

Dakriosistitis: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Mata (Sistem Indra) • SKDI 3A

Course SKDI level 3A tentang dakriosistitis: mulai dari anatomi sistem lakrimal, etiologi, diagnosis klinis, hingga tatalaksana awal dan indikasi rujukan ke spesialis mata.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Sistem Lakrimal dan Etiopatogenesis

1.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Lakrimal

Sistem lakrimal berfungsi memproduksi, mendistribusikan, dan mengalirkan air mata ke rongga hidung. Komponen produktif meliputi kelenjar lakrimal utama (fossa lakrimal superior-temporalis orbita) serta kelenjar aksesorius Krause dan Wolfring di forniks konjungtiva. Sekret berupa lapisan tri-laminer: lipid (Meibom, Zeiss), aqueous, dan musin (sel goblet). Drainase dimulai dari punctum superior-inferior, melalui kanalikuli ampullaris dan komunis, menuju sakus lakrimal (10–12 mm, fossa lakrimalis os maksila), lalu duktus nasolakrimalis (12–18 mm) yang bermuara di meatus inferior. Fisiologi drainase bergantung pada pompa lakrimal otot orbikularis (Horner-Duverney): tekanan negatif saat palpebra menutup menghisap air mata, relaksasi mendorongnya ke duktus. Gangguan pada titik anatomis manapun menimbulkan stasis dan predisposisi dakriosistitis.

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

1.2 Etiologi dan Patofisiologi Dakriosistitis

Dakriosistitis adalah inflamasi sakus lakrimal yang hampir selalu didahului oleh obstruksi duktus nasolakrimalis (NLDO). Pada dewasa, terutama perempuan paruh baya dan lansia; pada anak biasanya bawaan (dacryostenosis kongenital) yang sering membuka spontan sebelum usia 1 tahun.

Etiologi dewasa: stenosis idiopatik terkait usia (~50% kasus), dakriolitiasis, riwayat trauma maksilofasial, rinosinusitis kronis, polip hidung, neoplasma sinonasal, dan efek radioterapi. Pada anak: kegagalan kanalisasi membran Hasner.

Patofisiologi: drainase terganggu menyebabkan akumulasi sekresi di sakus. Lingkungan stagnan menjadi media pertumbuhan kuman—*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp, dan *Staphylococcus epidermidis* dominan pada bentuk akut. Pada kasus kronis, Gram negatif (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*) lebih sering. Stasis menyebabkan distensi sakus (mukokel), aktivasi respons inflamasi (IL-1, TNF- α , VEGF) mukosa, dan akhirnya supurasi. Tekanan tinggi dapat memicu ruptur spontan membentuk abses atau fistula.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

Pendahuluan Dakriosistitis

2.1 Manifestasi Klinis dan Diagnosis

Presentasi dakriosistitis bervariasi antara bentuk akut dan kronis. Dakriosistitis akut ditandai onset cepat dengan triad: pembengkakan, kemerahan, dan nyeri tekan di kantung medial inferior ligamentum canthal medial. Keluhan berupa nyeri tumpul berdenyut, epifora, rasa penuh di sudut mata. Inspeksi menunjukkan eritema, edema, fluktuasi (bila abses terbentuk). Demam ringan, malaise, dan limfadenopati preaurikular dapat menyertai. Riwayat regurgitasi nanah dari punctum sering dilaporkan.

Dakriosistitis kronis bersifat insidious dengan epifora kronis unilateral, krusta punctum, dan regurgitasi mukopurulen saat menekan sakus (regurgitation test positif). Massa fluktuasi di kantung medial dan konjungtivitis rekuren sering menyertai.

Diagnosis banding mencakup hordeolum internum, kista dermoid, dan furunkel. Anamnesis mencakup onset, unilateral/bilateral, riwayat trauma atau bedah sinus, rinosinusitis, DM. Pemeriksaan fisik: visus, inspeksi palpebra dan punctum, palpasi sakus. Kultur diperlukan pada kasus rekuren. Pencitraan (dakriosistografi, CT) diindikasikan bila curiga neoplasma atau trauma.

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

2.2 Tatalaksana Pendahuluan dan Indikasi Rujukan

Tatalaksana di layanan primer bertujuan mengatasi infeksi akut, mencegah komplikasi, dan merujuk untuk tata laksana definitif.

Non-farmakologis: kompres hangat 3–4 kali sehari selama 10–15 menit, higiene palpebra dengan kapas bersih, pijat Crigler pada bayi, hindari memencet abses (risiko selulitis orbita), hentikan sementara lensa kontak.

Farmakologis: antibiotik oral empiris lini pertama amoksisilin-asam klavulanat 500/125 mg 3×/hari selama 7–10 hari; alternatif sefalekssin 500 mg 3×/hari pada alergi penisilin. Ciprofloksasin 500 mg 2×/hari untuk kasus berat atau curiga Gram negatif. Antibiotik topikal (kloramfenikol/fluorokuinolon) ditambahkan bila konjungtivitis menyertai. Analgesik: parasetamol atau ibuprofen sesuai kebutuhan. Antivirus tidak diindikasikan kecuali konfirmasi herpes.

Indikasi rujukan: (1) gagal dalam 48–72 jam terapi; (2) abses perlu insisi-drainase; (3) curiga neoplasma; (4) kasus kronis/rekuren perlu DCR; (5) kongenital persisten >6–12 bulan; (6)

bilateral atau imunokompromais; (7) komplikasi selulitis preseptal/orbita.

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

Modul 3: Modul 3: Komplikasi dan Pendalaman Klinis Dakriosistitis

3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Pencegahan

Komplikasi lokal tersering adalah selulitis preseptal (eritema dan edema palpebra tanpa proptosis atau gangguan motilitas). Selulitis orbita merupakan kedaruratan mata: proptosis, kemosis, oftalmoplegia, nyeri gerak bola mata, dan penurunan visus. Endofthalmitis jarang namun berpotensi fatal.

Komplikasi mekanis: mukokel/fistula persisten, ruptur spontan abses, dan lakrimasi kronis. Komplikasi iatrogen terjadi bila drainase tanpa teknik steril. Pada bayi, dakriosistitis kongenital berulang dapat memengaruhi perkembangan drainase.

Prognosis akut umumnya baik dengan antibiotik adekuat. Tanpa koreksi obstruksi, kekambuhan mencapai 30–50% dalam 1 tahun. Dakriosistorinostomi (DCR) eksternal maupun endonasal memiliki tingkat keberhasilan 85–95% dan merupakan standar emas definitif. Pada anak, probing berhasil 70–90% bila dilakukan <1 tahun.

Pencegahan: edukasi higiene palpebra, penanganan cepat ISPA anak, tata laksana rinosinusitis kronis, dan skrining pra-operasi mata elektif (misal katarak) untuk mencegah endofthalmitis pascaoperatif. Kontrol rutin pada kelompok risiko tinggi (DM, lansia) penting.

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

3.2 Kasus Klinis dan Pendekatan Klinis Terintegrasi

Kasus 1: Nyonya R, 54 tahun, bengkak merah sudut mata kanan sejak 4 hari, nyeri berdenyut, keluar nanah, epifora. Rinosinusitis kronis. Visus ODS 6/6, kantung medial kanan eritema-edema, saku fluktuasi dan nyeri tekan, regurgitasi mukopurulen positif. Diagnosis: dakriosistitis akut kanan e.c. stenosis NLD. Tatalaksana: kompres hangat, amoksisilin-asam klavulanat 500/125 mg 3x/hari 10 hari, parasetamol, rujuk spesialis mata untuk evaluasi DCR pasca-infeksi terkontrol. Edukasi: hindari memencet, kontrol 3 hari.

Kasus 2: Bayi A, 8 bulan, epifora kiri sejak lahir, krusta berulang, bengkak 2 hari. Punctum patent, saku membengkak, kemerahan ke palpebra inferior. Diagnosis: dakriosistitis kongenital akut pada stenosis membran Hasner. Tatalaksana: pijat Crigler, kompres hangat, amoksisilin 40 mg/kgBB/hari terbagi 3 dosis, rujuk oftalmolog anak untuk probing dalam 1–2 minggu.

Kasus 3: Tn. B, 67 tahun, DM tipe 2 tidak terkontrol, keluhan serupa dengan proptosis ringan, nyeri gerak bola mata, visus 6/12. Diagnosis: curiga dakriosistitis akut dengan

selulitis orbita awal. Tatalaksana: rujuk segera ke RS dengan fasilitas mata, CT orbita, antibiotik intravena (seftazidim + vankomisin), kultur pus, konsultasi THT. Penundaan berisiko kebutaan dan perluasan intrakranial.

Prinsip utama: (1) kenali bentuk klinis (akut vs kronis, primer vs komplikata); (2) terapi empiris adekuat; (3) identifikasi komplikasi berbahaya; (4) rujuk tepat waktu; (5) edukasi pasien tentang pentingnya prosedur preventif. Dokter umum level 3A berperan sebagai gatekeeper untuk mencegah morbiditas akibat keterlambatan.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Oftalmologi. Kemenkes RI (2019).
2. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
3. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. Ophthalmology Umum (Vaughan & Asbury). EGC (2017).
4. Ali MJ. Pediatric Acute Dacryocystitis. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery (2018).
5. Sundar J, Gupta R, Ranjan R. Clinical Profile and Management Outcomes of Acute Dacryocystitis. Journal of Clinical and Diagnostic Research (2016).
6. American Academy of Ophthalmology. Lacrimal Drainage System Disorders - Preferred Practice Pattern. AAO PPP (2018).
7. World Health Organization. Blindness and Visual Impairment - Trachoma and Epiphora. WHO (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.