

Hordeolum: Diagnosis dan Tatalaksana di Tingkat Layanan Primer

Mata (Sistem Indra) • SKDI 4A

Course komprehensif tentang hordeolum (bintitan) untuk dokter layanan primer. Membahas etiologi, patofisiologi, diagnosis banding dengan kalazion, tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi, hingga indikasi rujukan ke spesialis mata.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Hordeolum

1.1 Anatomi Kelopak Mata dan Definisi Hordeolum

Kelopak mata (palpebra) memiliki lima lapisan dari luar ke dalam: kulit (kulit tertipis di tubuh), jaringan subkutan longgar, otot orbikularis okuli, tarsus (mengandung kelenjar Meibom), dan konjungtiva palpebra. Kelenjar adneksa yang relevan: kelenjar Meibom (di tarsus), Zeiss (sebacea terkait folikel rambut silia), dan Moll (apokrin di dasar bulu mata). Definisi: hordeolum adalah peradangan supuratif akut kelenjar kelopak, terutama oleh *Staphylococcus aureus*. Hordeolum internum melibatkan kelenjar Meibom, lebih besar dan nyeri karena tarsus yang tegang. Hordeolum eksternum melibatkan kelenjar Zeiss/Moll, lebih superfisial berupa pustul kecil di tepi kelopak. Hordeolum umum di layanan primer menyerang semua usia, namun insidensi tertinggi pada usia 20–40 tahun (Mori et al., 2021). Faktor risiko: higiene buruk, lensa kontak, blefaritis, rosasea, dan diabetes. Komplikasi serius berupa selulitis orbita harus dikenali.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi: penyebab utama adalah *Staphylococcus aureus* (>90% kultur pus). Jarang oleh *S. epidermidis*, *Streptococcus*, atau gram negatif seperti *Pseudomonas aeruginosa* pada pengguna lensa kontak. Infeksi terjadi saat flora normal masuk ke lumen kelenjar melalui folikel rambut atau duktus yang tersumbat. Faktor risiko: blefaritis kronis (seboroik/stafilokokal), rosasea okular, diabetes mellitus, immunosupresi, lensa kontak tidak higienis, kebiasaan menyentuh mata, sisa kosmetik, stres, serta riwayat hordeolum sebelumnya. Patofisiologi: dimulai dari obstruksi duktus, penumpukan sekresi, proliferasi bakteri, respons inflamasi neutrofilik, edema, dan abses. Hordeolum internum menembus ke konjungtiva tarsal; eksternum ke permukaan kulit. Berbeda dari kalazion yang granulomatosa kronis. Pencegahan primer: kompres hangat, higiene kelopak (sampo bayi encer), tatalaksana blefaritis, skrining diabetes pada rekurensi.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Hordeolum

2.1 Manifestasi Klinis dan Diagnosis Banding

Manifestasi klinis: benjolan kelopak nyeri (tumpul, berdenyut), edema, eritema, hangat. Hordeolum internum lebih difus dan nyeri; eksternum terlokalisasi di pangkal bulu mata dengan pustul. Sensasi benda asing, epifora, kadang penurunan tajam penglihatan. Demam jarang pada kasus tanpa komplikasi. Anamnesis: onset, lokasi, riwayat sebelumnya, lensa kontak, diabetes. Pemeriksaan: inspeksi dengan lup, eversi kelopak untuk menilai tarsal, palpasi KGB, tajam penglihatan, motilitas, proptosis. Diagnosis banding utama: kalazion (granulomatosa kronis, tidak nyeri, tumbuh lambat), kista epidermal, papiloma, selulitis preseptal (edema difus tanpa benjolan), dan keganasan kelopak (karsinoma sel basal/skuamosa pada usia >50 tahun dengan lesi ulseratif, distrikiasis). Lesi yang tidak membaik dalam 4–6 minggu memerlukan biopsi.

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

2.2 Tatalaksana Farmakologi dan Non-Farmakologi

Non-farmakologi: kompres hangat 10–15 menit 3–4 kali sehari, pijat ringan ke arah tepi kelopak, higiene kelopak, hindari memencet lesi. Jika lesi tidak menunjukkan tanda maturasi (fluktuasi, titik kuning) setelah 1–2 minggu terapi konservatif, rujuk ke spesialis mata untuk pertimbangan insisi-drainase. Farmakologi: salep antibiotik topikal (kloramfenikol 1%, fusidic acid 2%, atau polimiksin-trimetoprim) 3–4×/hari 7–10 hari untuk eksternum. Antibiotik sistemik: amoksisilin-asam klavulanat sediaan Indonesia 625 mg (500/125) atau 1 g (875/125); dewasa 2×625 mg (standar) atau 2×1 g (berat), 7 hari. Kurangi dosis pada gangguan ginjal (CrCl <30 mL/min). Analgesik: parasetamol 500–1000 mg tiap 6–8 jam (maks 4 g/hari; "d2–3 g pada gangguan hati/alkoholik), atau ibuprofen 200–400 mg tiap 6–8 jam (maks 1200 mg/hari OTC, 2400 mg Rx; hindari pada riwayat perdarahan GI, asma, tukak lambung, gagal ginjal). Skrining alergi beta-laktam wajib.

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

2.3 Insisi-Drainase dan Edukasi Pasien

Insisi-drainase di FKTP (SKDI 4A): untuk hordeolum matur yang tidak rupture spontan dalam 1–2 minggu. Rujuk bila tidak berpengalaman. Edukasi pasien: (1) Kompres hangat benar—gunakan kain bersih, suhu hangat-hangat kuku (bukan air panas), 10–15 menit, 3–4×/hari; (2) Dilarang memencet/menekan lesi karena risiko penyebaran infeksi ke orbita; (3) Higiene kelopak—bersihkan tepi kelopak dengan sampo bayi encer atau lid hygiene wipe, cuci tangan sebelum menyentuh area mata; (4) Lensa kontak—hentikan pemakaian

sementara sampai lesi sembuh total, ganti lensa/kemasan baru; (5) Hindari kosmetik mata selama peradangan aktif; (6) Tanda bahaya untuk kembali ke dokter/IGD: proptosis, penurunan tajam penglihatan, nyeri gerak bola mata, edema meluas ke pipi/dahi, demam tinggi, atau lesi tidak membaik 1–2 minggu.

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

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Indikasi Rujukan, Algoritma, dan Kasus Klinis

3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

Komplikasi: kalazion sekunder (granuloma kronis), selulitis preseptal (edema/eritema difus, demam), selulitis orbita (proptosis, oftalmoplegia, penurunan tajam penglihatan), abses orbita, trombosis sinus kavernosus, bakteremia. Lesi persisten >4–6 minggu curiga keganasan. Prognosis umumnya baik; rekurensi 25% pada faktor risiko yang tidak ditangani. Indikasi rujukan: Segera (emergensi) untuk selulitis orbita, abses orbita, dan setiap lesi dengan tanda bahaya (proptosis, oftalmoplegia, penurunan TV, nyeri gerak bola mata, kemosis)—rujukan tidak menunggu 24 jam. Terjadwal (<24–48 jam) untuk selulitis preseptal pada imunokompromais/diabetes tidak terkontrol, lesi mengancam sumbu pandang, gagal terapi 48–72 jam. Terjadwal/elektif untuk kalazion persisten >4–6 minggu, suspek keganasan, hordeolum berulang multipel, drainase bedah oleh spesialis. Algoritma: kompres hangat + higiene !' membaik: lanjutkan; tidak: tambah antibiotik topikal; gagal/ selulitis: antibiotik sistemik + rujukan sesuai urgensi.

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

3.2 Studi Kasus: Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana Holistik

Kasus 1 (Sederhana): Ny. R, 28 tahun, benjolan kelopak atas kanan nyeri 3 hari, edema terlokalisasi, diameter 8 mm, TV 6/6. Diagnosis: hordeolum internum. Tatalaksana: kompres hangat, salep kloramfenikol 1%, edukasi higiene, kontrol 1 minggu. Kasus 2 (Selulitis Preseptal): Tn. A, 45 tahun, DM tipe 2 tidak terkontrol (HbA1c 9,5%), edema kelopak bawah kiri difus, demam subfebris. Tatalaksana: amoksisilin-asam klavulanat 2×1 g PO 7 hari, analgesik, kompres hangat, rujuk segera ke spesialis mata dalam <24 jam (lebih cepat bila ada tanda bahaya: proptosis, oftalmoplegia, penurunan TV). Skrining alergi beta-laktam. Kasus 3 (Curiga Keganasan): Bp. S, 62 tahun, lesi kelopak bawah kanan 3 bulan, ulserasi, kehilangan silia. Rujuk segera untuk biopsi. Pelajaran: dokter layanan primer melakukan triase, tatalaksana kasus sederhana, deteksi dini tanda bahaya, dan rujukan tepat waktu.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Kemenkes RI (2017).
2. American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern: Chalazion and Hordeolum. AAO PPP (2018).
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia. Ilmu Penyakit Mata: Untuk Dokter Umum dan Mahasiswa Kedokteran. Sagung Seto (2017).
4. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
5. Carlson BC, Mowatt L. Management of chalazion and hordeolum: a guide for primary care providers. Journal of Family Practice (2020).
6. Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum. Cochrane Database of Systematic Reviews (2017).
7. Hirunwiwatkul P, Wanachiwanawin D, Uprasertkul M. Bacterial pathogens and antibiotic susceptibility in hordeolum. Journal of the Medical Association of Thailand (2020).
8. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. General Ophthalmology. McGraw-Hill (2018).
9. Mori K, Sasaki F, Nakayama Y. Epidemiology of hordeolum in primary care: age and sex distribution. British Journal of Ophthalmology (2021).
10. BPOM RI. Informasi Sediaan Oral Amoksisilin-Asam Klavulanat di Indonesia. Badan POM Republik Indonesia (2020).

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.