

Episkleritis: Diagnosis dan Tatalaksana di Layanan Primer

Mata (Sistem Indra) • SKDI 4A

Course komprehensif tentang episkleritis untuk dokter umum. Mencakup etiologi, diagnosis banding dengan skleritis, tatalaksana mandiri, hingga indikasi rujukan ke spesialis mata.

Modul 1: Dasar-Dasar Episkleritis

1.1 Pengertian, Epidemiologi, dan Anatomi Episklera

Definisi dan Epidemiologi

Episkleritis adalah peradangan jaringan episklera, yaitu lapisan jaringan ikat longgar yang terletak di antara konjungtiva dan sklera proper. Peradangan ini bersifat self-limiting dan umumnya tidak mengancam penglihatan, berbeda dengan skleritis yang merupakan kondisi lebih serius dengan risiko komplikasi okular signifikan. Episkleritis merupakan salah satu keluhan okular yang cukup sering dijumpai di layanan primer, terutama pada pasien dewasa muda dengan rentang usia puncak 20–40 tahun, meskipun dapat terjadi pada semua kelompok usia.

Secara epidemiologi, episkleritis dilaporkan lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria dengan rasio sekitar 3:2. Insidensnya di populasi umum belum terdokumentasi secara akurat di Indonesia, namun di klinik oftalmologi rawat jalan mencapai 0,3–0,5% dari seluruh kunjungan. Pada sekitar 26–32% kasus, episkleritis berkaitan dengan penyakit sistemik seperti artritis reumatoid, lupus eritematosus sistemik, penyakit inflamasi usus, atau vaskulitis. Pada sebagian besar kasus, episkleritis bersifat idiopatik tanpa penyebab sistemik yang teridentifikasi.

Anatomi yang Relevan

Episklera merupakan lapisan vaskular tipis yang menutupi permukaan luar sklera. Pembuluh darah episklera bersifat superfisial, bergerak bersama konjungtiva, dan berwarna merah cerah. Pada pemeriksaan dengan slit-lamp, jaringan ini dapat dibedakan dari sklera proper yang lebih dalam dan avaskular, serta dari konjungtiva yang lebih superfisial dan berpindah bebas. Vaskularisasi episklera berasal dari arteri siliaris anterior, sedangkan sklera proper mendapat nutrisi dari pembuluh darah siliaris profunda. Pemahaman stratifikasi vaskular ini sangat penting dalam membedakan episkleritis dari skleritis melalui teknik blanching dengan fenilefrin 2,5% atau epinefrin 1:1000, yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh episklera tetapi tidak memengaruhi pembuluh sklera profunda.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi dan Faktor Risiko

Episkleritis secara klasik dikategorikan menjadi dua bentuk klinis: episkleritis simpleks (sedehana) dan episkleritis nodular. Bentuk simpleks merupakan 70–80% dari seluruh kasus dan ditandai dengan peradangan difus pada satu sektor atau seluruh permukaan

episklera. Bentuk nodular berupa benjolan terlokalisasi yang dapat digerakkan bersama episklera di atas sklera. Etiologi episkleritis pada sebagian besar kasus adalah idiopatik, namun beberapa faktor risiko dan kondisi sistemik yang berkaitan perlu dikenali.

Penyakit autoimun dan reumatologis merupakan faktor risiko utama, termasuk artritis reumatoid, lupus eritematosus sistemik, polikondritis relapsing, granulomatosis dengan poliangiitis (Wegener), penyakit Behçet, dan spondylitis ankylosa. Infeksi seperti herpes zoster oftalmikus, penyakit Lyme, dan tuberkulosis juga dapat memicu episkleritis. Faktor lain yang dilaporkan termasuk gout, rosacea okular, dan penggunaan obat-obatan tertentu. Pada 23–30% pasien dengan episkleritis nodular berulang bilateral, perlu dicurigai adanya penyakit sistemik yang mendasari, sehingga evaluasi menyeluruh sangat diindikasikan.

Patofisiologi

Patofisiologi episkleritis belum sepenuhnya dipahami, namun diyakini merupakan reaksi inflamasi hipersensitivitas tipe III (kompleks imun) dan/atau tipe IV (cell-mediated) pada jaringan episklera. Pada kasus idiopatik, dicurigai adanya deposit kompleks imun pada pembuluh darah episklera yang memicu aktivasi komplemen dan $R\beta$ - ϵ sel-sel inflamasi. Berbeda dengan skleritis yang mengenai sklera proper dengan infiltrat neutrofil dan nekrosis, episkleritis menunjukkan infiltrat sel limfosit dan sel plasma yang lebih ringan sehingga kerusakan jaringan minimal dan proses dapat sembuh sempurna tanpa jaringan parut.

Vaskularisasi episklera yang kaya menyebabkan tampilan merah cerah saat peradangan terjadi. Proses inflamasi terbatas pada lapisan superfisial tanpa melibatkan sklera, sehingga tidak menyebabkan penipisan sklera, perforasi, atau gangguan visus signifikan. Inilah yang membedakan episkleritis secara patofisiologis dari skleritis, yang memiliki potensi komplikasi berat seperti skleromalasia perforans dan kehilangan penglihatan permanen.

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

Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Episkleritis

2.1 Manifestasi Klinis dan Diagnosis

Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis episkleritis didominasi oleh kemerahan okular segmental yang relatif cepat onset, dari beberapa jam hingga 2–3 hari. Pasien umumnya mengeluh mata merah unilateral atau bilateral (sekitar 30% kasus bilateral) dengan keluhan sensasi penuh sesak, rasa tidak nyaman, dan iritasi ringan. Berbeda dengan skleritis, nyeri pada episkleritis umumnya ringan hingga sedang, tidak sampai membangunkan pasien dari tidur, dan tidak menjalar ke daerah orbital atau temporal. Penglihatan biasanya tidak terganggu, dan jika ada penurunan visus ringan biasanya hanya sekunder karena robekan film air mata atau iritasi ringan.

Bentuk simpleks menunjukkan hiperemia difus berwarna merah cerah atau merah muda di satu sektor atau seluruh permukaan episklera. Vaskularisasi bersifat superfisial dan berpindah mengikuti gerakan jaringan konjungtiva. Pada bentuk nodular, ditemukan nodus terangkat berwarna merah muda dengan ukuran 1–3 mm di atas episklera, mobile terhadap jaringan di bawahnya. Sekret biasanya minimal atau tidak ada, dan tidak ditemukan folikel atau papil konjungtiva seperti pada konjungtivitis.

Pendekatan Diagnosis

Diagnosis episkleritis pada dasarnya adalah klinis, berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan slit-lamp. Dokter umum dapat melakukan anamnesis terstruktur mencakup karakteristik nyeri, onset, unilateralitas/bilateralitas, riwayat penyakit sistemik, penggunaan obat tetes mata sebelumnya, dan gejala penyerta seperti fotofobia, penurunan visus, atau sekret. Pemeriksaan fisik meliputi tajam penglihatan (Snellen chart), inspeksi warna dan pola hiperemia, dan penilaian apakah pembuluh darah ikut bergerak bersama konjungtiva.

Uji blanching dengan tetes mata fenilefrin 2,5% sangat membantu di layanan primer: pada episkleritis, hiperemia akan berkurang dalam 5–10 menit karena vasokonstriksi pembuluh episklera, sedangkan pada skleritis hiperemia menetap. Pemeriksaan penunjang jarang diperlukan pada kasus uncomplicated, namun bila dicurigai penyakit sistemik (misalnya artritis reumatoid, lupus, atau vaskulitis), dapat dilakukan pemeriksaan darah perifer lengkap, LED, CRP, ANA, RF, dan skrining tuberkulosis. Rujukan ke spesialis mata diindikasikan untuk evaluasi lanjutan dan slit-lamp biomicroscopy terperinci.

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

2.2 Tatalaksana Mandiri dan Indikasi Rujukan

Tatalaksana di Layanan Primer

Tatalaksana episkleritis di layanan primer berfokus pada tindakan suportif dan farmakologi lini pertama. Mayoritas kasus episkleritis simpleks bersifat self-limiting dan akan sembuh spontan dalam 1–3 minggu tanpa terapi khusus. Edukasi pasien mengenai perjalanan penyakit yang jinak ini sangat penting untuk mengurangi kecemasan. Langkah non-farmakologis meliputi kompres dingin pada kelopak mata tertutup 3–4 kali sehari selama 10–15 menit, penggunaan air mata buatan (artificial tears) untuk mengurangi iritasi, dan menghindari paparan debu, asap, atau alergen potensial.

Terapi farmakologis lini pertama adalah obat tetes mata antiinflamasi non-steroid (NSAID topikal) seperti ketorolak 0,5% atau diklofenak 0,1%, diberikan 4 kali sehari selama 1–2 minggu. NSAID oral seperti ibuprofen 400–600 mg tiga kali sehari atau naproksen 250–500 mg dua kali sehari dapat ditambahkan jika terdapat ketidaknyamanan signifikan. Pada kasus yang tidak responsif atau dengan peradangan lebih berat, dapat dipertimbangkan pemberian tetes mata kortikosteroid ringan seperti prednisolon asetat 0,12% atau fluorometolon 0,1%, namun harus digunakan dalam durasi singkat untuk mencegah efek samping okular seperti peningkatan tekanan intraokular dan katarak.

Indikasi Rujukan

Rujukan ke spesialis mata diindikasikan pada beberapa situasi klinis. Pertama, bila diagnosis tidak pasti atau dicurigai skleritis berdasarkan karakteristik nyeri berat, hiperemia kebiruan, dan tidak ada blanching dengan fenilefrin. Kedua, pada episkleritis yang tidak membaik dalam 2–3 minggu terapi adekuat atau yang sering kambuh (lebih dari 3 episode dalam setahun). Ketiga, pada kasus dengan pencurigian kuat terhadap penyakit sistemik yang memerlukan evaluasi menyeluruh dan tata laksana bersama dokter spesialis penyakit dalam atau reumatologi. Keempat, pada pasien dengan penurunan tajam penglihatan, nyeri signifikan yang menjalar, fotofobia berat, atau temuan abnormal pada bilik mata depan. Kelima, pada kasus dengan nodus yang makin membesar atau melekat pada sklera, yang mungkin mengindikasikan proses skleritis atau neoplasma yang memerlukan biopsi.

Komplikasi episkleritis jarang terjadi, berbeda dengan skleritis. Prognosis secara umum sangat baik dengan resolusi sempurna tanpa sekuele. Namun, kekambuhan terjadi pada sekitar 20–30% pasien. Follow-up di klinik umum dalam 1–2 minggu diperlukan untuk menilai respons terapi dan memastikan resolusi keluhan.

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

Modul 3: Diagnosis Banding dan Pendalaman Klinis

3.1 Diagnosis Banding Episkleritis

Prinsip Diagnosis Banding

Diagnosis banding episkleritis merupakan tantangan klinis yang penting karena beberapa kondisi okular memiliki presentasi serupa namun memerlukan tata laksana berbeda. Kesalahan diagnosis dapat berakibat fatal pada kasus skleritis yang terlambat ditangani. Kemampuan membedakan episkleritis dari skleritis, konjungtivitis, dan kondisi inflamasi okular lainnya merupakan kompetensi esensial bagi dokter umum sesuai SKDI level 4A.

Skleritis

Skleritis adalah diagnosis banding terpenting karena memiliki prognosis lebih serius. Skleritis ditandai dengan nyeri hebat yang sering membangunkan pasien di malam hari, menjalar ke alis atau pipi, dan tidak membaik dengan analgesik biasa. Hiperemia pada skleritis berwarna kebiruan-ungu (violaceous) dengan pembuluh darah yang dalam dan tidak berpindah bersama konjungtiva. Uji blanching dengan fenilefrin hasilnya negatif pada skleritis. Skleritis berkaitan erat dengan penyakit sistemik pada 50% kasus, terutama artritis reumatoid dan granulomatosis dengan poliangiitis. Komplikasi skleritis meliputi penipisan sklera, perforasi, uveitis, dan kehilangan penglihatan permanen. Skleritis memerlukan tata laksana agresif dengan NSAID oral atau kortikosteroid sistemik, dan sebagian besar kasus perlu ditangani spesialis mata.

Konjungtivitis

Konjungtivitis bakterial atau viral sering dikira episkleritis karena keduanya menyebabkan mata merah. Namun, konjungtivitis memiliki karakteristik sekret (purulen pada bakterial, watery pada viral), sensasi benda asing atau pasir, hiperemia konjungtiva (bukan episklera), dan pembengkakan kelenjar preaurikular pada bentuk viral. Pada konjungtivitis alergi, ditemukan riwayat alergi, papila konjungtiva, dan pruritus yang dominan.

Kondisi Lainnya

Pterigium dan pinguekula dapat menyebabkan kemerahan okular kronis dengan komponen nodular namun memiliki karakteristik pertumbuhan jaringan konjungtiva yang khas. Keratitis pada tahap awal dapat menyebabkan injeksi perikornea yang mungkin menyerupai episkleritis, namun biasanya disertai nyeri signifikan, fotofobia, dan infiltrat kornea. Uveitis anterior memiliki presentasi berupa nyeri, fotofobia, penurunan visus, dan sel-sel inflamasi pada bilik mata depan (fundus dengan slit-lamp). Pembedahan okular sebelumnya atau trauma dapat menyebabkan peradangan episklera sekunder. Pada kasus-kasus atypical, terutama bilateral dan berulang, evaluasi autoimun sistemik diperlukan untuk menyingkirkan

penyakit jaringan ikat yang mendasari.

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

3.2 Asosiasi Sistemik dan Kasus Klinis

Asosiasi dengan Penyakit Sistemik

Episkleritis berkaitan dengan berbagai penyakit sistemik pada sekitar 26–32% kasus, sehingga pengenalan pola asosiasi ini penting bagi dokter umum untuk melakukan skrining yang tepat. Penyakit reumatologis merupakan kelompok terbesar, dengan artritis reumatoid sebagai penyebab tersering. Pada artritis reumatoid, episkleritis umumnya terjadi pada fase aktif penyakit dan dapat menjadi penanda aktivitas penyakit sistemik. Lupus eritematosus sistemik, polimialgia reumatik, polikondritis relapsing, dan vaskulitis sistemik seperti granulomatosis dengan poliangiitis juga berkaitan dengan episkleritis.

Penyakit inflamasi usus (penyakit Crohn dan kolitis ulseratif) dapat bermanifestasi sebagai episkleritis, kadang-kadang sebagai manifestasi ekstraintestinal pertama. Pada sindrom Behçet, episkleritis dapat menyertai uveitis dan lesi mukokutaneous. Infeksi tertentu seperti tuberkulosis, sifilis, penyakit Lyme, dan herpes zoster oftalmikus dapat menyebabkan episkleritis sebagai manifestasi okular, sehingga skrining infeksi patut dilakukan pada kasus dengan riwayat atau faktor risiko yang relevan. Gout dan hiperurisemia juga dilaporkan berkaitan, terutama pada episkleritis rekuren pada laki-laki usia pertengahan.

Contoh Kasus Klinis

Kasus 1: Seorang wanita usia 32 tahun datang dengan keluhan mata kanan merah sejak 3 hari, rasa penuh sesak ringan, tanpa penurunan penglihatan. Riwayat artritis reumatoid terkontrol dengan metotreksat. Pemeriksaan menunjukkan hiperemia sektor temporal berwarna merah cerah, pembuluh berpindah dengan konjungtiva, visus 6/6, tidak ada sekret. Uji blanching dengan fenilefrin positif. Diagnosis: episkleritis simpleks pada pasien artritis reumatoid. Tata laksana: kompres dingin, air mata buatan, NSAID topikal, evaluasi penyakit reumatologi. Observasi 1 minggu menunjukkan perbaikan.

Kasus 2: Seorang pria usia 45 tahun datang dengan keluhan mata kiri merah dan nyeri berat sejak 5 hari, menjalar ke pelipis, terbangun di malam hari karena nyeri. Pemeriksaan menunjukkan hiperemia violaceous pada seluruh permukaan okular kiri, pembuluh tidak berpindah dengan konjungtiva, visus 6/12, nyeri tekan pada palpasi sklera. Uji blanching negatif. Diagnosis: skleritis difus. Dirujuk segera ke spesialis mata untuk evaluasi lanjutan dan penatalaksanaan dengan NSAID sistemik atau kortikosteroid, serta skrining penyakit sistemik.

Prognosis dan Edukasi Pasien

Prognosis episkleritis sangat baik dengan resolusi sempurna dalam 1–3 minggu pada sebagian besar kasus. Namun, kekambuhan terjadi pada 20–30% pasien, terutama pada mereka dengan penyakit sistemik yang mendasari. Edukasi pasien mencakup penjelasan bahwa kondisi ini umumnya jinak, tidak mengganggu penglihatan, dan dapat ditangani di layanan primer. Pasien perlu diinformasikan tanda bahaya yang memerlukan evaluasi ulang: nyeri yang makin berat, penurunan penglihatan, fotofobia, atau tidak membaik dalam 2–3 minggu. Kolaborasi dengan dokter spesialis mata dan spesialis penyakit dalam penting pada kasus berulang atau dengan kecurigaan penyakit sistemik.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern: Scleritis and Other Scleral Disorders. AAO PPP Guidelines (2020). <https://www.aao.org/>
2. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
3. Colin I. Clement, Shibal Bhartiya, Tarek Shaarawy. New perspectives on target intraocular pressure. Survey of Ophthalmology (2014). doi:10.1016/j.survophthal.2014.04.001
4. Jean Shaw. g R N %È. Ophthalmology (2016). doi:10.1016/j.ophtha.2015.12.022
5. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Mata. Kemenkes RI (2018).
6. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. General Ophthalmology. McGraw-Hill (2017).
7. Hessen M, Akpek EK. Ocular Involvement in Autoimmune and Systemic Inflammatory Diseases. Current Opinion in Ophthalmology (2015).
8. American Academy of Ophthalmology. EyeWiki: Episcleritis. AAO EyeWiki (2022). <https://eyewiki.aao.org/Episcleritis>

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.