# Iridosiklitis dan Iritis: Diagnosis serta Tatalaksana Awal

Mata (Sistem Indra) • SKDI 3A

Course tingkat menengah untuk mengenali, mendiagnosis, dan memberikan tatalaksana awal iridosiklitis/iritis akut di layanan primer, termasuk indikasi rujukan tepat ke spesialis mata.

Dokumen ini dibuat secara otomatis oleh sistem Malayan Saintifika.

# Modul 1: Dasar dan Epidemiologi Iridosiklitis

## 1.1 Definisi, Klasifikasi, dan Epidemiologi Uveitis Anterior

Definisi dan Ruang Lingkup

Iridosiklitis dan iritis merupakan istilah klinis yang merujuk pada peradangan segmen anterior mata. Iritis secara spesifik merujuk pada inflamasi pada iris (iritis), sedangkan iridosiklitis mencakup peradangan pada iris dan badan siliar (corpus ciliaris). Kedua kondisi ini merupakan bentuk paling umum dari uveitis anterior, yang ditandai oleh peradangan pada lapisan uvea bagian depan. Insiden uveitis anterior secara global berkisar antara 17–52 kasus per 100.000 penduduk per tahun, dengan puncak usia 20–60 tahun. Di Indonesia, data multisenter menunjukkan bahwa uveitis anterior menempati proporsi signifikan dari kasus rawat jalan spesialis mata, terutama pada kelompok usia produktif, sehingga dampak terhadap kualitas penglihatan dan produktivitas ekonomi cukup bermakna.

Klasifikasi Klinis
Klasifikasi penting untuk menentukan pendekatan diagnostik dan terapi. Berdasarkan onset, dibagi menjadi akut (gejala muncul tiba-tiba, berlangsung kurang dari 6 minggu) dan kronis (persistensi lebih dari 3 bulan). Berdasarkan etiologi, dikategorikan menjadi infeksi (herpes simpleks, varicella-zoster, tuberkulosis, sifilis, leptospirosis), non-infeksi/non-autoimun, dan autoimun (HLA-B27 positif, artritis idiopatik juvenil, penyakit Behçet, sarkoidosis). Berdasarkan laterality, dapat unilateral atau bilateral — bilateral lebih mengarah ke penyebab sistemik autoimun. Karakteristik onset akut unilateral lebih sering berhubungan dengan HLA-B27-associated acute anterior uveitis (AAU), yang merupakan bentuk paling umum di klinik.

Faktor Risiko
Faktor risiko utama meliputi riwayat penyakit autoimun sistemik (ankylosing spondylitis, reactive arthritis, psoriasis arthritis, inflammatory bowel disease), infeksi sistemik aktif, trauma mata, dan riwayat operasi intraokular sebelumnya. Genotipe HLA-B27 merupakan predisposisi genetik terkuat untuk bentuk idiopatik akut. Mengenali faktor-faktor ini membantu dokter umum melakukan stratifikasi risiko sebelum merujuk pasien.

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

## 1.2 Etiologi dan Patofisiologi Peradangan Segmen Anterior

Etiologi Iridosiklitis

Etiologi iridosiklitis sangat heterogen dan penting dikenali untuk menentukan apakah kasus bersifat idiopatik, terkait penyakit sistemik, atau infeksi spesifik. Penyebab paling sering pada dewasa muda adalah HLA-B27-associated uveitis, yang sering bermanifestasi

sebagai serangan unilateral akut yang rekuren. Kondisi ini berhubungan kuat dengan spondiloartropati seperti ankylosing spondylitis (20–40% kasus AAU positif HLA-B27), reactive arthritis, dan artritis psoriatik. Pada populasi Asia, penyebab infeksi yang harus dipertimbangkan mencakup tuberkulosis (sangat relevan di Indonesia), sifilis, dan toksoplasmosis (meskipun toksoplasmosis lebih dominan korioretinitis posterior). Infeksi virus herpes (HSV, VZV) dapat menyebabkan iridosiklitis yang sering unilateral dengan karakteristik hipertensi intraokular atau penurunan tekanan intraokular akibat disfungsi badan siliar.

Pada anak, penyebab paling umum adalah artritis idiopatik juvenil (JIA), terutama subtipe oligoarticular, yang sering bersifat kronis, asimtomatik, dan bilateral — menyulitkan deteksi dini. Penyebab lain termasuk sarkoidosis, penyakit Behçet, dan sindrom uveitis Fuchs (heterokromik). Trauma atau pembedahan intraokular juga dapat memicu uveitis, begitu pula penggunaan beberapa obat sistemik seperti rifabutin, sulfonamid, dan bisphosphonate (jarang).

Patofisiologi
Patofisiologi uveitis anterior melibatkan gangguan blood-aqueous barrier (BAB), yaitu sawar ketat antara darah dan humor akuos yang normalnya mempertahankan kejernihan dan komposisi biokimiawi akuos. Inflamasi merusak endotel pembuluh iris dan badan siliar sehingga terjadi kebocoran protein dan sel inflamasi ke dalam bilik mata depan. Sel-sel radang — terutama neutrofil pada fase akut dan limfosit pada fase kronis — membentuk presipitat keratik (keratic precipitates, KP) yang menempel pada endothelium kornea. Pelepasan prostaglandin dan sitokin (IL-1, IL-6, TNF-; ’ ÖVàyebabkan vasodilatasi, edema iris, miosis spastik, dan nyeri karena iritasi nervus trigeminus. Pada kasus berat, eksudat fibrin dapat membentuk posterior synechiae (perlengketan iris ke lensa) yang menurunkan fungsi pupil dan berisiko meningkatkan tekanan intraokular.

Pemahaman mekanisme ini penting untuk pemilihan terapi yang menargetkan jalur inflamasi spesifik, seperti kortikosteroid untuk menekan mediator inflamasi dan sikloplegik untuk mencegah sinekia posterior melalui paralisis otot siliar.

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

## 1.3 Anatomi Klinis Segmen Anterior dan Implikasi Inflamasi

Anatomi Fungsional Segmen Anterior Mata

Untuk memahami manifestasi klinis dan komplikasi iridosiklitis, dokter perlu menguasai anatomi segmen anterior. Bilik mata depan (anterior chamber) adalah ruang berisi humor akuos yang dibatasi oleh kornea (depan), iris dan sebagian lensa (belakang), serta sudut iridokorneal (perifer). Badan siliar (corpus ciliaris) adalah struktur berbentuk annular di belakang iris yang berfungsi memproduksi humor akuos (sekresi oleh prosesus siliaris) dan mengendalikan akomodasi melalui otot siliar. Iris adalah diafragma berpigmen yang

mengatur jumlah cahaya masuk dengan mengatur ukuran pupil melalui otot sfingter pupil (parasimpatis, nervus kranialis III) dan otot dilatator pupil (simpatis).

Implikasi Klinis Peradangan
Ketika struktur-struktur ini meradang, terjadi beberapa perubahan anatomo-fungsional yang khas. Hipopion adalah akumulasi sel radang (terutama neutrofil) yang mengendap di bagian inferior bilik mata depan akibat gaya gravitasi dan membentuk level cairan — sering menandakan uveitis berat atau etiologi tertentu (Behçet, artritis septik). Hifema (darah di bilik mata depan) kadang terlihat pada iritis traumatik atau neovaskularisasi iris. Presipitat keratik (KP) adalah deposit sel radang pada endotel kornea, dengan morfologi yang berbeda sesuai etiologi: KP granulomatik (berbentuk seperti lemak domba/mutton-fat) pada sarkoidosis atau tuberkulosis, KP non-granulomatik (kecil, bulat) pada uveitis HLA-B27. Posterior synechiae adalah perlengketan antara tepi pupil dan permukaan anterior lensa akibat eksudat fibrin inflamasi; jika total, menyebabkan seclusio pupillae yang menghambat aliran humor akuos dari bilik posterior ke bilik anterior sehingga tekanan intraocular meningkat dan risiko glaukoma sekunder muncul.

Dokter umum harus mengenali tanda-tanda ini dalam pemeriksaan slit-lamp sederhana atau dengan senter untuk merujuk secara tepat waktu. Pemahaman anatomis ini menjadi landasan bagi modul klinis selanjutnya.

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

# Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana di Layanan Primer

## 2.1 Manifestasi Klinis dan Anamnesis Terarah

Gejala Klinis Iridosiklitis

Iridosiklitis akut memiliki presentasi klinis yang cukup khas sehingga dokter umum yang waspada dapat melakukan diagnosis awal sebelum pasien dirujuk. Gejala cardinal meliputi nyeri ocular yang diperberat oleh paparan cahaya atau gerakan bola mata, fotofobia (rasa silau yang tidak nyaman), penglihatan kabur ringan hingga sedang yang disebabkan oleh hilangnya kejernihan humor akuos dan edema makula (jarang pada kasus murni anterior), serta lakrimasi berlebihan. Karakteristik penting: gejala muncul unilateral, onset mendadak, dan sering kali pasien bangun tidur dengan mata merah dan berair. Beberapa pasien mengeluh floater ringan, yaitu bintik-bintik gelap di lapangan pandang akibat debris selular dalam humor akuos, meskipun floater yang dominan lebih sering mengindikasikan uveitis intermediate atau posterior.

Tanda pada Pemeriksaan
Pada inspeksi dengan senter dapat ditemukan injeksi siliar (circumcorneal flush) — pelebaran pembuluh darah limbus yang memberi halo kemerahan di sekitar kornea. Injeksi konjungtiva (biasa ditemukan pada konjungtivitis) harus dibedakan dari injeksi siliar yang lebih dalam dan lebih terlokalisasi di limbus. Pupil pasien iritis biasanya miotik (kecil) akibat spasme otot sfingter pupil, dan bentuknya ireguler jika terdapat sinekia posterior. Pemeriksaan dengan slit-lamp oleh dokter spesialis akan menunjukkan sel-sel inflamasi dalam humor akuos dan flare (kekeruhan protein), yang menjadi dasar sistem grading SUN (Standardization of Uveitis Nomenclature) bekerja: sel 0.5+ sampai 4+ dan flare 0+ sampai 4+.

Anamnesis Terarah
Dokter umum harus menanyakan riwayat penyakit sistemik: nyeri pinggang/punggung bawah (ankylosing spondylitis), nyeri sendi terutama sendi besar (arthritis), psoriasis kulit atau kuku, ulkus mulut atau genital berulang (Behçet), batuk kronis atau kontak TB (tuberkulosis), riwayat IMS, serta riwayat operasi mata atau trauma. Riwayat keluarga dengan uveitis atau spondiloartropati meningkatkan kecurigaan etiologi genetik. Pertanyaan tentang durasi gejala, episode serupa sebelumnya, dan obat yang digunakan membantu membedakan akut-kronis dan idiopatik-sekunder. Anamnesis yang terarah akan sangat membantu dokter spesialis mata menentukan investigasi lanjutan yang tepat.

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

## 2.2 Pemeriksaan Fisik, Penunjang, dan Diagnosis Banding

Pemeriksaan di Layanan Primer

Sebelum merujuk, dokter umum dapat melakukan beberapa langkah pemeriksaan sederhana. Tajam penglihatan diukur dengan kartu Snellen atau poster tumbling E pada jarak 6 meter — penurunan visus signifikan (>2 baris) menandakan kemungkinan edema kornea atau segmen posterior ikut terlibat. Pemeriksaan pupil dengan senter dapat mendeteksi pupil miotik, reaksi lambat, atau bentuk ireguler akibat sinekia. Slit-lamp sederhana jika tersedia, akan sangat membantu mengidentifikasi sel-sel dalam bilik mata depan, keratik precipitates, dan hipopion. Tonometri penting: tekanan intraokular bisa menurun (akhipo karena disfungsi badan siliar) atau meningkat (pada kasus herpes atau sudah ada sinekia total). Namun, pemeriksaan TIO pada mata inflamasi akut perlu kehati-hatian karena risiko kerusakan kornea.

Pemeriksaan Penunjang
Sebagian besar pemeriksaan penunjang spesifik dilakukan di tingkat spesialis. Namun, dokter umum dapat memulai dengan beberapa tes dasar sistemik yang membantu mengerucutkan etiologi: laju endap darah (LED) dan C-reactive protein (CRP) sebagai penanda inflamasi sistemik, HLA-B27 sebagai penanda spondiloartropati, tes sifilis (VDRL/RPR dan TPHA), tes HIV, dan foto toraks untuk menyingkirkan tuberkulosis atau sarkoidosis. Pada pasien dengan kecurigaan artritis, rontgen sakroiliaka atau rujukan reumatologis sebaiknya dipertimbangkan. Tidak semua kasus perlu panel lengkap — pemilihan harus berdasarkan temuan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Diagnosis Banding
Beberapa kondisi harus disingkirkan karena meniru iridosiklitis: konjungtivitis akut (biasanya tanpa fotofobia berat dan tanpa injeksi siliar), keratitis (nyeri hebat, injeksi siliar, tetapi fokus pada kornea dengan defek epitel), glaukoma akut sudut tertutup (nyeri berat, pupil mid-dilatasi, TIO sangat tinggi, bukan miotik), endofthalmitis (visus sangat menurun, hipopion, riwayat operasi intraokular baru), dan tumor intraokular seperti retinoblastoma pada anak (walaupun lebih sering muncul dengan leukokoria). Pemahaman diagnosis banding memastikan dokter tidak melewatkan kondisi darurat seperti glaukoma akut atau endofthalmitis.

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

## 2.3 Tatalaksana Awal, Indikasi Rujukan, dan Komplikasi

Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Peran dokter umum di level SKDI 3A adalah melakukan diagnosis awal, memberikan tatalaksana suportif dan rasional, serta merujuk pasien ke spesialis mata secara tepat

waktu. Tatalaksana awal yang dapat dilakukan meliputi: (1) Kompres dingin untuk mengurangi discomfort, (2) Analgesik oral seperti paracetamol 500–1000 mg setiap 6–8 jam sesuai kebutuhan untuk mengatasi nyeri ringan, (3) Midriatikum/sikloplegik kerja pendek (tropikamid 1% tetes mata) untuk mencegah sinekia posterior selama menunggu rujukan — dengan syarat tidak ada kecurigaan glaukoma sudut tertutup. Kortikosteroid topikal (prednisolon asetat 1% atau deksametason 0,1%) hanya boleh dimulai setelah konsultasi dengan spesialis mata atau dalam konteks menunggu rujukan cepat, karena penggunaan tanpa pengawasan dapat memperberat kondisi jika penyebabnya infeksi herpes yang tidak terdeteksi.

Kortikosteroid sistemik (prednisolon oral 1 mg/kgBB/hari) merupakan domain spesialis mata dan reumatologis. Antibiotik atau antiviral empirik tidak boleh diberikan tanpa bukti etiologi. NSAID topikal (ketorolak 0,5% atau nepafenak 0,1%) sering digunakan oleh spesialis sebagai terapi adjuvan.

Indikasi Rujukan Segera
Rujukan segera (urgent) ke spesialis mata diperlukan pada: kasus akut baru, penurunan visus signifikan, hipopion, TIO sangat tinggi atau sangat rendah, kecurigaian etiologi infeksi berat, pasien anak dengan kecurigaan JIA, mata merah yang tidak membaik dengan terapi dalam 48–72 jam, kasus rekuren dengan komplikasi sinekia atau katarak, dan bilateral uveitis (menyiratkan penyakit sistemik serius).

Komplikasi dan Prognosis
Komplikasi yang dapat muncul bila tatalaksana terlambat atau tidak adekuat antara lain: sinekia posterior permanen, katarak komplikata (terutama steroid-induced), glaukoma sekunder, edema makula sistoid (penyebab utama penurunan visus permanen), hipotoni okular kronis dengan risiko ptisis bulbi, dan band keratopathy. Prognosis iridosiklitis akut idiopatik umumnya baik jika ditangani dalam 6 minggu pertama, dengan resolusi 80–90% kasus. Kasus kronis atau yang terkait autoimun sistemik cenderung memiliki prognosis lebih buruk dan memerlukan terapi imunosupresif jangka panjang.

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

# Modul 3: Kasus Klinis dan Pendalaman Materi

## 3.1 Studi Kasus: Pendekatan Diagnosis Awal di Puskesmas

Skenario Kasus

Tn. A, 28 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan mata kanan merah sejak 2 hari yang lalu, terasa nyeri berdenyut, silau terhadap cahaya, dan penglihatan kabur ringan. Pasien juga mengeluh nyeri pinggang bawah yang hilang-timbul sejak 6 bulan tetapi tidak pernah memeriksakan diri. Tidak ada riwayat trauma atau operasi mata. Pemeriksaan: visus mata kanan 6/9, mata kiri 6/6. Inspeksi menunjukkan injeksi siliar di sekitar limbus kornea kanan, pupil kanan miotik dan sulit berdilatasi dengan cahaya redup, kornea jernih, tidak ada hipopion. Tidak ada riwayat psoriasis, ulkus mulut, atau batuk kronis.

Pendekatan Klinis
Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan, dokter memiliki kecurigaan kuat HLA-B27-associated acute anterior uveitis yang sering berhubungan dengan spondiloartropati (pada kasus ini mungkin awal ankylosing spondylitis yang belum terdiagnosis). Dokter melakukan langkah awal: mencatat onset akut, gejala klasik (nyeri, fotofobia, penglihatan kabur), injeksi siliar, dan pupil miotik ireguler. Tatalaksana awal yang dapat diberikan sebelum rujukan: parasetamol oral untuk analgesia, tetes mata tropikamid 1% untuk mencegah sinekia posterior (satu tetes, tidak berulang tanpa supervisi spesialis), dan kompres dingin.

Dokter kemudian merujuk pasien ke spesialis mata secara urgent dengan membawa surat rujukan yang mencakup: ringkasan anamnesis, temuan pemeriksaan visual acuity dan pupil, kecurigaan etiologi, dan rekomendasi untuk evaluasi HLA-B27 serta rontgen sakroiliaka. Dokter juga menyarankan pasien untuk memeriksakan diri ke spesialis penyakit dalam atau reumatologis jika ditemukan artritis sakroiliaka. Informasi tambahan untuk pasien: kondisi dapat kambuh, sehingga gejala serupa harus dilaporkan segera.

Pembelajaran
Kasus ini mengilustrasikan pentingnya pengenalan dini dan rujukan tepat waktu. Keterlambatan diagnosis pada AAU dapat menimbulkan sinekia posterior permanen dalam hitungan hari, sehingga waktu menjadi krusial. Selain itu, identifikasi kemungkinan penyakit sistemik yang mendasari (ankylosing spondylitis) akan menyelamatkan pasien dari kerusakan sendi ireversibel melalui terapi biologis dini seperti anti-TNF.

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

## 3.2 Tatalaksana Lanjutan di Tingkat Spesialis dan Follow-Up

Tatalaksana Spesialistik

Di tingkat spesialis mata, tatalaksana iridosiklitis mencakup tiga pilar utama: kortikosteroid, sikloplegik, dan terapi etiologi spesifik. Kortikosteroid topikal merupakan lini pertama — prednisolon asetat 1% diberikan dengan dosis frekuensi tinggi di fase akut (misalnya 6–8 kali sehari selama 1 minggu), lalu tapering perlahan selama 4–6 minggu. Pada kasus berat atau yang mengancam segmen posterior, kortikosteroid periokular (injeksi sub-Tenon) atau sistemik dapat digunakan. Sikloplegik seperti atropin 1% (efek panjang) atau siklopentolat 1% (efek sedang) diberikan untuk menghilangkan nyeri akibat spasme otot siliar, melebarkan pupil untuk mencegah sinekia posterior, dan memutuskan sinekia yang sudah terbentuk (pada stadium awal).

Terapi Imunosupresif dan Biologis
Untuk kasus yang terkait autoimun sistemik, kronis, atau refrakter, diperlukan immunosuppressive therapy seperti metotreksat, mikofenolat mofetil, azatioprin, atau siklosporin — biasanya dikelola bersama reumatologis. Pada ankylosing spondylitis dan Behçet yang resisten, biologis anti-TNF (adalimumab, infliximab) atau anti-interleukin (tocilizumab) memberikan remisi jangka panjang.

Follow-Up dan Monitoring
Follow-up yang ketat penting untuk mencegah komplikasi. Pemeriksaan awal idealnya setiap 1–2 minggu selama fase akut, lalu setiap 4–6 minggu saat tapering steroid. Parameter yang dipantau: visus, TIO, adanya sel dan flare, sinekia, katarak, edema makula, dan efek samping terapi (TIO tinggi akibat steroid, katarak subkapsular posterior). OCT makula direkomendasikan untuk menyingkirkan edema makula sistoid yang merupakan penyebab utama kehilangan visus permanen pada uveitis kronis. Pasien dengan riwayat uveitis berulang perlu diedukasi untuk mengenali gejala awal dan datang segera jika mengalami serangan baru. Kolaborasi jangka panjang antara dokter umum, spesialis mata, dan reumatologis menjadi kunci outcome optimal.

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

## 3.3 Isu Khusus: Uveitis pada Anak dan Penyebab Infeksi

Uveitis pada Anak

Uveitis pada populasi pediatrik memiliki tantangan diagnostik dan tatalaksana khusus. Penyebab tersering adalah artritis idiopatik juvenil (JIA) subtipe oligoarticular dengan ANA positif — bentuk ini sering asimtomatik, bilateral, kronis, dan risiko tinggi komplikasi katarak serta glaukoma. American Academy of Ophthalmology merekomendasikan skrining rutin pada anak dengan JIA: setiap 3 bulan pada tahun pertama, lalu setiap 6 bulan hingga pubertas. Pengawasan orang tua dan penglihatan visus sangat sulit pada anak kecil, sehingga banyak kasus terlambat terdiagnosis. Tatalaksana mengikuti algoritma bertahap dari kortikosteroid topikal, metotreksat, hingga agen biologis. Dampak terhadap perkembangan visus dan psikososial anak sangat bermakna dan memerlukan pendekatan multidisiplin bersama pediatri, reumatologi anak, dan oftalmologi pediatrik.

Penyebab Infeksi Spesifik
Beberapa etiologi infeksi memiliki karakteristik klinis yang khas dan memerlukan terapi antimikroba spesifik:
• Tuberkulosis ocular: endemik di Indonesia, sering bermanifestasi sebagai uveitis granulomatik bilateral dengan mutton-fat KP, tuberkel koroid, dan vitreous haze. Diagnosis sulit, memerlukan uji tuberkulin/IGRA, foto toraks, dan evaluasi pulmonologis. Terapi kombinasi anti-tuberkulosis standar 6–9 bulan.
• Sifilis ocular: salah satu "great imitator", dapat menyerupai berbagai bentuk uveitis. Penisilin intravena dosis tinggi adalah terapi definitif.
• Herpes zoster ophthalmicus: dermatomal V1, menyebabkan iritis hipertensif dengan KPs sektor, atropi iris. Terapi antivirus sistemik (asiklovir/valasiklovir) harus dimulai dalam 72 jam untuk mencegah komplikasi ocular kronis.
• Toxoplasmosis: lebih sering korioretinitis posterior, tetapi bisa melibatkan segmen anterior.

Dokter umum berperan penting dalam mengenali tanda-tanda infeksi sistemik yang mungkin mendasari, melakukan investigasi awal (VDRL, foto toraks), dan merujuk tepat waktu. Penguasaan topik ini memastikan dokter umum dapat menjalankan perannya sebagai gatekeeper sistem kesehatan secara optimal dalam tatalaksana iridosiklitis.

> 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: Uveitis. American Academy of Ophthalmology (2021). https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/uveitis-ppp

2. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach. Elsevier Saunders (2016).

3. Ilyas S, Yulianti SR. Ilmu Penyakit Mata. Badan Penerbit FKUI (2017).

4. Gueudry J, Casoli J, Chapelon E, et al.. Diagnosis and management of acute anterior uveitis: a practical approach. Journal of French Ophthalmology (2018).

5. Rathinam SR, Babu M. Algorithmic approach in the diagnosis of uveitis. Indian Journal of Ophthalmology (2017).

6. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Praktik Klinis Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kemenkes RI (2017). https://www.kemkes.go.id

7. Agrawal RV, Murthy S, Sangwan VS, et al.. Current approach in diagnosis and management of anterior uveitis. Indian Journal of Ophthalmology (2016).

## 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.