

Seorang Laki-laki 17 tahun dengan Otitis Media Supuratif Kronis Benigna

Anggia Shinta Wijaya Kusuma, Mukhlis Imanto, Khairani

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Otitis media supuratif kronik (OMSK) merupakan radang kronis telinga tengah dengan perforasi pada membran timpani dan riwayat keluar sekret dari telinga (otorea) yang terus menerus atau hilang timbul lebih dari 2 bulan dan biasanya diikuti dengan gangguan pendengaran. Etiologi tersering adalah *Pseudomonas aeruginosa* 34.8% yang merupakan bakteri aerob gram negatif dan bakteri aerob gram positif paling banyak adalah *Staphylococcus aureus* dengan persentase 33.3%. Pasien, seorang laki-laki An.R 17 tahun keluhan keluar cairan pada telinga sebelah kiri, berwarna putih kekuningan tapi tidak disertai darah, cairan yang keluar hilang timbul, cairan banyak keluar saat pagi hari. Berdasarkan pemeriksaan fisik pada daerah meatus akustikus telinga kiri tampak sekret berwarna kuning kental yang menutupi sebagian besar meatus akustikus. Terapi yang diberikan pada pasien berupa pencucian telinga menggunakan H₂O₂ 3% dan pemberian antibiotika oral, co-amoxiclav. Terapi OMSK Benigna tipe aktif sebaiknya dilakukan pencucian telinga dengan H₂O₂ 3% dan pemberian antibiotik sistemik berdasarkan hasil kultur bakteri dan uji resistensi. Beberapa hasil penelitian didapatkan beberapa antibiotik yang sensitifitasnya tinggi terhadap bakteri penyebab OMSK, diantaranya adalah ciprofloxasin, gentamisin, dan ofloksasin, dibekacin dan co-amoxiclav. Tujuan dari pembuatan jurnal ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan OMSK secara tepat sehingga tidak menimbulkan komplikasi.

Kata kunci: antibiotik, otitis media supuratif kronis, terapi.

Korespondensi: Anggia Shinta Wijaya Kusuma | Jl. Soemantri Brodjonegoro No.1 | HP 085228934298
e-mail: anggiashinta@gmail.com

PENDAHULUAN

Otitis media supuratif kronik (OMSK) atau yang biasa disebut congek merupakan radang kronis telinga tengah dengan perforasi pada membran timpani dan riwayat keluar sekret dari telinga (otorea) yang terus menerus atau hilang timbul lebih dari 2 bulan dan biasanya diikuti dengan gangguan pendengaran.^{1,2}

OMSK dapat terjadi karena infeksi akut telinga tengah gagal mengalami penyembuhan sempurna. OMSK dapat dibagi atas dua jenis, yaitu OMSK tipe aman (tipe mukosa atau benigna) dan OMSK tipe bahaya (tipe tulang atau maligna). Pada OMSK tipe aman jarang menimbulkan komplikasi yang berbahaya dan tidak terdapat kolesteatom. Sedangkan pada OMSK tipe bahaya selalu terdapat kolesteatom dan dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya.²

Angka kejadian OMSK di negara berkembang sangat tinggi dibandingkan dengan Negara maju. Hal ini disebabkan oleh faktor higiene yang kurang, faktor sosioekonomi, gizi yang rendah, kepadatan penduduk, serta masih adanya kesalahpahaman masyarakat terhadap penyakit ini sehingga mereka tidak berobat sampai tuntas.³ Selain itu, insidensi tertinggi penderita OMSK pada laki-laki dibandingkan wanita yaitu 56.3% dan 43.7% dari 110 pasien.

Peneliti juga mendapatkan insidensi yang sama bahwa jumlah penderita OMSK laki-laki (73.9%) lebih banyak dibandingkan wanita (26.1%). Hal ini disebabkan oleh pekerjaan laki-laki yang lebih sering dilaksanakan di luar ruangan sehingga lebih mudah dan sering terinfeksi dengan kontaminan lingkungan.⁴

Etiologi dari OMSK berdasarkan hasil kultur laboratorium mikrobiologi klinik RSUP HAM dari swab telinga pada pasien OMSK yang paling banyak adalah *Pseudomonas aeruginosa* 34.8% yang merupakan bakteri aerob gram negatif paling banyak dan bakteri aerob gram positif paling banyak adalah *Staphylococcus aureus* dengan persentase 33.3%. Serta ditemukan juga lebih banyak didapatkan bakteri gram negatif lainnya seperti *Enterobacter cloacae* complex (8.7%), *Proteus mirabilis* (8.7%), *Escherichia coli* (4.3%), dan *Klebsiella oxytoca* (4.3%). Sedangkan, bakteri gram positif yang dijumpai adalah *Staphylococcus epidermidis* (8.7%), *Staphylococcus haemolyticus* (8.7%), dan *Staphylococcus aureus* (4.3%).⁵

Prinsip pengobatan tergantung dari jenis penyakit dan luasnya infeksi. Pada OMSK benigna tipe tenang tidak memerlukan pengobatan, tapi jika memungkinkan sebaiknya dilakukan rekonstruksi (miringoplasti/ timpanoplasti) untuk mencegah terjadinya infeksi berulang. Sedangkan pada

OMSK adalah membersihkan liang telinga dan kavum timpani, serta pemberian antibiotik. Pencucian telinga dengan H₂O₂ 3% akan mencapai sasarannya bila dilakukan dengan displacement methode seperti yang dianjurkan oleh Mawson dan Ludmann.³ Berdasarkan uji sensitivitas bakteri terhadap antibiotik dibeberapa negara pada tahun 2009 sampai 2011 melaporkan bahwa antibiotik yang resistensinya paling tinggi adalah amoksisilin, tetrasiklin, dan eritromisin. Sedangkan antibiotik yang sensitifitasnya paling tinggi adalah ciprofloksasin, gentamisin, dan ofloksasin.⁶ Selain itu hasil uji kepekaan terhadap antibiotik di RSUD. H. Adam Malik Medan didapatkan seluruh kuman sensitif terhadap antibiotika golongan Siprofloksasin, Dibekacin dan Amoksisilin-Klavulanat, serta resisten terhadap antibiotika Seftriakson dan Kloramfenikol.³

Komplikasi pada OMSK bisa hanya *otorrhea* yang menetap, mastoiditis, labirinitis, paralisis saraf fasialis sampai pada komplikasi serius seperti abses intrakranial atau thrombosis.⁷ pada Untuk itu studi kasus mengenai pasien otitis media supuratif kronis dianggap perlu dilakukan.

Tujuan dari pembuatan jurnal ini adalah untuk mengetahui penatalaksanaan OMSK secara tepat sehingga tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

KASUS

Pasien, seorang laki-laki An.R 17 tahun datang ke Poliklinik THT RSUD Abdul Moeloek dengan keluhan keluar cairan pada telinga sebelah kiri. Sejak ± 3 bulan yang lalu pasien mengeluhkan telinga sebelah kiri mengeluarkan cairan lengket berwarna putih kekuningan tapi tidak disertai darah, cairan yang keluar hilang timbul, cairan banyak keluar saat pagi hari. Selain itu pasien juga mengatakan bahwa telinganya yang sebelah kiri nyeri, dan terasa penuh sehingga pasien juga sulit untuk mendengar dengan jelas.

Sejak ± 2 bulan yang lalu, pasien berobat ke puskesmas dan diberikan obat tetes telinga namun keluhan tidak membaik. Pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan ataupun penurunan berat badan. Pasien mengaku memiliki riwayat batuk pilek berulang. Riwayat alergi disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, Tekanan

darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,8°C, mata tampak konjungtiva ananemis, sklera anikterik.

Pemeriksaan leher, paru, jantung, abdomen, dan extremitas dalam batas normal. Status lokalis regio aurikula didapatkan daerah aurikula, preaurikula, retroaurikula telinga kiri dan kanan dalam batas normal. Pada daerah meatus akustikus telinga kiri tampak sekret berwarna kuning kental yang menutupi sebagian besar meatus sehingga tidak dapat dinilai apakah terdapat edema, hiperemi, dan serumen. Meatus akustikus telinga kanan tidak didapatkan kelainan.

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien disimpulkan bahwa pasien mengalami Otitis Media Supuratif Kronik Tipe Benigna Fase Aktif Aurikularis Sinistra.

Penatalaksanaan pada pasien berupa pencucian telinga menggunakan H₂O₂ 3% diberikan untuk 3 hari dan pemberian antibiotika oral berupa co amoxiclav 3 x 500 mg selama 7 hari.

PEMBAHASAN

Otitis media supuratif kronik (OMSK) biasanya ditandai dengan keluar sekret dari telinga (otorea) yang terus menerus atau hilang timbul lebih dari 2 bulan dan bisa juga diikuti dengan gangguan pendengaran.^{1,2}

Berdasarkan anamnesis, pada pasien keluhan keluar cairan pada telinga sebelah kiri sejak ± 3 bulan yang lalu pasien mengeluhkan telinga sebelah kiri mengeluarkan cairan lengket berwarna putih kekuningan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa pada penyakit telinga kronik ini biasanya terjadi perlahan-lahan dan penderita seringkali datang dengan gejala yang paling sering dijumpai adalah telinga berair. Keluhan pada pasien sudah berlangsung lebih dari 2 bulan, maka dari anamnesis mengarahkan bahwa diagnosis pasien adalah OMSK. Pada tipe tubotimpani sekretnya lebih banyak dan seperti benang, tidak berbau busuk, dan intermiten. Sedangkan pada tipe atikoantral sekretnya lebih sedikit, berbau busuk, kadangkala disertai pembentukan jaringan granulasi dan sekret yang keluar dapat bercampur darah. Ada kalanya penderita datang dengan keluhan kurang pendengaran atau telinga keluar darah.⁸

Pada pemeriksaan telinga kiri ditemukan cairan lengket berwarna putih kekuningan yang menutupi sebagian besar meatus sehingga tidak dapat dinilai apakah terdapat edema, hiperemi, dan serumen. Sekret pada OMSK tipe benigna dapat bersifat purulen (kental, putih) atau mukoid (seperti air dan encer) tergantung stadium peradangan. Sekret yang mukus dihasilkan oleh aktivitas kelenjar sekretorik telinga tengah dan mastoid. Sedangkan pada OMSK tipe ganas unsur mukoid dan sekret telinga tengah berkurang atau hilang karena rusaknya lapisan mukosa secara luas.^{1,9}

Pada otitis media supuratif tipe benigna proses infeksi hanya terbatas pada mukosa telinga tengah saja dan yang terkena adalah mesotimpanum dan hipotimpanum serta tuba auditoria. Tipe ini jarang menimbulkan komplikasi yang berbahaya.¹⁰

Penanganan otitis media supuratif kronik yang tidak baik dapat menimbulkan komplikasi berbahaya. Komplikasi OMSK dibedakan atas 2 macam yaitu Komplikasi intratemporal dan intrakranial. Komplikasi intratemporal berupa mastoiditis, abses subperiosteal, abses Bezold, laten mastoiditis, petrositis, labirintitis, paralise fasial. Sedangkan komplikasi intrakranial berupa granulasi atau abses ekstradural, tromboflebitis sinus sigmoid, abses otak, otitis hidrosefalus, meningitis, abses subdural.⁸

Faktor predisposisi kronisitas otitis media diduga karena: 1) disfungsi tuba auditoria kronik, infeksi fokal seperti sinusitis kronik, adenoiditis kronik dan tonsilitis kronik yang menyebabkan infeksi kronik atau berulang saluran napas atas dan selanjutnya mengakibatkan udem serta obstruksi tuba auditoria. Beberapa kelainan seperti hipertrofi adenoid, celah palatum mengganggu fungsi tuba auditoria. Gangguan kronik fungsi tuba auditoria menyebabkan proses infeksi di telinga tengah menjadi kronik. 2) Perforasi membran timpani yang menetap menyebabkan mukosa telinga tengah selalu berhubungan dengan udara luar. Bakteri yang berasal dari kanalis auditorius eksterna atau dari luar lebih leluasa masuk ke dalam telinga tengah menyebabkan infeksi kronik mukosa telinga tengah. 3) *Pseudomonas aeruginosa* dan *Staphylococcus aureus* merupakan bakteri yang tersering diisolasi pada OMSK Benigna, sebagian besar telah resisten terhadap

antibiotika yang lazim digunakan. Ketidaktepatan atau terapi yang tidak adekuat menyebabkan kronisitas infeksi. 4) Faktor konstitusi, alergi merupakan salah satu faktor konstitusi yang dapat menyebabkan kronisitas.¹⁰

Dari hasil uji kepekaan antibiotik, *Pseudomonas aeruginosa* sensitif terhadap *imipenem* (100%), *piperacillin* (100%), *meropenem* (94%), *amikacin* (89%), *colistin* (87%), *tobramycin* (87%), *piperacillin-tazobactam* (86%), *cefepime* (72%), dan *ceftazidim* (72%). Hampir sama dengan Iqbal *et al* (2011), *Pseudomonas aeruginosa* sensitif terhadap *piperacillin-tazobactam* (100%), *imipenem* (92.5%), dan *levofloxacin* (88.7%), tapi *amikacin* (50%). Malkappa *et al* (2012) mengemukakan bahwa hasil uji kepekaan antibiotik terhadap bakteri adalah *amikacin* (82.37%), *ciprofloxacin* (76.62%), *cefaperazone* (75.83%), *gentamicin* (71.4%), dan *ceftazidim* (65.16%).^{11,12}

Secara umum, antibiotik yang sensitif terhadap bakteri penyebab OMSK paling tinggi adalah ciprofloksasin, gentamisin, ofloksasin, dibekacin dan Amoksisilin-Klavulanat.^{3,12}

Pada pasien diberikan larutan H2O2 3% selama 3-5 hari. Tujuan toilet telinga menggunakan larutan H₂O₂ 3% adalah agar membuat lingkungan yang tidak sesuai untuk perkembangan mikroorganisme, karena sekret telinga merupakan media yang baik bagi perkembangan mikroorganisme. Pasien juga diberikan antibiotik oral berupa co amoxiclav. Pemilihan terapi sudah sesuai, karena berdasarkan penelitian, co amoxiclav sensitif terhadap bakteri penyebab OMSK. Apabila tidak ada perbaikan maka perlu dilakukan kultur kuman penyebab dan uji resistensi.

SIMPULAN

Otitis media supuratif kronik (OMSK) atau yang biasa disebut congek merupakan radang kronis telinga tengah dengan perforasi pada membran timpani dan riwayat keluar sekret dari telinga (otorea) yang terus menerus atau hilang timbul lebih dari 2 bulan dan biasanya diikuti dengan gangguan pendengaran. Etiologi tersering adalah *Pseudomonas aeruginosa* 34.8% yang merupakan bakteri aerob gram negatif dan bakteri aerob gram positif paling

banyak adalah *Staphylococcus aureus* dengan persentase 33.3%. Penatalaksanaan OMSK Benigna tipe aktif sebaiknya dilakukan pencucian telinga dengan H₂O₂ 3% dan pemberian antibiotik sistemik berdasarkan hasil kultur bakteri dan uji resistensi. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa antibiotik yang sensitifitasnya paling tinggi terhadap bakteri penyebab OMSK, diantaranya adalah ciprofloksasin, gentamisin, dan ofloksasin, dibekacin dan amoksisilin-klavulanat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Paparella MM, Adams GL, Levine SC. Penyakit telinga dan mastoid. Dalam: Boies Buku Ajar Penyakit THT. Jakarta: EGC. 1997. hlm. 88-118.
2. Djaafar ZA. Kelainan telinga tengah. Dalam: Buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorok kepala dan leher. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2007. hlm. 64-85.
3. Nursiah S. Pola Kuman Aerob Penyebab OMSK dan Kepekaan Terhadap Beberapa Antibiotika di Bagian THT FK USU / RSUP.H.Adam Malik Medan . 2003.
4. Srivastava, A, Singh, RK, Varshney, S, Gupta, P, Bist, SS, Bhagat, S, Gupta, N. Microbiological Evaluation of Active Tubotympanic Type of Chronic Suppurative Otitis Media. Nepalese Journal of ENT Head & Neck Surgery. 2010; 1(2):14-16.
5. Nungki Puspita Dewi dan Devira Zahara. Gambaran Pasien Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK) di RSUP H. Adam Malik Medan Characteristic of Chronic Suppurative Otitis Media at H. Adam Malik Hospital Medan. Departemen THT-KL Fakultas Kedokteran USU E-Journal FK USU Vol 1 No 1, 2013.
6. Kumar H, Sonia S. Bacterial and fungal study of 100 cases of chronic suppuratives otitis media. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2011; 5(6). hlm. 24-27.
7. Yates PD, Anari S. Otitis media. In Lalwani AK, ed., Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. New York: McGraw-Hill. 2008. hlm. 655-665.
8. Neely JG, Arts HA. Intratemporal and intracranial complications of otitis media. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newland SD, editors. Head&Neck Surgery Otolaryngology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Texas. 2006. hlm. 2042-54
9. Lee KJ. "CSOM with or without cholesteatoma." In: Essential otolaryngology head and neck surgery. Connecticut: Mc Graw Hill. 2003. hlm. 484-6.
10. Utami TF, Bambang U, Kartono S. Rinitis alergi sebagai faktor risiko otitis media supuratif kronis.Cermin Dunia Kedokteran. 2010. 179(428): 9.
11. Malkappa KS, Kondapaneni S, Surpam RB, Chakraverti TK. Study of Aerobic Bacterial Isolates and Their Antibiotic Susceptibility Pattern in Chronic Suppurative Otitis Media. In: Indian Journal of Otology. 2012; 18: 136-139.
12. Iqbal K, Khan IM, Satti L. Microbiology of Chronic Suppurative Otitis Media : Experience at Dera Ismail Khan. Gomal Journal of Medical Sciences. 2011; 9 (2).