

Laserasi Kelopak Mata: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Mata (Sistem Indra) • SKDI 3B

Course level 3B tentang laserasi kelopak mata: anatomi, klasifikasi, evaluasi klinis, tatalaksana awal, serta indikasi rujukan tepat ke layanan oftalmologi.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Laserasi Kelopak Mata

1.1 Anatomi dan Epidemiologi Laserasi Kelopak Mata

Laserasi kelopak mata adalah robekan pada palpebra yang dapat melibatkan kulit, subkutis, otot orbikularis, tarsus, septum orbita, serta adneksa (bulu mata, kelenjar). Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan oftalmologi yang umum, mencakup 7-10% trauma mata di unit gawat darurat, terutama pada laki-laki usia 20-40 tahun akibat kecelakaan kerja, kekerasan, dan lalu lintas.

Anatomi kelopak dari luar ke dalam: kulit (tersipis di tubuh), subkutis longgar, otot orbikularis okuli, jaringan areolar submuskular, tarsus (fibrokartilago berisi kelenjar Meibom), konjungtiva tarsal, bulu mata serta kelenjar Zeiss dan Moll. Konfigurasi ini menentukan prognosis.

Klasifikasi: (1) Kedalaman: partial-thickness vs full-thickness; (2) Lokasi: medial, sentral, lateral, kantung; (3) Ada tidaknya kehilangan jaringan/avulsi; (4) Keterlibatan struktur terkait (kanalikuli, otot elevator, bola mata). Laserasi kantung medial atau kanalikuli memerlukan perhatian khusus karena risiko obstruksi drainase air mata. Tabel klasifikasi disarankan untuk panduan klinis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Mekanisme Trauma dan Faktor Risiko

Laserasi kelopak mata terjadi melalui dua mekanisme utama: trauma tajam (penetrasi) dan trauma tumpul. Trauma tajam disebabkan pisau, gunting, kawat, kaca pecah, ranting kayu, atau cakar hewan. Trauma tumpul dapat menyebabkan laserasi bila gaya cukup besar merobek jaringan tipis kelopak. Kecelakaan lalu lintas tanpa pelindung wajah adalah penyebab utama di negara berkembang termasuk Indonesia.

Faktor risiko meliputi pekerjaan berisiko (konstruksi, las, pertanian, mekanik), olahraga kontak (basket, baseball), kekerasan interpersonal, serta pada anak: terjatuh, main dengan benda tajam, dan cakaran hewan peliharaan. Kurangnya APD (kacamata pengaman, visor) adalah faktor termodifikasi.

Patofisiologi: respons inflamasi akut (vasodilatasi, peningkatan permeabilitas, infiltrasi sel inflamasi) terjadi dalam hitungan jam. Robekan tarsus menyebabkan perubahan struktural karena tarsus tidak regenerasi penuh; jaringan parut memicu malposisi kelopak (ektropion/ entropion). Laserasi kantung medial memerlukan evaluasi patensi kanalikuli untuk mencegah epifora kronis. Kehilangan jaringan luas memicu retraksi dan menyulitkan rekonstruksi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Evaluasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik pada Laserasi Kelopak

Anamnesis terstruktur mencakup: mekanisme cedera, waktu kejadian (>12-24 jam meningkatkan risiko infeksi), kemungkinan benda asing tertinggal, status imunisasi tetanus, keluhan visual (penurunan visus, diplopia, nyeri gerak mata), riwayat kacamata/lensa kontak, dan kondisi medis relevan (diabetes, gangguan pembekuan, antikoagulan). Informasi lingkungan (kebun, konstruksi, dapur) membantu menilai kontaminasi.

Pemeriksaan fisik dilakukan sistematis dengan pencahayaan adekuat, membuka kelopak lembut tanpa tekanan pada bola mata (curiga ruptur globe). Dinilai: panjang, kedalaman, lokasi laserasi; kehilangan jaringan; kondisi tepi luka (rapi, bergerigi, kontaminasi); keterlibatan kantung medial/lateral; posisi bulu mata.

Evaluasi sistem drainase air mata: pada laserasi kuadran medial, cari ujung kanalikuli terputus (titik putih di sisi medial luka). Probing halus oleh terlatih dapat membantu; tindakan biasanya menunggu fasilitas spesialis. Cedera kanalikuli adalah indikasi kuat rujukan.

Evaluasi cedera penyerta WAJIB mendahului perbaikan kelopak: uji visus, motilitas ekstraokular, inspeksi segmen anterior (sentolop, fluorescein), reflex pupil, palpasi orbita. Setiap kecurigaan ruptur globe, benda asing intraokular, atau fraktur orbita menjadi prioritas rujukan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Pemeriksaan Penunjang dan Penentuan Tingkat Urgensi

Pada laserasi sederhana tanpa kecurigaan cedera intraokular, pemeriksaan penunjang canggih biasanya tidak diperlukan. Slit-lamp biomicroscopy menilai segmen anterior dan menyingkirkan cedera kornea/skleral. Pewarnaan fluorescein menunjukkan abrasi atau perforasi. CT-scan orbita irisan tipis (1 mm) dipilih bila curiga benda asing atau fraktur orbita; MRI dihindari bila kemungkinan logam ferromagnetik. Evaluasi spesialis diindikasikan pada penurunan visus atau diplopia yang tidak dapat dijelaskan.

Triase tingkat urgensi: Emergensi (rujuk segera): kecurigaan ruptur globe/cedera intraokular, perdarahan aktif tak terkontrol, keterlibatan kanalikuli, kehilangan jaringan >25%, kantung lateral (ligamentum kantung lateral), otot elevator palpebra superior (risiko ptosis). Urgensi tinggi (rujuk <24 jam): full-thickness tanpa komplikasi, terutama kelopak bawah sentral. Layanan primer: partial-thickness <1 cm, rapi, tanpa kehilangan jaringan/struktur vital.

Pertimbangan khusus anak: pemeriksaan sulit akibat ketidakkooperatifan; pertimbangkan

risiko anestesia umum. Restraint lembut, analgesi adekuat, konsultasi pediatri mungkin diperlukan. Kasus tidak kooperatif lebih baik ditangani dengan sedasi atau dirujuk. Waspada cedera non-akidental (child abuse) bila pola luka tidak sesuai mekanisme.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana dan Indikasi Rujukan

3.1 Prinsip Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Tatalaksana awal dimulai dengan penilaian ABC dan menyingkirkan cedera sistemik mengancam jiwa. Setelah stabil, tekan perdarahan dengan kasa steril dan tekanan lembut; hindari penekanan bola mata. Irigasi dengan NaCl 0,9% untuk debris dan kontaminan. Jangan memotong jaringan yang masih menempel karena vaskularisasi lokal sering menyelamatkan jaringan.

Profilaksis antibiotik diberikan pada luka signifikan, terkontaminasi, gigitan hewan/manusia, atau delay >8-12 jam. Amoksisilin-klavulanat 500/125 mg 3x/hari 5-7 hari (dewasa); dosis anak disesuaikan berat badan. Alergi penisilin: doksisisiklin 100 mg 2x/hari (dewasa) atau azitromisin. Salep topikal (kloramfenikol/ciprofloxacin) pada tepi luka dan konjungtiva. Verifikasi status tetanus sesuai pedoman WHO/Kemenkes.

Teknik penjahitan sederhana: anestesi lokal lidokain 1-2% tanpa epinefrin, ATAU lidokain dengan epinefrin 1:100.000 (maks 7 mg/kg total; epinefrin 1:100.000 = 0,01 mg/mL lidokain, awas pada pasien kardiovaskular). Benang nilon 6-0 atau 7-0, jahitan interruptus 2-3 mm dari tepi, jarak 3-4 mm. Hindari ikatan kencang (iskemia). Angkat jahitan 5-7 hari. Jika ragu, tutup dengan kasa steril dan rujuk.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Komplikasi, Prognosis, dan Kasus Klinis

Komplikasi akut: perdarahan, infeksi luka (selulitis preseptal), cedera intraokular terlewat. Komplikasi jangka panjang: (1) malposisi kelopak (ektropion/entropion) akibat parut tarsus/septum; (2) ptosis bila otot elevator rusak; (3) lagofthalmos dengan eksposur kornea dan risiko ulkus; (4) epifora persisten akibat obstruksi kanalikuli; (5) parut hipertrofik/keloid; (6) gangguan kosmetik. Risiko meningkat pada luka dengan struktur vital, kehilangan jaringan luas, atau perbaikan suboptimal.

Prognosis umumnya baik dengan penanganan adekuat. Luka partial-thickness kecil sembuh dengan bekas minimal. Full-thickness bergantung pada ketepatan rekonstruksi. Keterlibatan kanalikuli yang diperbaiki dalam 24-48 jam memiliki angka keberhasilan tinggi. Prognosis visual lebih ditentukan cedera bola mata penyerta.

Kasus 1: Pria 28 tahun, 2 jam pasca trauma kaca, laserasi partial-thickness 8 mm medial kelopak bawah kiri, rapi, visus 6/6. Tangani di layanan primer, prognosis baik.

Kasus 2: Anak 6 tahun, cakaran kucing, full-thickness 1,5 cm tepi bergerigi. Rujuk: risiko Pasteurella, kemungkinan cedera elevator, sulit evaluasi intraokular.

Kasus 3: Wanita 35 tahun, KLL, kantung medial kelopak bawah kanan dengan kanalikuli inferior terputus. Rujuk segera untuk stent silastik dan mikroskop operasi.

Take-home: evaluasi sistematis, kenal keterbatasan, jangan ragu rujuk.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course (BCSC) Section 7: Oculofacial Plastic and Orbital Surgery. AAO (2023).
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Oftalmologi. Kemenkes RI (2020).
3. Tasman W, Jaeger EA. Duane's Ophthalmology. Lippincott Williams & Wilkins (2013).
4. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
5. Herford AS, Miller M. Eyelid Laceration Repair: Principles and Techniques. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America (2017).
6. Chang EL, Rubin PA. Management of Complex Eyelid Lacerations. Facial Plastic Surgery Clinics of North America (2018).
7. American Academy of Ophthalmology. Eyelid Laceration. AAO EyeWiki (2022).
8. World Health Organization. Emergency Eye Care: Trauma and Injury Management. WHO (2019).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.