bila terkena atau tertutup daerah macula maka tajam penglihatan akan menurun. Pada pemeriksaan funduskopi akan terlihat retina yang berwarna abu-abu dengan pembuluh darah yang terlihat terangkat dan berkelok-kelok. Kadang-kadang terlihat pembuluh darah seperti yang terputus-putus. Pada pasien dengan ablasi retina maka secepatnya dirawat untuk dilakukan pembedahan oleh dokter mata

(Sidarta Ilyas, ed.5. 2018).

2.2.6 Retinoblastoma

Retinoblastoma didefinisikan sebagai tumor ganas intraokuler primer yang berasal dari sel neuroepitel retinoblast. Retinoblastoma timbul pada tahun pertama setelah lahir karena sel neuroepitel retina biasanya tidak cenderung menjadi retinoblastoma ketika sel-sel tersebut menjadi dewasa. Kadangkala retinoblastoma terdeteksi sejak lahir, bahkan dapat diidentifikasi melalui *prenatal imaging* (Vaughan & Asbury, 2011).

Retinoblastoma dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Lateralisasi Tumor

Berdasarkan pembagian retinoblastoma dari letak lateralisasinya. Retinoblastoma dapat terbagi atas unilateral dan bilateral.

1. Tumor unilateral dapat didefinisikan sebagai tumor baik tunggal maupun lebih yang muncul pada salah satu mata pasien. Median usia pada pasien retinoblastoma tumor unilateral adalah 23 bulan. Pada pasien dengan tumor unifocal unilateral, kemungkinan besar pasien tersebut mengidap retinoblastoma non herediter. Pada pasien dengan tumor multifocal unilateral memungkinkan terkena retinoblastoma herediter (Lanzkowsky, 2016).

2. Tumor bilateral dapat didefinisikan sebagai tumor baik tunggal maupun lebih yang muncul pada kedua mata pasien. Tumor bilateral diperkirakan terjadi pada pasien retinoblastoma herediter, bahkan jika riwayat keluarga positif retinoblastoma. Tumor tersebut hampir selalu muncul pada anak usia 2 tahun dan biasanya terjadi pada tahun pertama kelahiran (Lanzkowsky, 2016).
3. Retinoblastoma trilateral merupakan gabungan dari retinoblastoma unilateral serta bilateral dan dikaitkan dengan primitive neuroectodermal tumor (PNET) garis tengah intrakranial, dimana muncul di kelenjar pineal (Rodjan, 2012).

b. Fokalitas

Jika tumor unifokal muncul, maka tumor tersebut disimpulkan sebagai retinoblastoma nonherediter. Jika tumor multifokal muncul pada salah satu atau kedua mata, maka pasien tersebut mengidap mutasi gen RB1 (Lanzkowsky, 2016).

Leukokoria merupakan gambaran klinis umum pada retinoblastoma, diikuti dengan strabismus, kebutaan, nyeri dan pandangan kabur. Gambaran klinis pada retinoblastoma bergantung kepada stadium dari penyakit itu sendiri (Pandey, 2013).

Red reflex testing dengan ophthalmoskopi direk merupakan pemeriksaan deteksi dini retinoblastoma yang mudah diaplikasikan dalam komunitas (Kanski, 2016). Pemeriksaan juga dapat dilakukan dengan anestesi umum. Setelah dilakukan anestesi umum, evaluasi bagian anterior mata (kornea, lorong anterior, dan iris) dengan menggunakan binocular handheld slit lamp microscope. Kemudian dilanjutkan dengan ophthalmoskopi indirek dengan keadaan pupil dilatasi maksimal (Mehta, 2012).

Penatalaksanaan pada pasien retinoblastoma ditentukan oleh ukuran dan lokasi tumor, serta apakah anak tersebut herediter atau non herediter. Tujuan primer dari terapi selalu kesembuhan pasien; tujuan sekunder dari terapi adalah menjaga penglihatan dan mata itu sendiri. Dengan metode pengobatan kemoterapi sistemik muncul, enukleasi dan radioterapi mulai jarang dilakukan (Nelson 2011).

2.2.7 Oklusi Arteri Retina Sentral

Oklusi arteri retina sentral merupakan suatu keadaan gawat darurat mata yang dapat menyebabkan kebutaan bila tidak ditangani dengan segera. Kelainan ini sering menyerang orang dewasa yang berusia rata-rata 60 tahun dan berhubungan erat dengan penyakit sistemik seperti hipertensi, kelainan jantung dan pembuluh darah, diabetes mellitus, dan giant cell arteritis.

Sumbatan pada arteri retina sentral dapat terjadi akibat emboli, thrombus, plakaterosklerotik, spasme dan inflamasi. Penderita mengeluh penurunan penglihatan yang tiba-tiba, dengan gambaran fundus retina berwarna pucat dan cherry red spot di macula. Penatalaksanaannya disarankan dalam waktu 24 jam sejak timbul gejala dan melibatkan disiplin ilmu lain seperti internis dan kardiologi. Metode terapi meliputi pemijatan bola mata, para sintesis bilik mata depan, pemakaian obat penurun tekanan bola mata, dan terapi hiperbarik. Prognosis penglihatan oklusi arteri retina sentral masih buruk, yang berkaitan dengan lamanya sumbatan (Syaiful Basri, 2014).

Penyebab oklusi arteri retina sentral diantaranya emboli, trombosis, vaskulitis, spasme pembuluh darah, dan nekrosis arterial hipertensif. 16 (Foroozan R, 2002). Pasien dengan oklusi arteri retina sentral mengalami penurunan tajam penglihatan secara tiba-tiba tanpa disertai rasa sakit dan memburuk dalam waktu singkat.

2.2.8 Selulitis Orbita

Selulitis orbita adalah infeksi aktif jaringan lunak orbita yang terletak posterior dari septum orbita. Lebih dari 90% kasus selulitis orbita terjadi akibat kasus sekunder karena sinusitis bakterial akut atau kronis. Gambaran klinisnya antara lain demam (lebih dari 75% kasus disertai leukositosis), proptosis, kemosis,

hambatan pergerakan bola mata dan nyeri pergerakan bola mata. Keterlambatan pengobatan akan mengakibatkan progresifitas dari infeksi dan timbulnya sindroma apeks orbita atau trombosis sinus kavernosus. Komplikasi yang terjadi antara lain kebutaan, kelumpuhan saraf kranial, abses otak, dan bahkan dapat terjadi kematian (Kersten RC, et al, 2005).

Penyebab dan faktor predisposisi selulitis orbita antara lain sinusitis, trauma okuli, riwayat operasi, dakriosistitis, sisa benda asing di mata dan periorbita, infeksi gigi (odontogen), tumor orbita atau intraokuler, serta endoftalmitis (Kersten RC, et al, 2005) (Chaudhry IA, et al, 2007).

Kasus selulitis orbita dengan endoftalmitis atau panoftalmitis merupakan kasus jarang. Kasus ini biasanya terjadi pasca operasi serta penyebab endogen biasanya Riyanto, dkk.: Orbital Sellulitis and Endophthalmitis 29 dihubungkan dengan kasus endokarditis dan blastomikosis pada paru. Prognosis visus buruk dan terapi hanya ditujukan untuk *life saving* (Maccheron LJ, et al, 2004).

2.2.9 Endoftalmitis

Endoftalmitis merupakan peradangan berat dalam bola mata, akibat infeksi setelah trauma atau bedah, atau endogen akibat sepsis. Berbentuk radang supuratif di dalam rongga mata dan struktur di dalamnya. Peradangan supuratif di dalam badan kaca.

Penyebab endoftalmitis supuratif adalah kuman dan jamur yang masuk Bersama trauma tembus (eksogen) atau sistemik melalui peredaran darah (endogen). (Sidarta Ilyas ed 5, 2018)

Endoftalmitis eksogen dapat terjadi akibat trauma tembus atau infeksi sekunder pada tindakan pembedahan yang membuka bola mata. Endoftalmitis endogen terjadi akibat penyebaran bakteri, jamur, ataupun parasit dari focus infeksi di dalam tubuh. Bakteri yang sering merupakan penyebab adalah stafilokok, streptokok, pneumokok, pseudomonas, bacillus species. (Sidarta Ilyas ed 5, 2018)

Peradangan yang disebabkan bakteri akan memberikan gambaran klinik rasa sakit yang sangat, kelopak merah dan bengkak, kelopak sukar dibuka, konjungtiva kemotik dan merah, kornea keruh, bilik mata keruh yang kadang-kadang disertai hipopion. (Sidarta Ilyas ed 5, 2018)

2.3 Trauma Mata

2.3.1 Trauma Mekanik

2.3.1.1 Trauma Palpebra

a. Hematom Periokular

Mata hitam, mengandung hematom (koleksi fokal dari darah) dan/atau ekimosis periocular (memar menyebar) dan edema (Bowling, 2016).

b. Laserasi

Adanya laserasi palpebra, walaupun tidak signifikan, memerlukan eksplorasi luka dan eksaminasi bola mata dan struktur adneksa (Bowling, 2016). Cedera yang melibatkan kelopak mata dan daerah periorbita umumnya terjadi setelah trauma tumpul atau penetrasi pada wajah. Luka tersebut dapat bervariasi dari lecet kulit sederhana sampai kasus yang lebih kompleks yang menyebabkan kehilangan jaringan yang luas serta fraktur tulang-tulang wajah (Jeffrey P, 2009).

2.3.1.2 Trauma Orbita

a. Fraktur Orbita

Fraktur orbita sering terjadi pada trauma wajah. Fraktur maksila diklasifikasikan berdasarkan system Le Fort: Tipe I di bawah dasar orbita; Tipe II melewati os nasale dan os lacrimale selain ke maksila yang membentuk dasar orbita medial dan Tipe III yang mengenai dinding medial, lateral dan dasar orbita, disertai pemisahan rangka wajah dari cranium. Fraktur atap orbita jarang terjadi (Augsburger & Asbury, 2015).

b. Perdarahan Orbita

Perdarahan orbita (retrobulbar) sangat penting karena resiko yang berhubungan dengan sindrom kompartemen orbita akut dengan neuropati optic kompresif dan dapat menyebabkan kebutaan ireversibel mata yang terkena pada kasus parah

(Bowling, 2016).

2.2.1.3 Trauma Bola Mata Tertutup

a. Trauma Tumpul

1. Kontusio merupakan trauma bola mata tertutup hasil dari trauma tumpul (Bowling, 2016).

2. Kornea

Edema kornea akut dapat berkembang dari trauma tumpul, sekunder sampai fokal atau disfungsi difus dari endotel dan kadang mendasari abrasi besar sehingga kornea bisa menjadi keruh dan penglihatan akan menurun (Bowling, 2016). Bila kekeruhan terletak pada sumbu penglihatan kadang-kadang diperlukan tindakan pembedahan. Jaringan intraocular sukar dilihat akibat kekeruhan kornea yang mengalami edema. Pengobatan pada edema kornea adalah dengan memberikan larutan hiperosmotik (Webb, 2004).

3. Kamera Okuli Anterior

Hifema yaitu pecahnya pembuluh darah di bilik mata depan, darah dalam kamera okuli anterior. Keadaan ini dapat mikroskopik

atau membentuk suatu level, yang tingginya diukur dalam millimeter, atau dapat mengenai seluruh bola hitam. Menyebabkan nyeri dan penglihatan kabur (Olver & Cassidy, 2011).

Uvea

Pupil. Iris sesaat dapat tertekan menuju permukaan anterior lensa tergantung pada kuatnya gaya anteroposterior, dengan menyebabkan membekasnya pigmen dari margin pupil (Bowling, 2016).

Iris. Dapat terjadi iritis traumatic yang ditandai dengan sel-sel putih dan kemerahan pada kamera okuli anterior (Olver & Cassidy, 2011) Dapat juga terjadi iridodialisis yaitu pecahnya iris dari badan siliaris sebagai akarnya. Pupil biasanya berbentuk D dan dialisisnya terlihat sebagai area bikonveks dekat limbus (Bowling, 2016).

4. Lensa

Katarak merupakan kekeruhan pada lensa. Formasi katarak merupakan akibat umum dari trauma tumpul. Pada trauma tumpul

akan terlihat katarak subcapsular anterior ataupun posterior. Kontusio lensa menimbulkan katarak seperti bintang, dan dapat pula dalam bentuk katarak tercetak (*imprinting*) yang disebut cincin Vossius (Ilyas, 2015).

Subluksasi lensa terjadi akibat putusya sebagian zonula Zinn sehingga lensa berpindah tempat. Subluksasi ini akan memberikan gambaran pada iris berupa iridodonesis (Ilyas, 2015).

Dislokasi yang diakibatkan oleh ruptur 360 derajat serat zonular merupakan kasus langka (Bowling, 2016).

5. Badan Siliaris

Cyclodialysis lepasnya serat otot siliaris meridional dari taji skelera.

6. Korpus Vitreus

Perdarahan vitreus paling sering bersamaan dengan ablasio vitreus posterior. Sel pigmen dapat terlihat mengambang di vitreus anterior (Bowling, 2016).

7. Retina

Memar retina (Comotio Retina)

disebabkan oleh benturan keras dari retina sensoris hasil dari pembengkakan berawan yang memberikan area yang terkena Nampak abu-abu. Paling sering mengenai fundus temporal (Bowling, 2016).

b. Trauma Tajam

1. Laserasi Lateral Merupakan laserasi (robekan) parsial pada dinding orbita.

(i) Kornea, abrasi kornea melibatkan penembusan epitel. Robekan membrane descemet yang biasanya vertical dan paling sering pada trauma lahir (Bowling, 2016).

(ii) Retina, ablasio retina. Trauma bertanggungjawab atas 10% kasus ablasio retina dan paling sering pada anak-anak, terutama lelaki (Bowling, 2016).

2.2.1.4 Trauma Bola Mata Terbuka

a. Trauma Tumpul

1. Ruptur

Merupakan luka ketebalan penuh disebabkan oleh trauma tumpul. Bola mata memberi jalur pada poin terlemahnya, berarti tidak harus pada lokasi yang terkena. Prognosis tidak baik apabila tingkat visual awal adalah persepsi cahaya atau lebih rendah. Ruptur biasanya

anterior, pada sekitar kanalis Schlemm, dengan prolapse struktur seperti lensa, iris, badan siliaris dan vitreus; rupture anterior dapat tertutupi perdarahan lusas subkonjungtiva (Bowling, 2016).

b. Trauma Tajam

a. Penetrasi dan Perforasi

Penetrasi adalah luka ketebalan penuh pada mata dikarenakan obyek tajam sedangkan perforasi adalah dua luka ketebalan penuh (satu masuk dan satu keluar) pada mata disebabkan oleh obyek tajam atau peluru.

Efek dari trauma penetrasi/perforasi :

a. Efek mekanik atau perubahan fisik

i. Konjungtiva

Sering terkena dan berhubungan dengan perdarahan subkonjungtiva.

ii. Kornea

Non-komplikasi : Tidak berhubungan dengan prolaps isi intraocular. Margin luka membengkak dan menyebabkan penutupan otomatis dan restorasi bilik mata depan.

Komplikasi : Berhubungan dengan prolaps iris, terkadang lensa dan vitreus juga terkena (Khurana, 2007).

b. Pembukaan untuk infeksi

Kadang organisme pyogenik masuk ke mata pada trauma perforasi, berkembang baik di dalam mata dan menyebabkan berbagai tingkat infeksi tergantung virulensi dan mekanisme defensif dari host

c. Iridosiklitis traumatik

Sering terjadi dan jika tidak di rawat dengan baik dapat menyebabkan kerusakan parah

d. Ophtalmitis simpatis

Sangat jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi terberat dari trauma perforasi.

Penetrasi sebagian besar menyebabkan penurunan penglihatan yang mencolok tetapi trauma akibat partikel kecil berkecepatan tinggi yang dihasilkan oleh tindakan menggerinda atau memalu mungkin hanya menimbulkan nyeri ringan dan kaburnya penglihatan. Tanda-tanda lainnya adalah laserasi konjungtiva, bilik mata depan dangkal, hifema atau perdarahan vitreus (Augsburger & Asbury, 2015).

b. Benda Asing Intraokular

Benda asing yang sering bertanggungjawab atas trauma berupa potongan kecil besi dan baja, partikel kaca, proyektil, tembaga, aluminium, plastik dan kayu (Khurana, 2007). Keluhan rasa tidak enak atau penglihatan kabur pada suatu mata dengan riwayat benturan antar logam, ledakan

atau trauma proyektil berkecepatan tinggi seharusnya memberi kecurigaan benda asing intraocular. Upaya visualisasi benda asing intraocular harus dilakukan dengan oftalmoskopi langsung atau tidak langsung. Benda asing yang telah diidentifikasi dan diketahui lokasinya harus dikeluarkan kapanpun memungkinkan (Augsburger & Asbury, 2015).

2.3.2 Trauma Non-Mekanik

2.3.2.1 Trauma Kimia

Secara umum, luka bakar kimia yang serius terutama terdiri dari luka bakar alkali dan asam.

a. Luka Bakar Alkali

Luka bakar alkali termasuk di antara trauma kimia paling parah yang di ketahui dokter mata. Alkali umum yang bertanggung jawab untuk luka bakar adalah : jeruk nipis, potassium kausatik, soda api dan ammonia cair (paling berbahaya)

Mekanisme kerusakan yang dihasilkan oleh alkali meliputi:

1. Alkalisasi memisahkan dan mensaponifikasi asam lemak membrane sel dan menghancurkan struktur membran sel pada jaringan.
2. Menjadi higroskopis, mengestruk air dan sel, factor

yang berkontribusi pada total nekrosis.

3. Mereka bergabung dengan sel lipid untuk membentuk komponen larut air, yang menghasilkan kondisi pelunakan dan gelatinase (Khurana, 2007).

b. Luka Bakar Asam

Luka bakar asam kurang serius daripada luka bakar alkali. Umumnya asam-asam yang bertanggung jawab untuk luka bakar adalah: asam sulfat, asam klorida dan asam nitrat.

Efek kimia. Asam kuat menyebabkan koagulasi instan dari semua protein yang kemudian bertindak sebagai penghalang dan mencegah penetrasi asam ke dalam jaringan. Dengan demikian, lesi menjadi sangat jelas.

c. Lesi Okular

1. Kongjungtiva, terjadi nekrosis langsung diikuti dengan pengelupasan.
2. Kornea. Tingkat kerusakan tergantung pada konsentrasi asam dan durasi kontak. Pada kasus yang parah, seluruh kornea dapat keluar dan diikuti oleh pembentukan staphyloma (Khurana, 2007).

2.3.2.2 Trauma Termal

Trauma termal biasanya disebabkan oleh api, atau cairan panas. Beban utama terletak pada kelopak mata.

Kongjungtiva dan kornea dapat terpengaruh pada kasus yang parah.

2.3.2.3 Trauma Listrik

Bagian arus listrik yang kuat dari area mata dapat menyebabkan lesi berikut:

- d. Kongjungtiva menjadi padat
- e. Interstisial kornea yang membusuk atau berdifusi
- f. Iris dan korpus siliaris meradang
- g. Lensa bisa mengembangkan “katarak listrik” setelah 2-4 bulan kecelakaan
- h. Retina terjadi banyak perdarahan
- i. Pada saraf optic dapat terjadi neuritis

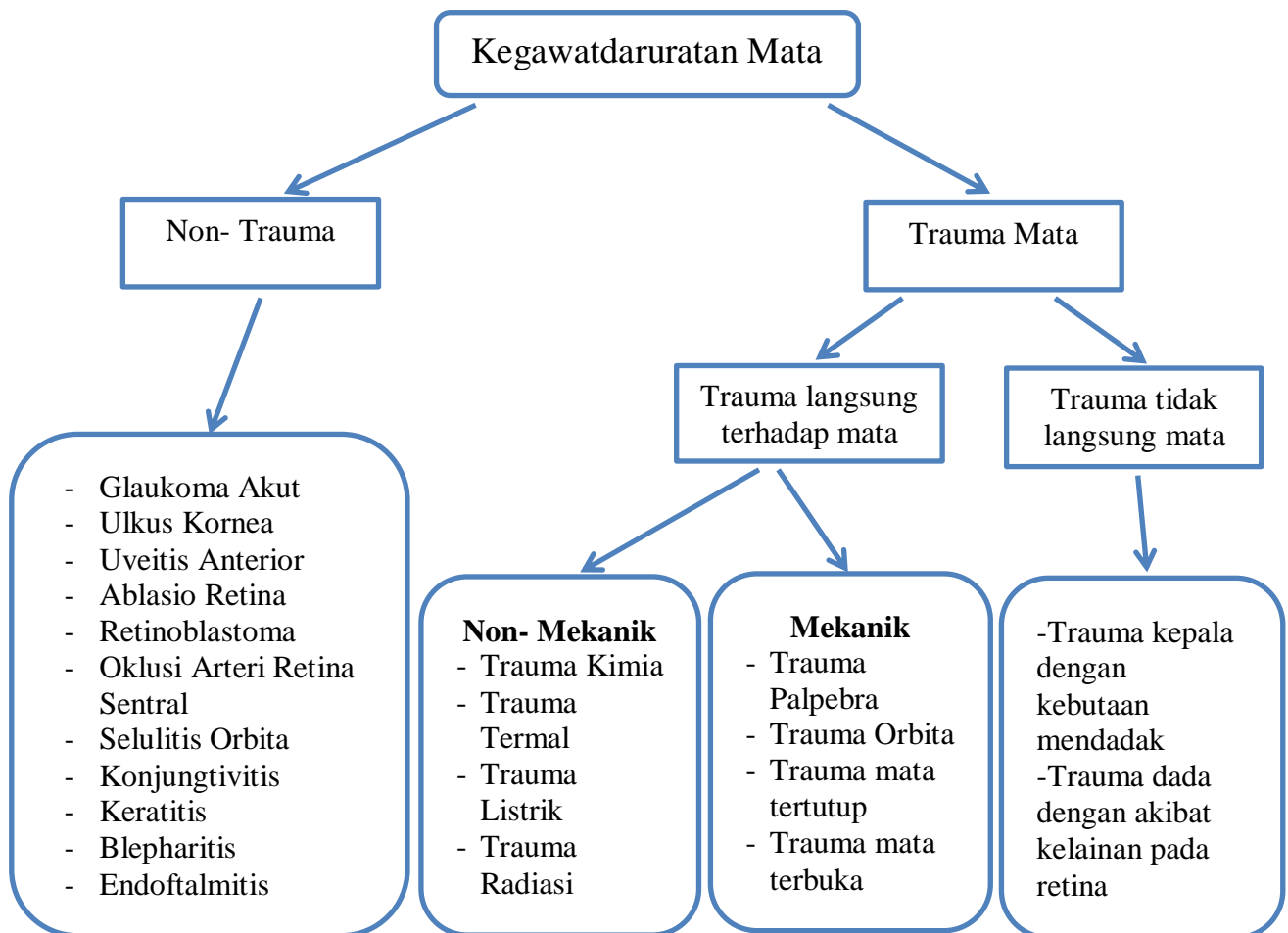
2.3.2.4 Trauma Radiasi

1. Radiasi ultraviolet. Hal ini dapat menyebabkan (i) foto-oftalmia dan (ii) katarak senilis
2. Radiasi inframerah. Ini dapat menyebabkan luka bakar solar macular
3. Ionisasi luka radiasi. Ini disebabkan radioterapi berikut ke tumor di sekitar mata. Lesi ocular yang umum meliputi (i) radiasi keratokongjungtivitis, (ii) dermatitis radiasi kelopak mata dan (iii) katarak radiasi (Khurana, 2007).

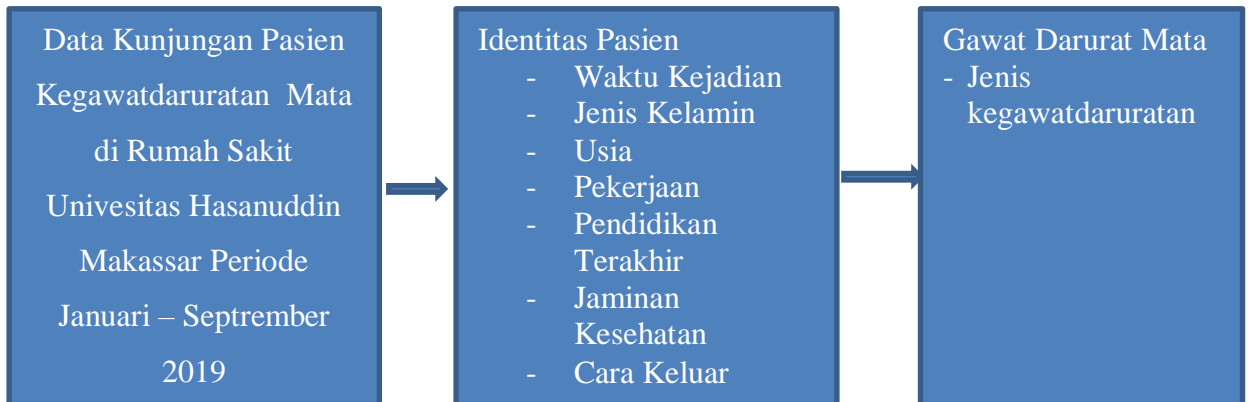
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Klasifikasi



3.2 Kerangka Konsep



3.3 Definisi Operasional

a. Waktu Kejadian

1. Definisi : Waktu kejadian merupakan waktu (dalam satuan bulan) terjadinya trauma mata pada bulan Januari – September 2019.
2. Cara ukur : dengan mencatat variable waktu kejadian sesuai yang tercantum di rekam medik.
3. Hasil ukur :
 - a) Januari
 - b) Februari
 - c) Maret
 - d) April
 - e) Mei
 - f) Juni
 - g) Juli
 - h) Agustus
 - i) September

b. Jenis Kelamin

1. Definisi : Perbedaan jenis kelamin berdasarkan organ genitalia
2. Alat ukur : Rekam medik
3. Cara ukur: Mencatat variabel jenis kelamin sesuai yang tercantum dalam rekam medik
4. Hasil ukur :
 - a) Perempuan
 - b) Laki-laki

c. Usia

1. Definisi : Lamanya penderita hidup, sejak dilahirkan sampai tanggal pencatatan rekam mediknya. Satuan yang digunakan adalah tahun
2. Alat ukur : Rekam medik
3. Cara ukur : Mencatat variabel umur sesuai yang tercantum dalam rekam medik menurut Depkes RI (2009).
4. Hasil ukur :
 - i. Balita (0-5 tahun)
 - ii. Anak-anak (6-11 tahun)
 - iii. Remaja (12-25 tahun)
 - iv. Dewasa (26-45 tahun)
 - v. Lansia (46-65 tahun)
 - vi. Manula (>65 tahun)

d. Pekerjaan

1. Definisi : Pekerjaan aktif yang dilakukan pasien saat masuk ke Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

2. Alat ukur : Rekam medik
 3. Cara ukur: Mencatat variabel pekerjaan sesuai yang tercantum dalam rekam medik
 4. Hasil ukur :
 - i. Mahasiswa
 - ii. PNS
 - iii. Wiraswasta
 - iv. Polisi/TNI
 - v. Buruh
 - vi. Petani
 - vii. Ibu Rumah Tangga
 - viii. Tidak Bekerja
 - ix. Karyawan Swasta
- e. Pendidikan Terakhir
1. Definisi : Jenjang Pendidikan terakhir pasien kasus kegawatdaruratan mata pada saat datang ke Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
 2. Alat Ukur : Rekam Medik
 3. Cara Ukur: Mencatat variable pendidikan terakhir sesuai yang tercantum dalam rekam medik
 4. Hasil ukur :
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD/ sederajat
 - c. SMP/ sederajat
 - d. SMA/ sederajat
 - e. Diploma II
 - f. Diploma III
 - g. Diploma IV

f. Jaminan Kesehatan

1. Definisi : Jenis jaminan kesehatan pasien kasus kegawatdaruratan mata pada saat datang ke Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Alat ukur : Rekam medik
3. Cara ukur : Mencatat variabel jaminan kesehatan sesuai yang tercantum dalam rekam medik
4. Hasil ukur :
 - i. BPJS
 - ii. Jamkesmas
 - iii. Asuransi kesehatan
 - iv. Tidak ada jaminan kesehatan
 - v. Lain-lain

g. Cara Keluar

1. Definisi : Cara keluar pasien kasus kegawatdaruratan mata pada saat datang ke Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Alat ukur : Rekam medik
3. Cara ukur : Mencatat variabel cara keluar sesuai yang tercantum dalam rekam medik.
4. Hasil ukur :
 - i. Diijinkan pulang
 - ii. Lanjut rawat inap
 - iii. Dirujuk ke rumah sakit lain

h. Jenis Kegawatdaruratan

1. Definisi : Diagnosis kegawatdaruratan pasien kasus kegawatdaruratan mata pada saat datang ke UGD Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Alat ukur : Rekam medik
3. Cara ukur : Mencatat variabel diagnosis kegawatdaruratan sesuai yang tercantum dalam rekam medik.
4. Hasil ukur :
 - i. Trauma mata
 - ii. Non trauma

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain observasional deskriptif. Pada penelitian ini peneliti akan menilai profil kunjungan pada pasien kegawatdarurat mata berdasarkan waktu kejadian, usia, jenis kelamin, pekerjaan, riwayat pendidikan terakhir, jaminan kesehatan, cara keluar, dan jenis kegawatdaruratan melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar dengan melihat rekam medis pasien periode Januari - September 2019.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar. Penelitian ini telah dilakukan dalam waktu (September - Oktober 2019).

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah semua rekam medis pasien kegawatdaruratan mata yang masuk melalui Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, Sulawesi Selatan.

4.3.2 Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah rekam medis seluruh pasien kegawatdaruratan mata yang tercatat yang masuk melalui unit

gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari – September 2019 yang termasuk dalam kriteria inklusi dan tidak termasuk kriteria eksklusi.

4.3.3 Cara Pengambilan Sampel

Pada Rekam Medik untuk mendapatkan sampel yang dapat mewakili penelitian ini, menggunakan metode *total sampling* yaitu seluruh populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memiliki kriteria eksklusi.

4.4 Kriteria Sampel

4.4.1 Kriteria Inklusi

Pasien yang tercatat dalam kegawatdaruratan mata pada rekam medis yang masuk melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, Sulawesi Selatan.

4.4.2 Kriteria Eksklusi

Rekam medik yang tidak termasuk dalam data di unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, Sulawesi Selatan.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

Data rekam medis pasien kegawatdaruratan mata yang masuk melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari – September 2019.

4.6 Prosedur Penelitian

4.6.1 Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan penelitian, dilakukan kegiatan sebagai berikut :

1. Peneliti menyusun proposal penelitian.
2. Peneliti mengajukan proposal kepada pembimbing.
3. Peneliti mengusulkan perizinan berupa izin etik penelitian dan perizinan pengambilan sampel penelitian di lokasi pengambilan sampel.
4. Peneliti mempersiapkan instrument penelitian untuk pengambilan sampel penelitian.
5. Penelitian mempersiapkan alat dan bahan yang akan digunakan dalam analisis sampel penelitian.

4.6.2 Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah s ebagai berikut :

1. Peneliti mengunjungi rumah sakit yang telah ditentukan.
2. Peneliti mengumpulkan data rekam medis pasien kegawatdaruratan mata.

4.6.3 Tahap Pelaporan

Pada tahap pelaporan penelitian, dilakukan kegiatan sebagai berikut :

1. Peneliti mengumpulkan data hasil pemeriksaan.
2. Peneliti melakukan pengolahan dan penyajian data hasil penelitian.

3. Peneliti melakukan evaluasi dan pembahasan hasil data penelitian bersama pembimbing.
4. Penulis melakukan penarikan kesimpulan dan saran dari peneliti.
5. Peneliti menyusun laporan penelitian.
6. Peneliti mencetak hasil penelitian
7. Penelitian membuat publikasi penelitian.

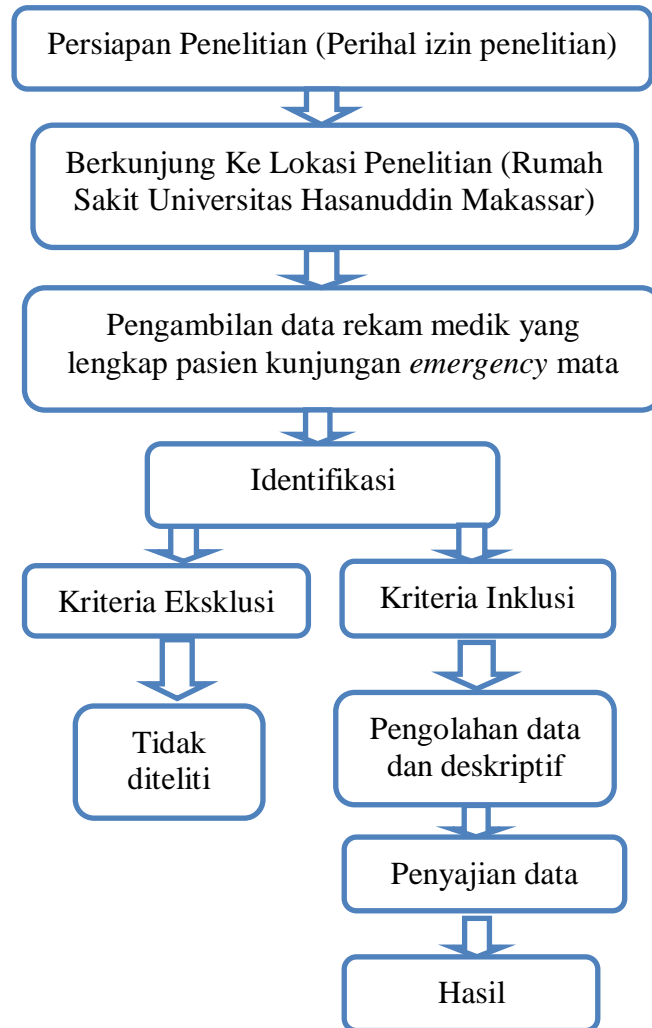
4.7 Cara Pengumpulan Data

Berdasarkan cara memperoleh data, jenis data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data sekunder, yaitu berupa rekam medis pasien kegawatdaruratan mata melalui unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar periode Januari – September 2019. Setelah itu dilakukan pencatatan langsung ke dalam table yang telah disediakan.

4.8 Pengolahan dan Penyajian Data

- 4.8.1 Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan computer memakai program *Microsoft Excel*.
- 4.8.2 Data yang telah diolah, disajikan dalam bentuk table & diagram disertai penjelasan yang disusun dalam bentuk narasi.

4.9 Alur Penelitian



4.10 Etika Penelitian

- Sebelum melakukan penelitian maka peneliti akan meminta izin secara resmi pada institusi terkait.
- Untuk menjaga kerahasiaan identitas partisipan, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data lembar tersebut hanya diberi inisial atau nomor kode tertentu.
- Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh partisipan di jamin oleh peneliti.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata yang dirawat di unit gawat darurat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar. Dari pengambilan sampel dengan terlihat pencatatan rekam medis dari pasien yang diambil secara *total sampling* dan telah melalui tahap seleksi sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, diperoleh 52 rekam medis pasien kegawatdaruratan mata yang diikutkan dalam penelitian.

Pengumpulan data berlangsung selama 2 bulan, mulai bulan September 2019 sampai Oktober 2019. Data yang diperoleh kemudian dicatat dengan bantuan *Microsoft Excel 2010*, kemudian diolah menggunakan program computer *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Data Editor Version 24*.

5.2 Analisis Hasil Penelitian

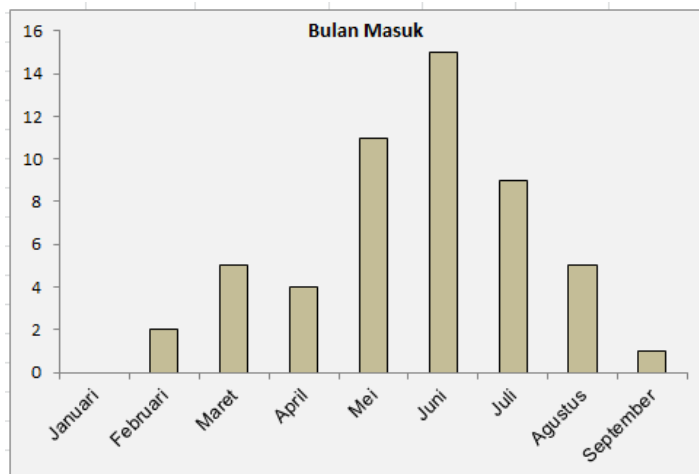
Data mengenai profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata melalui UGD di RSPTN Universitas Hasanuddin tidak digunakan uji normalitas dikarenakan jenis data adalah kategorik – kategorik sehingga di uji menggunakan statistik deskriptif, dalam hal ini didistribusikan menggunakan analisis frekuensi. Hasil pengolahan data disajikan sebagai berikut.

Tabel 1 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Waktu Kejadian (Bulan Masuk).

Waktu Kejadian	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Januari	0	0	0
Februari	2	3.8	3.8
Maret	5	9.6	13.5
April	4	7.7	21.2
Mei	11	21.2	42.3
Juni	15	28.8	71.2
Juli	9	17.3	88.5
Agustus	5	9.6	98.1
September	1	1.9	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 1 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Waktu Kejadian (Bulan Masuk).



Tabel 1 dan diagram batang menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini bulan masuk (waktu kejadian) ke unit gawat darurat sebagai berikut: untuk pasien yang masuk di bulan Januari tidak terdapat pasien, Februari terdapat

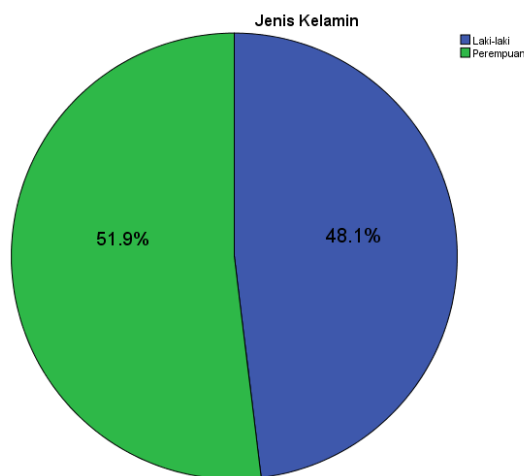
2 orang (3,8%), Maret 5 orang (9.6%), April 4 orang (7.7%), Mei 11 orang (21.2%), Juni 15 orang (28,8%), Juli 9 orang (17,3%), Agustus 5 orang (9,6%), dan September 1 orang (1,9%).

Tabel 2 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Laki-Laki	25	48.1	48.1
Perempuan	27	51.9	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 2 Rasio Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jenis Kelamin



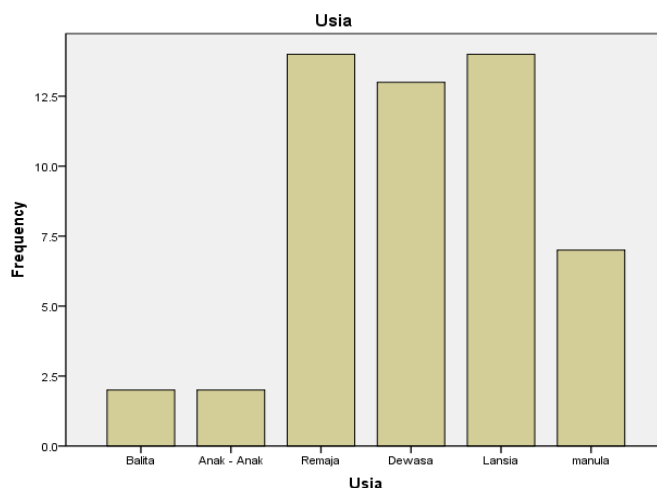
Tabel 2 dan diagram lingkaran menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini jenis kelaminnya terdistribusi sebagai berikut: laki – laki 25 orang (48.1%) dan perempuan 27 orang (51.9%).

Tabel 3 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Usia

Usia	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Balita	2	3.8	3.8
Anak - anak	2	3.8	7.6
Remaja	14	26.9	34.5
Dewasa	13	25.0	59.5
Lansia	14	26.9	86.4
Manula	7	13.5	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 3 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Usia



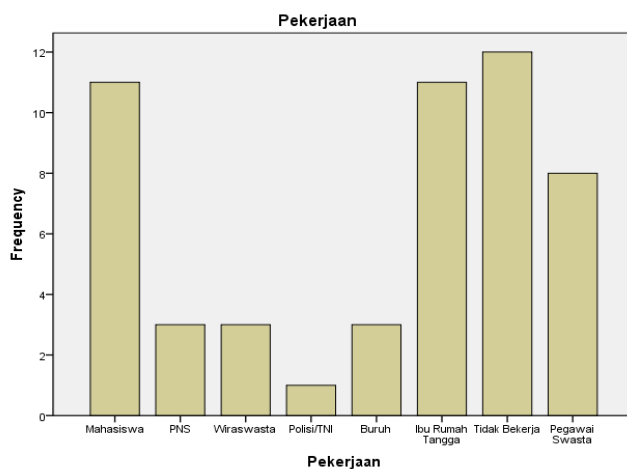
Tabel 3 dan diagram batang menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini usia terdistribusi sebagai berikut: balita 0-5 tahun 2 orang (3.8%), anak – anak 6-11 tahun 2 orang (3.8%), remaja 12-25 tahun 14 orang (26.9%), dewasa 26-45 tahun 13 orang (25%), lansia 46-65 14 orang (26.9%), dan manula >65 tahun 7 orang (13.5%).

Tabel 4 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Mahasiswa	11	21.2	21.2
PNS	3	5.8	26.9
Wiraswasta	3	5.8	32.7
Polisi/TNI	1	1.9	34.6
Buruh	3	5.8	40.4
IRT	11	21.2	61.5
Tidak Bekerja	12	23.1	84.6
Karyawan Swasta	8	15.4	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 4 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Pekerjaan



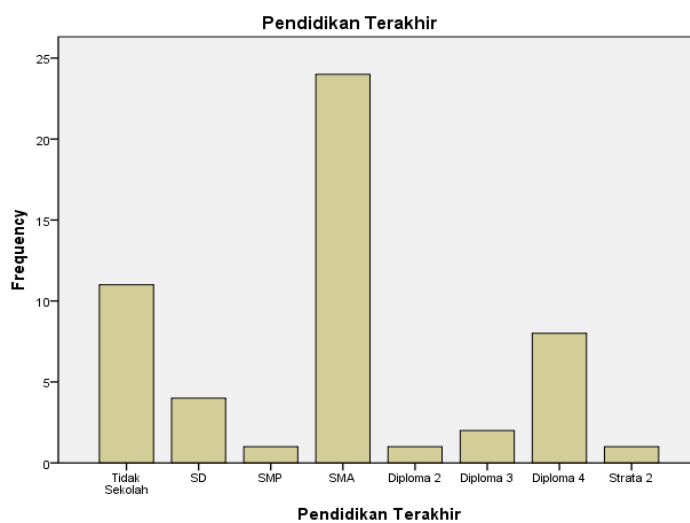
Tabel 4 dan diagram batang menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini memiliki Pekerjaan yang terdistribusi sebagai berikut: Mahasiswa 11 orang (21.2%), PNS 3 orang (5.8%), Wiraswasta 3 orang (5.8%), Polisi/TNI 1 orang (1.9%), Buruh 3 orang (5.8%), IRT 11 orang (21.2%), Tidak Bekerja 12 orang (23.1%), dan Karyawan Swasta 8 orang (15.4%).

Tabel 5 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Riwayat Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Tidak Sekolah	11	21.2	21.2
SD	4	7.7	28.8
SMP	1	1.9	30.8
SMA	24	46.2	76.9
Diploma 2	1	1.9	78.8
Diploma 3	2	3.8	82.7
Diploma 4	8	15.4	98.1
Strata 2	1	1.9	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 5 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Riwayat Pendidikan Terakhir



Tabel 5 dan diagram batang menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini memiliki pendidikan terakhir yang terdistribusi sebagai berikut: Tidak sekolah 12 orang (21.2%), SD 4 orang (7.7%), SMP 1 orang (1.9%), SMA 24 orang (46.2%), Diploma II 1 orang (1.9%), Diploma III 2 orang (3.8%),

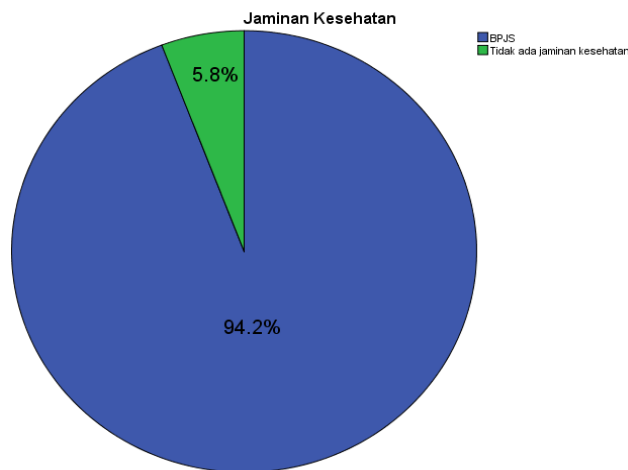
Diploma IV 8 orang (15.4%) dan, Strata II 1 orang (1.9%).

Tabel 6 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jaminan Kesehatan

Jaminan Kesehatan	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
BPJS	49	94.2	94.2
Tidak ada jaminan kesehatan	3	5.8	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 6 Rasio Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jaminan Kesehatan



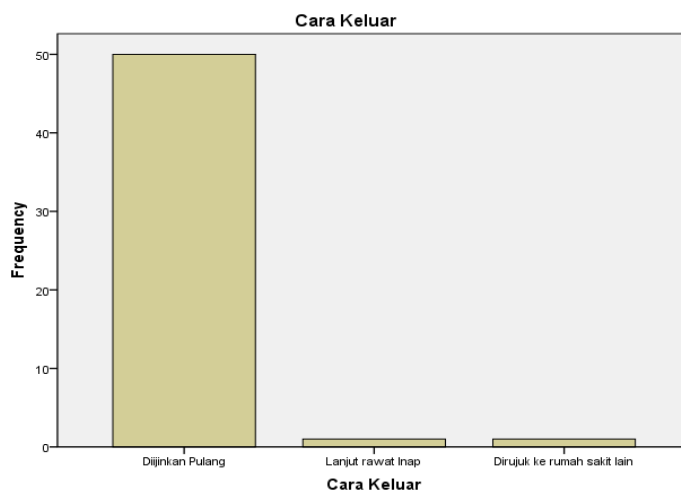
Tabel 6 dan diagram lingkaran menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini memiliki jaminan kesehatan yang terdistribusi sebagai berikut: untuk pasien yang menggunakan BPJS terdapat 49 orang (94.2%) dan 3 pasien masuk dengan kategori umum atau tidak memiliki jaminan kesehatan (5.8%).

Tabel 7 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Cara Keluar

Cara Keluar	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Dijinkan Pulang	50	96.2	96.2
Lanjut Rawat Inap	1	1.9	98.1
Dirujuk ke RS Lain	1	1.9	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 7 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Cara Keluar



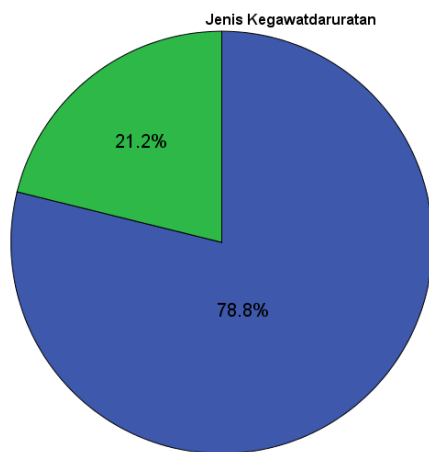
Tabel 7 dan diagram lingkaran menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini memiliki cara keluar yang terdistribusi sebagai berikut: untuk pasien yang diijinkan pulang terdapat 50 orang (96.2%), lanjut rawat inap 1 orang (1.9%), dan dirujuk ke RS lain 1 orang (1.9%).

Tabel 8 Distribusi Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jenis Kegawatdaruratan

Diagnosis Kegawatdaruratan	N	Valid Persentasi	Persentasi Kumulatif
Trauma	11	21.2	21.2
Non-Trauma	41	78.8	100.0
Total	52	100.0	

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Gambar 8 Rasio Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Berdasarkan Jenis Kegawatdaruratan



Tabel 8 dan diagram lingkaran menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini memiliki diagnosis kegawatdaruratan sebagai berikut: untuk pasien yang di diagnosis sebagai trauma dapat 11 orang (21.2%), dan non-trauma 41 orang (78.8%).

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengambilan sampel rekam medik pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar di dapatkan 52 pasien yang memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien kegawatdaruratan mata yang masuk melalui unit gawat darurat RSPT Universitas Hasanuddin Makassar.

6.1 Waktu Kejadian

Tabel 1 menunjukkan bahwa kunjungan pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel waktu kejadian yang tersering adalah pada bulan Juni sebanyak 15 orang (28.8%).

6.2 Jenis Kelamin

Tabel 2 menunjukkan bahwa kunjungan pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel jenis kelamin yang terbanyak adalah perempuan sebanyak 27 orang (51,9%), dibandingkan laki-laki sebanyak laki – laki 25 orang (48.1%).

Hasil penelitian ini belum ada referensi langsung dari skripsi yang sama sebelumnya tetapi terdapat skripsi yang membahas tentang trauma mata yang merupakan salah satu kegawatdaruratan mata yaitu penelitian Vats et al (2008), menemukan bahwa laki-laki 4 kali lebih sering

mengalami kegawatdaruratan mata dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan laki-laki lebih banyak terlibat aktivitas diluar ruangan, kurang memperhatikan keselamatan diri saat bekerja, dan lebih beresiko terkena cedera dibandingkan perempuan. (Pradana PAS dkk, 2017).

Berbeda dengan hasil yang didapatkan di RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar bahwa pasien perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Hal tersebut berkaitan dengan kunjungan pasien kegawatdaruratan mata ke UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang menunjukkan kunjungan terbanyak adalah ibu rumah tangga dan orang yang tidak bekerja yang kebanyakan mereka adalah perempuan.

6.3 Usia

Tabel 3 menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel usia pada kunjungan pasien terbanyak adalah kelompok Remaja dan Lansia masing-masing sebanyak 14 orang (26,9%), dan yang terendah adalah kelompok balita dan anak-anak sebanyak masing-masing 2 orang (3,8%).

Hasil penelitian ini belum ada referensi langsung dari skripsi yang sama sebelumnya tetapi terdapat skripsi yang membahas tentang trauma mata yang merupakan salah satu kegawatdaruratan mata yaitu penelitian Sujatha et al (2015) menemukan bahwa trauma mata paling sering terjadi pada pasien usia produktif berusia 22-30 tahun. Hal ini dikarenakan

sebagian besar pada usia tersebut memiliki banyak kegiatan diluar rumah sehingga lebih beresiko.

6.4 Pekerjaan

Tabel 4 menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel pekerjaan yang terbanyak adalah pasien yang tidak bekerja sebanyak 12 orang (23,1%), diikuti mahasiswa sebanyak 11 orang (21,2%), juga Karyawan Swasta 8 orang (15,4%), dan yang terendah adalah Polisi/TNI sebanyak 1 orang (1,9%).

Penelitian ini belum ada referensi langsung dari skripsi yang sama sebelumnya tetapi terdapat skripsi yang membahas tentang trauma mata yang merupakan salah satu kegawatdaruratan mata yaitu penelitian Tabatabaei et al (2013), bahwa kegawatdaruratan mata akibat trauma mata dipengaruhi oleh pekerjaan, dimana trauma mata lebih sering terjadi pada pekerja outdoor dibandingkan pekerja indoor. Dan menurut Samalo (2016), bahwa kegawatdaruratan mata akibat trauma paling sering terjadi pada pelajar. Hal tersebut dikarenakan pelajar/mahasiswa yang cenderung aktif dalam melakukan berbagai kegiatan/aktivitas. Perkelahian yang sering terjadi pada pelajar, seperti tertinju, terpukul, terbentur, terjatuh dan lain-lain mengakibatkan tingginya persentase kegawatdaruratan akibat trauma mata pada pelajar.

Hasil penelitian di atas mungkin saja disebabkan karena orang-orang yang tidak bekerja seperti kelompok balita, anak-anak, dan lansia

kurang memperhatikan keselamatan diri saat beraktivitas serta kurangnya pengetahuan dan pengawasan terhadap mereka.

6.5 Riwayat Pendidikan Terakhir

Tabel 5 menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel riwayat pendidikan yang terbanyak adalah SMA sebanyak 25 orang (48,1%), dan yang terendah adalah SMP, Diploma II dan Strata II masing-masing sebanyak 1 orang (1.9%).

Hasil penelitian ini belum ada referensi langsung dari skripsi yang sama sebelumnya tetapi terdapat skripsi yang membahas tentang trauma mata yang merupakan salah satu kegawatdaruratan mata yang menemukan persentase trauma mata lebih tinggi terjadi pada responden dengan pendidikan lebih rendah dibandingkan dengan pendidikan lebih tinggi. Dalam terjadinya suatu kecelakaan (trauma mata), kejadian yang tidak terduga dan tidak disengaja yang terjadi saat bekerja atau melakukan aktivitas lain, diperlukan pengetahuan responden yang berpendidikan lebih tinggi untuk selalu menjaga kesehatan dan kemungkinan kehati-hatian dalam bekerja atau dalam melakukan aktivitas lainnya (Lusianawaty Tana, 2010).

6.6 Jaminan Kesehatan

Tabel 6 menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi

dalam penelitian ini, variabel jaminan kesehatan pasien terbanyak adalah BPJS/JKN sebanyak 49 orang (94,2%), dan 3 pasien masuk dengan kategori umum atau tidak memiliki jaminan kesehatan (5.8%).

Hasil penelitian ini belum ada referensi langsung dari skripsi yang sama sebelumnya tetapi terdapat skripsi yang membahas tentang keberhasilan atau pencapaian kualitas pelayanan kesehatan pada UGD, bahwa rumah sakit disamping menawarkan produk layanan, juga harus memberikan jasa layanan. Oleh karena itu, sangat penting bagi pihak rumah sakit memperhatikan aspek assurance/jaminan kesehatan jika rumah sakit tersebut ingin berkembang dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Syafaruddin dkk, 2014).

6.7 Cara Keluar

Tabel 7 menunjukkan bahwa pasien kegawatdaruratan mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel cara keluar pasien yang terbanyak adalah pasien yang diijinkan pulang sebanyak 50 orang (96,2%), lanjut rawat inap 1 orang (1.9%), dan dirujuk ke RS lain 1 orang (1,9%).

Belum ada penelitian langsung yang membahas tentang tingkat kegawatdaruratan mata, tetapi hasil penelitian di atas mungkin saja disebabkan karena RSPTN Universitas Hasanuddin tergolong RS Tipe B sehingga pasien yang masuk dan dirawat di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin cenderung kasus-kasus yang lebih sederhana dan bukan merupakan kasus yang memerlukan penanganan yang lebih lengkap.

6.8 Jenis Kegawatdaruratan

Tabel 8 menunjukkan bahwa Pasien Kegawatdaruratan Mata di RSPTN Universitas Hasanuddin yang berpartisipasi dalam penelitian ini, variabel jenis kegawatdaruratan yang terbanyak adalah non-trauma sebanyak 41 orang (78.8%) dan non-trauma 41 orang (78.8%).

Penelitian ini tidak sejalan dengan Samalo D (2016) di Rumah Sakit Adam Malik dan di IGD RSUP Dr.M.Djamil Padang yang mengatakan bahwa kegawatdaruratan mata yang tersering adalah trauma tumpul yang merupakan salah satu kasus dari trauma mata. Penelitian di Rumah Sakit Adam Malik pada tahun 2015 memperoleh 141 kasus trauma mata dengan trauma mata tumpul sebanyak 92 kasus (65,3%). Dan penelitian di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tahun 2014 memperoleh 224 kasus trauma mata dengan trauma mata tumpul sebanyak 91 kasus (40,6%).

Hal itu karena pasien yang masuk dan dirawat di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar sebagian besar merupakan pasien yang mengalami kegawatdaruratan mata yang tergolong semi gawat. Berbeda dengan RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar, sebagai pusat rujukan tingkat tersier, cenderung menerima kasus-kasus kegawatdaruratan yang paling parah.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan mengambil data sekunder berupa rekam medik pasien kegawatdaruratan mata periode Januari-September 2019 di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar, didapatkan 52 pasien dengan gambaran profil kunjungan sebagai berikut: waktu kejadian tersering pada bulan Juni di usia remaja (13-25 tahun) dan lansia (46-65), berjenis kelamin perempuan, sebagian besar mereka tidak bekerja, riwayat pendidikan terbanyak SMA, jaminan kesehatan pasien menggunakan BPJS/JKN. Selain itu, sebagian besar cara keluar pasien yang datang yaitu diijinkan pulang, serta jenis kegawatdaruratan pasien terbanyak adalah non-trauma.
2. Meskipun data ini tidak terdapat pada hasil, tetapi pada penelitian juga didapatkan interval waktu perawatan pasien kegawatdaruratan mata yang dihitung mulai dari tanggal dan jam pasien masuk sampai tanggal dan jam pasien keluar di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar, dan didapatkan yang dirawat terlama yaitu 24 jam, yang tercepat dirawat yaitu 1 jam, dan yang tersering yaitu 2 jam. Selain itu sebagian besar pasien yang dirawat di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar rata-rata memiliki tingkat kegawatdaruratan mata yang semi gawat dengan penanganan yang lebih sederhana dan tidak memerlukan waktu yang lama.

7.2 Saran

1. Kepada seluruh masyarakat, kiranya dapat menjaga kesehatan matadari paparan yang berbahaya dengan mengatur gaya hidup, rajin mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh mata, menggunakan alat pelindung diri saat melakukan suatu pekerjaan yang beresiko.
2. Kepada peneliti, kiranya dapat melakukan penelitian lanjutan untuk subjek yang lebih besar, serta analisis dan penjabaran yang lebih tajam.

7.3 Kelebihan dan kekurangan penelitian

1. Kelebihan

Pada penelitian ini, diteliti 8 variabel yang menjadi profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata berdasarkan data dari rekam medik di Rumah Sakit.

2. Kekurangan

- a. Jumlah partisipan dalam penelitian ini masih tergolong sangat kurang untuk menyimpulkan kondisi dalam populasi.
- b. Peneliti masih kurang detail dalam menunjukkan variabel-variabel dalam profil kunjungan pasien kegawatdaruratan mata.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Ophthalmology, 2005-2006, Glaucoma, in Basic and Science Course, Section 10, p17-29.
- Augsburger J, Asbury T. 2015. Vaughan & Asbury Oftalmologi Umum (Bagian Trauma Mata). Edisi 17. Jakarta: EGC. Hal 375-379.
- Bowling B. 2016. Kanski's Clinical Ophthalmology a Systemic Approach. Eight Edition. China: Elsevier, pp. 862-873.
- Chaudhry IA, etal. Outcome of Treated Orbital Cellulitis in a Tertiary Eye Care Center in the Middle East. *Ophthalmology*. 2007; 114(2): pp. 345–54.
- Foroozan R, Savino PJ, Sergott RC. Embolic Central Retina Artery Occlusion Detected by Orbital Color Doppler Imaging. *American Journal of Ophthalmology*. 2002;109:744-8.
- Depkes RI, 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Ilyas, S. 2001. Glaukoma (Tekanan Bola Mata Tinggi). Edisi II. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Ilyas S, Yulianti R. 2018. Ilmu Penyakit Mata. Edisi Kelima. Jakarta: Badan Penerbit UI.
- Jeffrey P, George C, Robert AG. Eyelid Trauma and Reconstruction Techniques (serial online). Last update Dec/29/2010 Available from: URL: <http://medtextfree.wordpress.com/2010/12/29/chapter-94-eyelid-trauma-and-reconstruction-techniques/> .
- Kanski J, Bowling B. *Clinical Ophthalmology: a Systematic Approach*. Edisi ke-8. Australia: Elsevier; 2016.

- Kersten RC, et al. (eds). *Orbits, Eyelids, and Lacrimal System. Basic and Clinical Science Course. Section 7.* American Academy of Ophthalmology. San Francisco, California 2005; 42–4.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. *Gangguan Penglihatan Masih Menjadi Masalah Kesehatan.* Jakarta. <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=845>
- Khurana, AK. 2007. *Comprehensive Ophthalmology. Fourth Edition.* New Dellhi: New Age International (P) Limited, pp: 407-408, 414-416.
- Kliegman, R.M., Stanton, B.F., St. Geme, J.W., Schor, N.F., Behrman, R.E. 2011, *Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edn,* Elsevier Publishing, Philadelphia.
- Kuhn, F. 2008. *Ocular Traumatology.* New York: Springer Berlin Heidelberg, pp; 53-60.
- Lanzkowsky, P., Lipton, J.M., Fish, J.D. 2016, *Lanzkowsky's Manual of Pediatric Hematology And Oncology, 6th edn,* Academic Press, London.
- Lusianawaty Tana, *Media Litbang Kesehatan Volume XX Nomor 3 Tahun 2010.*
- Mitry, D., Charteris, D.G., Yorston, D., Siddiqui, M.A.R., Campbell, H., Murphy, A.L., et al. 2010. The Epidemiology and Socioeconomic Associations of Retinal Detachment in Scotland: A Two-Years Prospective Population-Based Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 51: 4963-4968.
- Olver J, Cassidy L. 2011. *At a Glance Oftalmologi.* Jakarta: Penerbit Erlangga. pp.39.
- Pandey, A.N. 2014, 'Retinoblastoma: An overview', *Saudi Journal of Ophthalmology*, 28, pp. 310-315.
- Pradana PAS, Yuliawati P, Djelantik AAAS, Manuaba IBP, Triningrat AAMP, Utari NML. *Karakteristik pasien trauma okuli di RSUP Sanglah Denpasar*

- Bulan Juli 2011-Februari 2015. Med. 2017;48(3):174-80.
- Put, M.A.J.V., Hooymans, J.M.M., Los, L.I., 2013. The Incidence of Rhegmatogenous Retinal Detachment in The Netherlands. *Ophthalmology*, 120: 616-622.
- Rodjan, F., de Graaf, P. Brisse, H.J., et all 2012, 'Trilateral retinoblastoma : neuroimaging characteristics and value of routine brain screening on admission', *Journal of Neurooncology*, 109:535-544.
- Roper- hall. 1990, FI UI 1982, perhimpunan indonesia 1994
- Samalo D. Gambaran pasien trauma mata di IGD RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2014 (skripsi). Padang: Universitas Andalas; 2016.
- Sujatha MAR, Nazlin A, Prakash S, Nousheen S. Prevalence of visual impairment after blunt ocular trauma in a tertiary hospital. *Int J of Sci Stud*. 2015;3(4):36-9
- Sulfia Permatasari Syaefullah, dr/ Dr. R Angga Kartiwa, dr., Sp.M(K), M.Kes. Kegawatdaruratan Mata Akibat Trauma Mekanik. 2019
- Suwono, W. ulkus Kornea. 2007, Maret 22. Cermin Dunia Kedokteran. Available: <http://www.medicastore.co.id/files/cdk/files/06Ulkuskornea10.pdf>.
- Syaiful Basri. 2014. Jurnal Oklusi Arteri Retina Sentral Vol 14 No 1. Ilmu Bagian Mata Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala/RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, pp; 50-61.
- Syafaruddindan Alam Tauhid Syukur. Jurnal Administrasi Negara, volume 20 no .2 (2014) / 52 – 61
- Tabatabaei A, Kasaei A, Nikdel M, Shoar S, Esmaeili S, Mafi M, et al. Clinical characteristics and causality of eye lid laceration in Iran. *Oman Med J*.

2013;28(2):97-101.

Tanto, C. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran: Edisi 4 jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapius.

Vaughan, Asbury. *Oftalmologi Umum. Anatomi & Embriologi mata: Glaukoma*. Edisi ke-17. Jakarta: EGC; 2015. hal.1-228.

Vats S, Murthy GV, Chandra M, Gupta SK, Vashist P, Gogoi M. Epidemiological study of ocular trauma in an urban slum population in Delhi, India. *Indian J of Ophthalmol*. 2008;56(4):313-16

Voughan DG, Asbury T, Eva PR. *Oftalmologi Umum (General Ophthalmology)*. Ed. 14. Widya Medika, Jakarta : 2000. 103-5.

World Health Organization. *GLOBAL DATA ON VISUAL IMPAIRMENTS* 2010. 2010:3.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

LAMPIRAN I



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.



Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK TELP. 081241850858, 0411 5780103, Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 844/UN4.6.4.5.31/ PP36/ 2019

Tanggal: 20 September 2019

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH19090730		No Sponsor	
Peneliti Utama	Mega Purwanty		Protokol	
Judul Peneliti	Sponsor			
	Profil Kunjungan Pasien Kegawat daruratan Mata Melalui Unit Gawat Darurat di RumahSakit Universitas Hasanuddin Makassar Periode Januari 2019 - September 2019			
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	17 September 2019	
No Versi PSP		Tanggal Versi		
Tempat Penelitian	RS Universitas Hasanuddin Makassar			
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal		Masa Berlaku	Frekuensi review lanjutan
			20 September 2019 sampai 20 September 2020	
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama	Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	
Sekretaris Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKUH	Nama	dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari protokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

LAMPIRAN II



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax. (0411) 586297

Nomor : 17586/UN4.6.8/DA.04.09/2019
Lamp : ---
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Makassar, 3 September 2019

Yth. :
Direktur RSP Universitas Hasanuddin
Makassar

Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :

N a m a : Mega Purwanty
N i m : C111 16 329

bermaksud melakukan penelitian di RSP Universitas Hasanuddin dengan judul penelitian **"Profil Kunjungan Pasien Kegawatdaruratan Mata Melalui Unit Gawat Darurat Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar Periode Januari 2019 - September 2019"**.

Sehubungan hal tersebut kiranya yang bersangkutan dapat diberi izin untuk melakukan Penelitian dalam rangka penyelesaian studinya.

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,
Program Studi Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran Unhas



Dr. dr. Sitti Rafiah,MSi
NIP.196805301997032001

Tembusan Yth :
1. Arsip

LAMPIRAN III

DATA PENELITIAN

Tabel 5.1 Data Hasil Rekam Medis Pasien Kegawatdaruratan Mata di UGD RSPTN Universitas Hasanuddin

Sampel	JK	Usia (tahun)	Tgl Reg	Cara Keluar	Jaminan Kesehatan	Pekerjaan	Pendidikan Terakhir	Jenis Kegawatdaruratan
1	L	63	13/02/19 08:39	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
2	P	80	26/02/19 22:13	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMP	Non- Trauma
3	L	62	01/03/19 16:44	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Buruh	SD	Non- Trauma
4	L	9	09/03/19 20:02	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
5	L	23	12/03/19 21:43	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
6	L	67	21/03/19 20:41	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Pensiunan	Diploma III	Non- Trauma
7	P	68	25/03/19 10:45	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	Diploma I/II	Non- Trauma
8	P	54	06/04/19 20:06	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
9	L	21	10/04/19 20:30	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Wiraswasta	SMA	Non- Trauma
10	L	67	20/04/19 22:02	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Pensiunan	Diploma III	Non- Trauma
11	L	18	23/04/19 10:30	Dirujuk Ke RS Lain	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
12	L	14	04/05/19 12:17	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
13	P	56	04/05/19 20:45	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SD	Non- Trauma
14	P	6 bln	10/05/19 16:57	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
15	P	36	12/05/19 05:17	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMA	Non- Trauma
16	P	19	15/05/19 15:47	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Trauma
17	L	40	19/05/19 14:13	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	SMA	Trauma
18	L	19	26/05/19 01:00	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Trauma
19	P	76	28/05/19 19:43	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SD	Non- Trauma
20	P	23	31/05/19 22:12	Dijinkan Pulang	UMUM	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
21	L	30	31/05/19 20:55	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	wiraswasta	SD	Non- Trauma
22	P	73	01/06/19 22:01	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
23	L	30	02/06/19 12:54	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Buruh	Diploma IV	Non- Trauma
24	L	51	03/06/19 21:32	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	Tidak Sekolah	Non- Trauma
25	P	1	05/06/19 14:37	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
26	P	64	07/06/19 11:07	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Non- Trauma
27	P	28	07/06/19 18:58	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMA	Non- Trauma
28	P	6	09/06/19 07:57	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Trauma
29	L	85	16/06/19 10:14	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Pensiunan	Diploma IV	Non- Trauma
30	P	52	21/06/19 16:22	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	PNS	Diploma IV	Non- Trauma
31	L	21	22/06/19 09:52	Dijinkan Pulang	UMUM	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
32	L	21	22/06/19 11:38	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	SMA	Trauma
33	P	24	25/06/19 21:31	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SLTA	Trauma
34	P	21	27/06/19 01:27	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
35	P	30	29/06/19 09:17	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMA	Trauma
36	L	53	29/06/19 16:10	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	Diploma IV	Trauma
37	L	23	29/06/19 23:03	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	Diploma IV	Non- Trauma
38	L	54	07/07/19 02:15	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Buruh	SMA	Non- Trauma
39	L	37	14/07/19 19:50	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	Diploma IV	Non- Trauma
40	L	45	16/07/19 01:30	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Dokter	Diploma IV	Non- Trauma
41	L	45	16/07/19 13:29	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	SMA	Non- Trauma
42	P	19	23/07/19 13:35	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
43	P	20	25/07/19 19:25	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Mahasiswa	SMA	Non- Trauma
44	P	36	26/07/19 22:45	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Wiraswasta	SMA	Non- Trauma
45	P	42	28/07/19 08:35	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMA	Non- Trauma
46	L	47	28/07/19 17:38	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	TNI	SMA	Trauma
47	P	58	05/08/19 19:02	Lanjut Rawat Inap	BPJS/JKN	IRT	Tidak Sekolah	Non- Trauma
48	P	60	09/08/19 10:29	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Dosen	Strata II	Trauma
49	P	28	18/08/19 10:37	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	SMA	Non- Trauma
50	P	30	19/08/19 17:53	Dijinkan Pulang	UMUM	Tidak Bekerja	Tidak Sekolah	Trauma
51	P	62	20/08/19 21:43	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	IRT	Diploma IV	Non- Trauma
52	L	53	02/09/19 19:57	Dijinkan Pulang	BPJS/JKN	Karyawan Swasta	SMA	Non- Trauma

Sumber: Data Rekam Medik RSPTN UNHAS

Frequency Table

Bulan Masuk

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Januari	0	0	0
	Februari	2	3.8	3.8
	Maret	5	9.6	13.5
	April	4	7.7	21.2
	Mei	11	21.2	42.3
	Juni	15	28.8	71.2
	Juli	9	17.3	88.5
	Agustus	5	9.6	98.1
	September	1	1.9	100.0
	Total	52	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	25	48.1	48.1
	Perempuan	27	51.9	100.0
	Total	52	100.0	

Usia

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Balita	2	3.8	3.8
	Anak - anak	2	3.8	7.6
	Remaja	14	26.9	34.5
	Dewasa	13	25.0	59.5
	Lansia	14	26.9	86.4
	Manula	7	13.5	100.0
	Total	52	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mahasiswa	11	21.2	21.2
	PNS	3	5.8	26.9
	Wiraswasta	3	5.8	32.7
	Polisi/TNI	1	1.9	34.6
	Buruh	3	5.8	40.4
	Ibu Rumah Tangga	11	21.2	61.5
	Tidak Bekerja	12	23.1	84.6
	Karyawan Swasta	8	15.4	100.0
	Total	52	100.0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	11	21.2	21.2
	SD	4	7.7	28.8
	SMP	1	1.9	30.8
	SMA	24	46.2	76.9
	Diploma 2	1	1.9	78.8
	Diploma 3	2	3.8	82.7
	Diploma 4	8	15.4	98.1
	Strata 2	1	1.9	100.0
	Total	52	100.0	

Jaminan Kesehatan

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BPJS	49	94.2	94.2
	Tidak ada jaminan kesehatan (Umum)	3	5.8	100.0
	Total	52	100.0	

Cara Keluar

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Diijinkan Pulang	50	96.2	96.2
Lanjut rawat Inap	1	1.9	98.1
Dirujuk ke rumah sakit lain	1	1.9	100.0
Total	52	100.0	

Jenis Kegawatdaruratan

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Non-Trauma	41	78.8	78.8
Trauma	11	21.2	100.0
Total	52	100.0	

LAMPIRAN IV

BIODATA DIRI PENULIS



Data Pribadi :

Nama Lengkap : Mega Purwanty

Nama Panggilan : Mega

Tempat/Tanggal Lahir: Tellulimpoe, 08 Maret 1998

Pekerjaan : Mahasiswa

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

Gol. Darah : O

Nama Orang Tua

- Ayah : H. Syamsul Bahri
- Ibu : Hj. Syamsidar

Pekerjaan Orang Tua

- Ayah : Pensiunan
- Ibu : PNS

Anak ke : 4 Dari 6 Bersaudara

Alamat Saat ini : Rusunawa 2 Blok D Unhas

No.Telp : 082311931414

Email : megapurwanty08@gmail.com

Riwayat Pendidikan Formal

NO.	Jenjang pendidikan	Institusi	Tempat	Tahun Lulus
1.	TK	TK PGRI Idalatikka Tosora	Wajo	2004
2	SD	SDN 163 Tellulimpoe	Wajo	2010
3	SMP	SMPN 2 Majauleng	Wajo	2013
4	SMA	SMAN 3 Sengkang	Wajo	2016
5	S1	Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin	Makassar	Sekarang

Riwayat Organisasi

Periode	Organisasi	Jabatan
2017-2018	Himpunan Mahasiswa Islam Komisariat Kedokteran Unhas	Anggota
2017-2018	Hipocrates FC	Anggota