

Blefaritis: Diagnosis dan Tatalaksana Mandiri di Layanan Primer

Mata (Sistem Indra) • SKDI 4A

Course komprehensif blefaritis untuk dokter layanan primer. Materi mencakup etiologi, klasifikasi, diagnosis klinis, tatalaksana higienitas kelopak, farmakoterapi topikal, hingga kriteria rujukan spesialis mata sesuai SKDI level 4A.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Blefaritis

1.1 Anatomi Kelopak Mata dan Epidemiologi Blefaritis

Kelopak mata (palpebra) tersusun atas kulit, jaringan subkutan longgar, otot orbikularis, tarsus, dan konjungtiva tarsal. Di dalam tarsus terdapat kelenjar meibom (kelenjar tarsales) yang mensekresikan lipid untuk lapisan minyak tear film, mencegah penguapan air mata berlebih. Pada pangkal bulu mata bermuara kelenjar Zeiss (sebacea) dan Moll (keringat apokrin). Orifisium adalah lubang muara kelenjar ke permukaan. Blefaritis anterior melibatkan folikel silia, Zeiss, Moll; posterior mengenai kelenjar meibom. Distikiasis adalah baris bulu mata ganda; tylosis adalah penebalan margin kelopak. Klasifikasi AAO: stafilokokal, seboroik, meibomian, dan campuran. Epidemiologi: prevalensi 37–52% pasien klinik mata, 8% kunjungan dokter mata. Puncak usia 40–70 tahun. Faktor risiko: dermatitis seboroik, rosacea, dermatitis atopik, akne vulgaris, diabetes, HIV, debu tropis, serta kebiasaan tidak membersihkan riasan. Deteksi dini mencegah komplikasi seperti trikiasis, madarosis, dan ulkus kornea.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi Blefaritis

Etiologi utama blefaritis adalah bakteri Gram positif *Staphylococcus epidermidis* dan *S. aureus* yang berkolonisasi di pangkal bulu mata, menghasilkan enzim lipase dan esterase. Lipase menghidrolisis lipid meibom menjadi asam lemak bebas yang bersifat iritatif. Jamur *Malassezia furfur* berperan pada blefaritis seboroik. Tungau *Demodex folliculorum* sering meningkat pada blefaritis kronik dan rosacea. Faktor risiko: dermatitis seboroik, rosacea okuli, akne, dermatitis atopik, diabetes, higiene buruk, debu, kontak lensa, dan obat topikal ber-preservative. Patofisiologi anterior: biofilm, collarette (krusta di sekitar silia), hiperkeratinisasi folikel, telangiektasi, distorsi bulu mata. Patofisiologi posterior (meibomitis): obstruksi orifisium, hiperkeratinisasi duktus, sekret kental seperti pasta gigi. Disfungsi kelenjar meibom (MGD) menurunkan lipid tear film sehingga terjadi evaporative dry eye. Mediator inflamasi IL-1, TNF- α merusak epitel kornea-konjungtiva, menimbulkan keratitis punctata hingga ulkus.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tata Laksana Mandiri

2.1 Manifestasi Klinis dan Anamnesis pada Blefaritis

Manifestasi klinis blefaritis bersifat kronik eksaserbasi akut, umumnya bilateral. Keluhan: mata merah kronik, rasa kering/berpasir, sensasi terbakar, lengket saat bangun tidur, fotofobia ringan, penglihatan kabur yang membaik setelah berkedip. Gejala memburuk sore-malam, di ruang AC, atau setelah lama menatap layar. Tanda klinis: skuama/krusta di pangkal silia (halus berminyak pada seboroik, kering keras/collarette pada stafilokokal), eritema, edema margin, telangiektasi, busa di kantung lateral (frothy discharge), orifisium tersumbat, sekret meibom keruh, madarosis (rontok), trikiasis (ke dalam), distikiasis (baris ganda), leukotriksia, dan tylosis. Anamnesis: onset, pencetus, komorbid atopik, riwayat tetes mata ber-benzalkonium, DM, rosasea, HIV. Kuesioner OSDI menilai keparahan subjektif: skor 0–12 normal, 13–22 ringan, 23–32 sedang, 33–100 berat. Pemeriksaan: inspeksi lampu senter, eversi kelopak, fluorescein untuk PEE, TBUT <10 detik = tear film tidak stabil, Schirmer-1 <10 mm/5 menit mendukung defisiensi aqueous.

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

2.2 Tata Laksana Blefaritis di Layanan Primer

Tata laksana bertahap dimulai dari higienitas kelopak sebagai fondasi, lalu farmakoterapi sesuai sub tipe. Higienitas: kompres hangat 5–10 menit, pijat margin kelopak distal ke orifisium, bersihkan dengan saline steril atau lid scrub komersial (lebih direkomendasikan daripada campuran baby shampoo 1:10 karena baby shampoo berisiko iritasi). Lakukan 1–2 kali/hari saat eksaserbasi, maintenance 1 kali/hari sebelum tidur. Antibiotik topikal: eritromisin 0,5% atau fusidat 1% salep malam hari selama 2–4 minggu untuk mencegah resistensi. Pada keterlibatan permukaan okuli luas, tetes fluorokuinolon (ofloksasin/ moksifloksasin) atau azitromisin 1%. Doxycycline oral 50–100 mg/hari selama 4–6 minggu bersifat anti-inflamasi, monitoring GI dan superinfeksi; kontraindikasi pada anak <8 tahun, hamil, dan menyusui. Alternatif: eritromisin oral 250–500 mg 2–4 kali/hari. Anti-inflamasi: fluorometolon 0,1% atau loteprednol 0,5% 2–4 minggu tapering. Cyclosporin 0,05%/ lifitegrast 5% untuk dry eye kronik komorbid. Demodex blepharitis: tea tree oil 50% lid scrub mingguan sebagai tata laksana spesifik di layanan primer.

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

Modul 3: Modul 3: Komplikasi dan Kriteria Rujukan

3.1 Diagnosis Banding dan Komplikasi Blefaritis

Diagnosis banding blefaritis: konjungtivitis alergi (gatal dominan, papila raksasa), keratokonjungtivitis sicca (Schirmer rendah), chalazion (nodul padat tarsus), hordeolum (bisul merah nyeri), dermatitis kontak kelopak, rosasea okuli, dermatitis seboroik, dan dermatitis atopik yang sering tumpang tindih. Komplikasi mata: hordeolum berulang, chalazion kronik, madarosis, trikiasis, distikiasis, jaringan parut margin (tylosis, notching), keratitis punctata superficial, infiltrate marginal, ulkus kornea, pannus, eksaserbasi dry eye disease dengan erosio kornea berulang, dan konjungtivitis kronik papilar. Pada immunocompromised waspadai selulitis preseptal. Dampak sistemik-psikososial: ketidaknyamanan menetap, gangguan kosmetik, penurunan produktivitas, kecemasan kosmetik. Prognosis umumnya baik pada kasus ringan; MGD lanjut meninggalkan atrofi kelenjar permanen. Tujuan realistis: kontrol gejala, cegah eksaserbasi, pertahankan fungsi permukaan okuli. Pencegahan: higiene harian, ganti sarung bantal, hindari makeup berlebih, kelola komorbid kulit.

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

3.2 Kriteria Rujukan dan Kolaborasi dengan Spesialis Mata

Kriteria rujukan SKDI level 4A: rujukan emergensi untuk penurunan tajam penglihatan mendadak, nyeri hebat dengan fotofobia (curiga keratitis/ulkus), ulkus atau infiltrate kornea marginal, selulitis preseptal/orbital (edema periorbita progresif, proptosis, keterbatasan gerak bola mata), dan curiga neoplasia kelopak. Rujukan elektif: gejala menetap >4–6 minggu walau terapi adekuat, blefaritis berat dengan trikiasis/distikiasis/entropion, Demodex blepharitis berat, kebutuhan bedah minor (eksisi chalazion/biopsi), anak dengan kronik curiga alergi berat/imunodefisiensi, kehamilan dengan kebutuhan terapi sistemik. Konseling pra-rujukan: jelaskan alasan rujukan dan prognosis, lanjutkan higienitas kelopak, hentikan sementara obat iritatif, siapkan surat rujukan berisi onset, durasi, gejala, temuan fisik, terapi, komorbid, dan kecurigaan diagnosis. Komunikasi verbal dengan spesialis mempercepat triage. Kolaborasi dengan dermatologi (rosasea/seboroik berat), pediatri (kasus anak), dan edukator DM. Dokter layanan primer berperan sebagai edukator komunitas di Posyandu dan posbindu PTM untuk pencegahan.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Blepharitis Preferred Practice Pattern. American Academy of Ophthalmology (2018).
2. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
3. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. Vaughan & Asbury's General Ophthalmology. McGraw-Hill Education (2017).
4. Ilyas S, Yulianti SR. Ilmu Penyakit Mata. Badan Penerbit FK UI (2019).
5. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Mata. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI (2019).
6. Pflugfelder SC, Karpecki PM, Perez VL. Management of Blepharitis: Clinical Features and Treatment. Journal of Clinical Ophthalmology (2014).
7. Bernardes TF, Bonfioli AA. Blepharitis and Ocular Surface Disease: Pathophysiology and Management. Seminars in Ophthalmology (2017).
8. Luchs J, Buznego C, Trattler W. Incidence of Blepharitis and Associated Risk Factors. American Academy of Ophthalmology (2010).

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.