

Chalazion: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Mata (Sistem Indra) • SKDI 3A

Course komprehensif tentang chalazion untuk dokter layanan primer (level 3A). Materi mencakup anatomi kelenjar Meibom, patofisiologi obstruksi, diagnosis banding dengan hordeolum, tatalaksana konservatif-farmakologis, hingga indikasi rujukan bedah.

Modul 1: Dasar-Dasar Chalazion

1.1 Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Meibom

Anatomi Kelenjar Meibom

Kelenjar Meibom (glandula tarsalis) merupakan kelenjar sebacea modifikasi yang terletak secara vertikal di dalam lempeng tarsus kelopak mata atas dan bawah. Kelopak atas memiliki sekitar 25-30 kelenjar, sedangkan kelopak bawah memiliki sekitar 20-25 kelenjar. Setiap kelenjar memiliki satu duktus sentral yang bermuara di tepi posterior kelopak mata, tepat di belakang baris rambut silia (di area garis abu-abu/margo intermargin). Sekret yang diproduksi disebut meibum, suatu campuran lipid kompleks termasuk ester lilin, kolesterol, fosfolipid, dan trigliserida.

Fisiologi Sekret Meibom

Fungsi utama meibum adalah membentuk lapisan lipid dari film air mata (tear film). Lapisan lipid ini berfungsi untuk: (1) mencegah evaporasi berlebihan dari lapisan aqueous di bawahnya, (2) mempertahankan stabilitas tear film di permukaan kornea, (3) menghasilkan permukaan optik yang jernih, dan (4) berperan sebagai barrier terhadap masuknya mikroorganisme dan debris ke permukaan okular. Pada orang dewasa normal, sekresi meibum berlangsung kontinu dan diregulasi oleh hormon androgen, khususnya dihidrotestosteron. Defisiensi atau perubahan komposisi meibum menjadi dasar patofisiologi berbagai penyakit permukaan okular, termasuk chalazion.

Relevansi Klinis

Pemahaman anatomi ini penting karena chalazion terjadi akibat obstruksi duktus kelenjar Meibom, sehingga sekret menumpuk di dalam kelenjar dan membentuk lesi granulomatosa kronis. Lokasi kelenjar yang tersembunyi di dalam tarsus menyebabkan chalazion sering kali membesar ke arah konjungtiva tarsal. Dokter layanan primer perlu memahami anatomi ini untuk dapat membedakan chalazion dari hordeolum internum (yang bersifat supuratif dan lebih akut) serta kelainan neoplasma kelopak seperti karsinoma sel basal atau sel sebacea yang dapat menyamarkan diri sebagai chalazion rekuren atau persisten. Pemahaman ini juga memandu tindakan injeksi intralesi atau insisi-kuretase yang harus dilakukan dengan memperhatikan orientasi kelenjar agar jaringan parut minimal.

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

1.2 Definisi, Epidemiologi, dan Patofisiologi Chalazion

Definisi Chalazion

Chalazion (dari bahasa Yunani khalazion, artinya 'butiran kecil') adalah benjolan kronis non-infeksi pada kelopak mata yang disebabkan oleh obstruksi dan inflamasi granulomatosa pada kelenjar Meibom. Berbeda dengan hordeolum yang merupakan infeksi aktif, chalazion terutama merupakan reaksi inflamasi steril terhadap sekret yang tertahan, meskipun infeksi sekunder dapat terjadi. Lesi ini dapat muncul soliter atau multipel, unilateral atau bilateral, dan terjadi pada kelopak atas maupun bawah dengan frekuensi hampir sama, meskipun beberapa literatur menunjukkan sedikit predominansi kelopak atas.

Epidemiologi

Chalazion merupakan salah satu kelainan kelopak mata yang paling sering dijumpai di layanan primer dan praktik oftalmologi. Kondisi ini dapat terjadi pada semua usia, namun paling sering pada dewasa usia 30-50 tahun. Insiden tahunan dilaporkan bervariasi, namun secara umum chalazion mencakup sebagian besar presentasi benjolan kelopak di klinik mata. Faktor risiko yang teridentifikasi antara lain: blefaritis kronis, rosacea okular, dermatitis seboroik, akne vulgaris, riwayat chalazion sebelumnya, higiene kelopak yang buruk, penggunaan lensa kontak, dan kondisi imunokompromais. Pada anak-anak, chalazion multipel atau rekuren perlu dievaluasi untuk kemungkinan defisiensi vitamin A, alergi, atau kondisi sistemik seperti hiperlipidemia.

Patofisiologi

Patofisiologi chalazion bermula dari obstruksi duktus kelenjar Meibom. Obstruksi ini menyebabkan penumpukan meibum di dalam asinus dan duktus kelenjar. Saat sekret tertahan, lipid yang dilepaskan ke jaringan sekitarnya memicu reaksi inflamasi granulomatosa dengan infiltrasi sel-sel radang kronis seperti makrofag, limfosit, dan sel raksasa berinti banyak (multinucleated giant cells) di sekitar globula lipid. Reaksi ini berbeda dari abses pada hordeolum yang didominasi neutrofil. Seiring waktu, lesi menjadi terenkapsulasi sebagai nodul padat yang tidak nyeri, berukuran beberapa milimeter hingga lebih dari 1 cm. Tanpa tatalaksana, sebagian kecil chalazion dapat mengalami resolusi spontan dalam hitungan minggu hingga bulan, namun banyak yang menetap atau berulang.

Perbedaan dengan Hordeolum

Hordeolum internum adalah infeksi supuratif akut pada kelenjar Meibom yang umumnya disebabkan *Staphylococcus aureus*, sedangkan hordeolum eksternum (stye) adalah infeksi pada kelenjar Zeiss atau Moll. Chalazion sendiri dapat berkembang dari hordeolum internum yang tidak sembuh sempurna, atau muncul *de novo* dari obstruksi kronis. Perbedaan klinis ini menentukan pendekatan tatalaksana: hordeolum akut sering merespon antibiotik topikal, sementara chalazion kronis biasanya memerlukan terapi anti-inflamasi (kortikosteroid intralesional atau topikal) atau tindakan bedah.

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

Modul 2: Diagnosis Chalazion di Layanan Primer

2.1 Manifestasi Klinis dan Anamnesis

Manifestasi Klinis

Manifestasi utama chalazion adalah benjolan pada kelopak mata yang berkembang perlahan dalam beberapa minggu. Berbeda dengan hordeolum yang akut dan nyeri, chalazion umumnya tidak nyeri, meskipun dapat menimbulkan rasa tidak nyaman ringan, sensasi benda asing, atau berat pada kelopak. Karakteristik klinis yang khas meliputi: (1) benjolan bulat, padat, berbatas tegas, tidak mudah digerakkan dari jaringan di bawahnya; (2) tidak fluktuasi (bukan abses); (3) tidak hiperemis akut, namun kulit di atasnya dapat sedikit eritematosa; (4) bila eversi kelopak dilakukan, akan tampak benjolan kekuningan/keabuan di konjungtiva tarsal yang berlawanan dengan lokasi benjolan eksternal; (5) ukuran bervariasi dari beberapa milimeter hingga >1 cm; (6) lokasi tersering di kelopak atas dan lateral.

Anamnesis Terarah

Pada anamnesis, dokter layanan primer perlu menggali: (a) durasi dan kecepatan perkembangan benjolan (chalazion berkembang lambat, sedangkan tumor ganas dapat membesar progresif); (b) gejala nyeri (nyeri tajam dan berdenyut lebih mengarah ke hordeolum); (c) riwayat hordeolum sebelumnya; (d) gejala penyerta seperti mata kering, sensasi terbakar, atau sekret yang mengarah ke blefaritis kronis atau rosacea okular; (e) riwayat penyakit sistemik seperti akne rosacea, dermatitis seboroik, diabetes mellitus, atau HIV; (f) riwayat trauma kelopak atau operasi sebelumnya; (g) faktor lingkungan seperti paparan debu atau asap; (h) riwayat penggunaan lensa kontak; (i) pada anak, riwayat alergi, kebiasaan menggosok mata, atau status gizi.

Gejala Penyerta yang Perlu Diwaspadai

Beberapa red flags dalam anamnesis yang memerlukan evaluasi lebih lanjut atau rujukan segera: benjolan yang membesar cepat dalam hitungan minggu, benjolan yang hilang-timbul tidak menetap, perubahan warna atau pigmentasi pada kulit di atasnya, hilangnya bulu mata (madarosis) pada area lesi, perdarahan spontan, atau riwayat rekurensi multipel pada lokasi yang sama. Manifestasi ini dapat mengarahkan ke diagnosis banding berupa karsinoma sel basal, karsinoma sel sebasea (terutama pada lansia), atau melanoma. Pada pasien immunocompromised, perlu dipikirkan etiologi mikotik atau mikobakterial.

Dampak Fungsional

Meskipun jarang mengancam penglihatan, chalazion yang besar, terutama di kelopak atas sentral, dapat menekan kornea dan menyebabkan astigmatisme kornea induksi (induced

corneal astigmatism) yang memengaruhi tajam penglihatan. Lesi yang sangat besar juga dapat menutup sumbu visual pada anak dan berpotensi menyebabkan ambliopia deprivasi. Hal ini menjadi pertimbangan penting dalam menentukan urgensi tatalaksana.

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

2.2 Pemeriksaan Fisik dan Diagnosis Banding

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan pada chalazion mencakup inspeksi dan palpasi kelopak mata. Inspeksi dilakukan pada kedua mata dalam pencahayaan cukup. Perhatikan ukuran, bentuk, lokasi, warna, dan jumlah benjolan. Evaluasi adanya hiperemis, ulkus, atau perubahan pada kulit di atasnya. Palpasi dilakukan dengan sarung tangan, menilai konsistensi (padat, fluktuasi, keras), mobilitas, nyeri tekan, dan batas lesi. Langkah penting adalah eversi kelopak (atas maupun bawah) untuk menilai permukaan konjungtiva tarsal; pada chalazion akan tampak elevasi kekuningan/keabuan dengan permukaan konjungtiva hiperemis ringan di sekitarnya. Pemeriksaan tajam penglihatan (visus) perlu dilakukan untuk menyingkirkan gangguan akibat tekanan pada kornea. Pada kasus yang dicurigai mengalami komplikasi atau sulit didiagnosis, lakukan pemeriksaan slit-lamp jika tersedia.

Diagnosis Banding

Diagnosis banding utama chalazion meliputi: (1) Hordeolum internum — infeksi akut pada kelenjar Meibom, nyeri tekan, fluktuasi, onset cepat; (2) Hordeolum externum (stye) — infeksi pada kelenjar Zeiss/Moll, berupa pustul di tepi kelopak; (3) Blefaritis kronis dengan krusta dan sumbatan kelenjar Meibom; (4) Karsinoma sel basal (KSB) — lesi berkilat seperti mutiara, dengan telangiectasia, ulserasi sentral (ulcus rodens), paling sering di kelopak bawah, terutama pada lansia; (5) Karsinoma sel sebacea — agresif, dapat muncul sebagai chalazion rekuren pada kelopak atas lansia; (6) Melanoma — berpigmen, mudah berdarah; (7) Molluscum contagiosum — lesi umbilikasi di tepi kelopak; (8) Siringoma/kista epidermoid — kista jinak di kulit kelopak; (9) Xanthelasma — plak kekuningan di kulit kelopak, terkait dislipidemia.

Kapan Curiga Lesi Neoplastik

Lesi yang patut dicurigai ganas dan memerlukan rujukan segera: (a) tidak sembuh dengan terapi adekuat setelah 4-6 minggu; (b) rekurensi di lokasi yang sama; (c) perubahan pigmentasi atau ulserasi; (d) madarosis, distrikiasis, atau ektropion; (e) pasien usia lanjut dengan riwayat kanker kulit; (f) pembesaran kelenjar getah bening preaurikuler atau submandibuler. Pada kecurigaan ini, hindari injeksi steroid intralesi karena dapat menutup gejala dan menunda diagnosis definitif.

Pemeriksaan Penunjang

Di layanan primer, pemeriksaan penunjang yang relevan sangat terbatas. Jika tersedia, slit-lamp dapat membantu menilai permukaan konjungtiva dan kornea. Biopsi eksisional pada saat dilakukan tindakan bedah oleh oftalmolog merupakan metode diagnostik pasti untuk menyingkirkan keganasan pada chalazion rekuren atau atipik. Pencitraan (USG, CT, MRI) jarang diperlukan kecuali ada kecurigaan perluasan ke orbita atau struktur dalam.

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

Modul 3: Tatalaksana dan Rujukan

3.1 Tatalaksana Konservatif dan Farmakologis

Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Tatalaksana chalazion di tingkat layanan primer dimulai dengan pendekatan konservatif yang aman, murah, dan efektif pada sebagian besar kasus. Langkah pertama dan terpenting adalah kompres hangat selama 10-15 menit, 3-4 kali sehari. Kompres hangat berfungsi meningkatkan drainase meibum yang kental dan membuka sumbatan duktus. Dapat ditambahkan pijatan lembut (gentle massage) ke arah tepi kelopak setelah kompres untuk membantu pengeluaran sekret. Edukasi higiene kelopak menjadi komponen penting: pasien diajarkan melakukan lid hygiene berupa pembersihan tepi kelopak dengan kapas basah hangat atau sampo bayi encer, dua kali sehari.

Terapi Farmakologis Topikal

Antibiotik topikal saja (misalnya kloramfenikol 1%, siprofloksasin 0,3%, atau fusidic acid 1%) tidak efektif untuk chalazion tanpa komponen infeksi, dan tidak direkomendasikan sebagai terapi tunggal. Namun, pada kasus dengan blefaritis berat atau komponen hordeolum sekunder, antibiotik topikal dapat diberikan. Lebih efektif adalah kortikosteroid topikal potensi rendah seperti fluorometholone 0,1% atau loteprednol 0,5%, yang dapat mengurangi peradangan granulomatosa. Durasi terapi singkat (1-2 minggu) dengan pemantauan ketat untuk efek samping seperti peningkatan TIO atau perburukan infeksi herpes simpleks laten.

Injeksi Kortikosteroid Intralesi

Injeksi triamcinolone acetonide intralesi (konsentrasi 5-10 mg/mL, volume 0,1-0,3 mL) merupakan tatalaksana lini kedua yang efektif untuk chalazion yang tidak respon dengan terapi konservatif. Studi menunjukkan angka keberhasilan 60-90%. Injeksi diberikan melalui permukaan konjungtiva tarsal setelah anestesi topikal. Perhatian khusus: hindari injeksi pada lesi yang dicurigai neoplastik, pasien dengan riwayat glaukoma, dan pasien anak-anak (risiko ambliopia dari steroid). Komplikasi yang mungkin terjadi termasuk depigmentasi kulit (pada injeksi transkutan), peningkatan TIO, dan atrofi kulit kelopak.

Antibiotik Oral

Antibiotik oral (misalnya doksisisiklin 100 mg 2x/hari atau azithromycin 500 mg 3 hari berturut-turut) digunakan pada kasus yang terkait dengan blefaritis atau rosacea okular yang berat. Doksisisiklin selain bersifat antibiotik juga memiliki efek anti-inflamasi dan menghambat produksi lipid kelenjar Meibom pada konsentrasi sub-antimikroba (40 mg/hari). Kontraindikasi doksisisiklin pada kehamilan, menyusui, dan anak <8 tahun.

Tatalaksana pada Anak

Pada anak-anak, prioritaskan kompres hangat dan higiene kelopak. Injeksi intralesi relatif dihindari karena ketidaknyamanan prosedur dan risiko ambliopia. Jika gagal, rujuk untuk evaluasi dan kemungkinan tindakan bedah.

Peran Dokter Umum

Sebagai dokter layanan primer, Anda berperan dalam: menegakkan diagnosis awal, memberikan tatalaksana lini pertama yang adekuat, memantau respons terapi dalam 2-4 minggu, dan merujuk pada kasus gagal terapi, rekuren, multipel, atau atipik.

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

3.2 Indikasi Rujukan dan Tatalaksana Bedah

Indikasi Rujukan ke Spesialis Mata

Dokter layanan primer perlu merujuk pasien chalazion ke dokter spesialis mata pada kondisi berikut: (1) gagal tatalaksana konservatif setelah 4-6 minggu terapi adekuat (kompres hangat, higiene kelopak, dan jika sesuai, kortikosteroid topikal); (2) chalazion yang sangat besar (>1 cm) atau menyebabkan gangguan penglihatan melalui tekanan pada kornea; (3) rekurensi pada lokasi yang sama setelah terapi sebelumnya, untuk menyingkirkan neoplasma; (4) chalazion multipel atau bilateral yang luas; (5) lesi atipik dengan perubahan warna, ulserasi, atau hilangnya bulu mata; (6) pasien anak-anak dengan chalazion besar yang berisiko ambliopia; (7) kecurigaan neoplasma kelopak; (8) komplikasi seperti selulitis preseptal sekunder. Sesuai SKDI level 3A, dokter layanan primer melakukan diagnosis dan tatalaksana pendahuluan, lalu merujuk untuk tatalaksana definitif.

Tatalaksana Bedah di Tingkat Spesialis

Tatalaksana bedah utama untuk chalazion adalah insisi dan kuretase (incision and curettage, I&C). Prosedur ini dilakukan dengan anestesi lokal (infiltrasi lidokain 1-2% pada kelopak atau anestesi topikal konjungtiva). Kelopak dieversi, dibuat insisi vertikal pada konjungtiva tarsal (untuk menghindari jaringan parut terlihat dan melindungi glandula lakrimalis), lalu isi lesi dikeluarkan dengan kuretase. Pada akhir prosedur dapat diberikan injeksi triamcinolone ke dasar lesi untuk mengurangi rekurensi. Pasien kemudian diberikan antibiotik topikal 3-5 hari.

Perawatan Pasca Bedah

Pasca tindakan, pasien diberikan: antibiotik topikal (kloramfenikol atau fluorokuinolon) selama 5-7 hari, kompres dingin selama 24-48 jam pertama untuk mengurangi edema,

dilanjutkan kompres hangat dari hari ke-3. Aktivitas normal dapat dilakukan dalam 1-2 hari, dengan hindari menggosok mata. Evaluasi kontrol dalam 1 minggu, kemudian 1 bulan untuk menilai resolusi dan menyingkirkan rekurensi.

Komplikasi Tatalaksana

Komplikasi yang perlu diketahui: (a) injeksi steroid intralesional: depigmentasi kulit, peningkatan TIO, atrofi jaringan; (b) tindakan bedah: perdarahan, infeksi, jaringan parut kelopak, ektropion, distrikiasis, cedera kornea, dan rekurensi (5-10%); (c) anestesia: reaksi alergi, toksisitas.

Tatalaksana Kasus Rekuren atau Atermis

Pada chalazion yang rekuren multipel atau atipik, oftalmolog dapat melakukan biopsi eksisional dengan pemeriksaan histopatologi untuk menyingkirkan karsinoma sel sebacea (paling penting pada pasien lanjut usia). Identifikasi dini keganasan ini krusial karena kekambuhan metastasis dapat menurunkan kelangsungan hidup secara signifikan.

Edukasi dan Pencegahan Rekurensi

Edukasi pasien mencakup: melanjutkan higiene kelopak sebagai rutinitas jangka panjang, mengelola faktor risiko sistemik (rosasea, dermatitis seboroik, blefaritis), diet rendah lemak jenuh pada beberapa kasus, dan kontrol segera bila timbul benjolan baru. Prognosis chalazion umumnya baik dengan tatalaksana tepat, namun kualitas hidup dapat terganggu terutama pada kasus rekuren.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Academy of Ophthalmology. EyeWiki: Chalazion. AAO EyeWiki (2023). <https://eyewiki.aao.org/Chalazion>
2. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach. Elsevier Saunders (2016). <https://www.elsevier.com/books/clinical-ophthalmology/kanski/9780702055724>
3. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. Ophthalmology Umum Vaughan & Asbury. EGC (terjemahan) (2017).
4. Nemet AY, Vinker S, Majzoub S, et al.. Are recurrent chalazia in children associated with ocular or systemic disease?. Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology (2019).
5. Ben Simon GJ, Rosen N, Rosenberg E, et al.. Intralesional triamcinolone acetonide for chalazion: a comparative study. JAMA Ophthalmology (2015).
6. Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum (stye) and chalazion. Cochrane Database of Systematic Reviews (2017).
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Praktik Klinis Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Kemenkes RI (2019).
8. Perdami. Standar Pelayanan Medis Oftalmologi. Persatuan Dokter Spesialis Mata 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.