Perdarahan Subkonjungtiva: Diagnosis dan Tatalaksana Mandiri

Mata (Sistem Indra) • SKDI 4A

Course komprehensif tentang perdarahan subkonjungtiva untuk dokter umum. Membahas etiologi, faktor risiko, diagnosis banding, tatalaksana mandiri sesuai SKDI 4A, serta indikasi rujukan ke spesialis mata.

Dokumen ini dibuat secara otomatis oleh sistem Malayan Saintifika.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Perdarahan Subkonjungtiva

1.1 Lesson 1: Anatomi Konjungtiva dan Patofisiologi Perdarahan

Konjungtiva adalah membran mukosa tipis transparan yang melapisi permukaan posterior kelopak mata (konjungtiva palpebra) dan permukaan anterior sklera hingga limbus (konjungtiva bulbi). Konjungtiva bulbi tersusun atas epitel skuamosa berlapis non-keratin dan stroma (substantia propria) yang mengandung pembuluh darah, kelenjar lakrimalis aksesorius (Krause dan Wolfring), sel goblet, dan jaringan limfoid. Pembuluh darah konjungtiva berasal dari arteri siliaris anterior untuk bagian perifer, dan arteri palpebralis medial serta lateral untuk bagian dekat fornks. Kapiler konjungtiva bersifat sangat tipis dan mudah ruptur karena jaringan penyangganya minimal. Perdarahan subkonjungtiva adalah ekstravasasi darah di bawah konjungtiva bulbi akibat ruptur kapiler atau venula, bersifat ekstraokular sehingga tidak mengganggu penglihatan. Ruptur terjadi akibat peningkatan tekanan intravaskular mendadak (batuk, muntah, manuver Valsalva) atau kelemahan dinding kapiler (usia lanjut, hipertensi, gangguan koagulasi). Bekuan darah diresorpsi oleh makrofag dalam 1–2 minggu, dengan perubahan warna dari merah terang menjadi kekuningan atau kecoklatan sebelum menghilang sempurna.

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

1.2 Lesson 2: Etiologi dan Faktor Risiko

Sebagian besar kasus bersifat idiopatik. Penyebab lokal mata meliputi trauma minor (mengucek mata, lensa kontak, paparan debu), prosedur bedah mata (ekstraksi katarak, trabekulektomi), dan inflamasi konjungtiva atau episklera. Penyebab sistemik signifikan adalah hipertensi arteri, gangguan koagulasi (hemofilia atau akibat penggunaan warfarin, heparin, DOAC, aspirin, klopidogrel), serta trombositopenia. Manuver Valsalva (batuk rejan, muntah, mengejan, mengangkat beban, bersin keras) merupakan pencetus klasik. Usia lanjut adalah faktor risiko utama karena rapuhnya dinding kapiler. Laki-laki memiliki insiden sedikit lebih tinggi. Pasien diabetes mengalami peningkatan risiko akibat mikroangiopati. Pada bayi dan anak, perlu dicurigai trauma non-accidental atau gangguan koagulasi herediter. Lensa kontak tidak higienis meningkatkan risiko melalui mikrotrauma. Konjungtivitis adenoviral dan bakteri berat juga dapat menyebabkan perdarahan. Studi Tarlan dan Kiratli menunjukkan hubungan bermakna dengan hipertensi, diabetes, dan penggunaan antikoagulan, menjadikan episode ini kesempatan evaluasi kardiovaskular menyeluruh.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

2.1 Lesson 1: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

Manifestasi khas adalah bercak merah terang atau merah tua pada sklera, berbatas tegas, datar, dan tidak elevasi. Pasien datang dengan keluhan utama mata merah mendadak, biasanya tanpa nyeri signifikan. Karakteristik pembeda: (1) tidak nyeri atau hanya sedikit iritasi, (2) tajam penglihatan tidak menurun, (3) tidak ada fotofobia, (4) tidak ada sekret purulen, dan (5) darah tidak dapat dibersihkan karena terlokalisasi di bawah konjungtiva. Anamnesis mencakup onset, riwayat trauma, gejala penyerta, riwayat perdarahan sebelumnya, penyakit sistemik (hipertensi, diabetes, gangguan hati, kelainan darah), penggunaan obat (antikoagulan, antiplatelet, suplemen), riwayat batuk/muntah/mengejan, dan riwayat bedah mata. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan oftalmoskop atau slit-lamp sederhana: lokasi dan luas perdarahan, batas lesi, elevasi, refleks pupil, visus dengan Snellen, segmen anterior untuk menyingkirkan hifema, palpasi TIO, dan pemeriksaan kelopak. Diagnosis banding: pterigium, tumor konjungtiva, konjungtivitis hemoragik akut, episcleritis, hemangioma. Pemeriksaan penunjang (hemogram, PT/aPTT, INR) diindikasikan bila ada kecurigaan gangguan koagulasi atau perdarahan berulang.

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

2.2 Lesson 2: Tatalaksana Mandiri dan Konservatif

Sebagian besar kasus bersifat jinak dan self-limiting sehingga tidak memerlukan terapi spesifik. Tujuan tatalaksana dokter umum: menyingkirkan kelainan mengancam penglihatan, memberikan edukasi dan reassurance, menangani faktor pencetus, serta merujuk bila ada indikasi. Tatalaksana non-farmakologis: kompres dingin pada kelopak mata (bukan langsung pada bola mata) 10–15 menit, 2–3 kali sehari pada 24–48 jam pertama untuk vasokonstriksi, lalu kompres hangat untuk mempercepat resorpsi. Pasien diminta tidak mengucek mata, menghindari mengejan, dan lensa kontak dilepas sampai perdarahan teresorpsi. Tatalaksana farmakologis: lubrikan mata (air mata buatan) dapat diberikan 1 tetes tiap 4–6 jam sesuai kebutuhan untuk mengurangi iritasi ringan. PERINGATAN KESELAMATAN: lubrikan yang mengandung pengawet (benzalkonium klorida) dapat mengiritasi permukaan mata jika digunakan >4 kali/hari; pilih sediaan tanpa pengawet untuk penggunaan˜'~A. Antibiotik topikal tidak rutin diindikasikan. Pada pengguna antikoagulan, jangan menghentikan obat tanpa konsultasi dokter yang meresepkan. Edukasi: perdarahan teresorpsi dalam 1–2 minggu (hingga 3 minggu untuk yang luas).

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

Modul 3: Modul 3: Kasus Klinis dan Indikasi Rujukan

3.1 Lesson 1: Indikasi Rujukan ke Dokter Spesialis Mata

Meskipun umumnya jinak, beberapa situasi memerlukan rujukan segera. Indikasi darurat: (1) penurunan tajam penglihatan (curiga perdarahan vitreus, ablasi retina, ruptur sklera); (2) nyeri signifikan berdenyut/progresif (uveitis, endoftalmitis, ulkus kornea); (3) lesi elevasi atau berpola vaskular abnormal (curiga tumor); (4) riwayat trauma tumpul/tajam (curiga ruptur globe); (5) hifema atau pupil irregular; (6) proptosis atau oftalmoplegia (curiga perdarahan retrobulbar); (7) TIO meningkat. Indikasi elektif: perdarahan berulang tanpa faktor risiko jelas, bilateral masif atau multipel (curiga gangguan koagulasi), bayi/anak tanpa penjelasan jelas (evaluasi child abuse dan koagulasi), kecurigaan neoplasma, permintaan evaluasi estetik, lesi tidak membaik dalam 3 minggu atau bertambah luas. Prosedur rujukan: surat rujukan lengkap (identitas, riwayat, pemeriksaan, diagnosis kerja, alasan rujukan). Jika curiga ruptur globe: jangan tekan mata, pasang fox shield, rujuk posisi supine. Kolaborasi dengan penyakit dalam/kardiologi untuk hipertensi tak terkontrol, hematologi untuk gangguan koagulasi, dan tim pediatri untuk kecurigaan child abuse sesuai protokol. Prognosis sangat baik pada kasus idiopatik.

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

3.2 Lesson 2: Studi Kasus Klinis dan Komplikasi

Kasus 1: Wanita 28 tahun, mata kanan merah mendadak saat bangun tidur, tanpa nyeri/trauma. Visus ODS 6/6, TD 110/70 mmHg, bercak merah terang di kuadran temporal, datar, berbatas tegas. Diagnosis: perdarahan subkonjungtiva idiopatik. Tatalaksana mandiri: edukasi, lubrikan 1 tetes tiap 4–6 jam, kontrol 2 minggu. Prognosis: jinak dan self-limiting, resolusi sempurna dalam 1–2 minggu. Kasus 2: Pria 58 tahun, hipertensi tidak teratur, perdarahan subkonjungtiva kiri setelah batuk berat. TD 170/100 mmHg. Tatalaksana: TARGET TEKANAN DARAH <140/90 mmHg dalam 2 minggu; RUJUK ke penyakit dalam jika tidak tercapai dalam 2 minggu atau TD awal >180/110 mmHg. Kompres dingin, lubrikan. Follow-up TD dan evaluasi jantung. Prognosis: baik dengan kontrol TD optimal. Kasus 3: Pria 35 tahun, trauma palu, visus 1/60, perdarahan 360 derajat, chemosis. Curiga ruptur globe: pasang fox shield, jangan beri tetes, rujuk segera. Prognosis: guarded, tergantung kerusakan intraokular. Kasus 4: Wanita 72 tahun, fibrilasi atrium, warfarin 2 mg/hari, perdarahan berulang, INR 3,5. Tatalaksana: JANGAN hentikan warfarin sendiri; periksa INR; konsultasi kardiolog; RUJUK ke spesialis mata untuk evaluasi fundus dan menyingkirkan perdarahan intraokular; RUJUK segera jika perdarahan meluas atau visus menurun. Prognosis: tergantung kontrol antikoagulasi. Komplikasi: perluasan perdarahan, infeksi sekunder, jaringan parut.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Perdami. Pedoman Tatalaksana Kelainan Permukaan Mata dan Konjungtiva. Perhimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia (2018).

2. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. General Ophthalmology. McGraw-Hill Education, 18th edition (2017).

3. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier, 9th edition (2020).

4. Tarlan B, Kiratli H. Subconjunctival hemorrhage: risk factors and potential indicators. Clinical Ophthalmology (2013).

5. Mimura AS et al.. Clinical features and management of subconjunctival hemorrhage. Journal of Clinical Medicine (2019).

6. Pikkel J, Pikkel YY. Valsalva hemorrhagic retinopathy and subconjunctival hemorrhage. Case Reports in Ophthalmology (2015).

7. American Academy of Ophthalmology. EyeWiki: Subconjunctival Hemorrhage. AAO EyeWiki (2022).

8. Ilyas S, Yulianti SR. Ilmu Penyakit Mata. Badan Penerbit FK Universitas Indonesia, Edisi 5 (2018).

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.