

Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Terhadap Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK)

Mai Rista Nila Sari¹, Mukhlis Imanto²

¹Mahasiswa, Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian THT-KL, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Otitis media supuratif kronik adalah infeksi kronis di telinga tengah dengan perforasi membran timpani dan sekret yang keluar dari telinga tengah terus menerus atau hilang timbul. Sekret encer atau kental, bening atau berupa nanah. Otitis media supuratif kronik merupakan komplikasi dari otitis media akut yang disertai perforasi membran timpani lebih dari 2 bulan dan keluarnya sekret yang apabila tidak ditangani dengan tepat akan membuat progresivitas penyakit semakin bertambah. Faktor risiko terjadinya otitis media dapat berinteraksi terutama di nasofaring dan tuba eustachius. Faktor risiko yang diduga memiliki peran dapat terjadinya Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK) yaitu faktor pejamu, faktor infeksi, faktor lingkungan, faktor sosiodemografi, kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakitnya dan perilaku pasien dalam kehidupan sehari-hari. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Prevalensi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Indonesia pada tahun 2011 masih rendah yaitu 38,7%, dibandingkan dengan target Nasional sampai tahun 2013 sebesar 65,0%. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara PHBS terhadap OMSK.

Kata kunci: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK)

The Relationship Between Clean and Healthy Life Style With Chronic Suppurative Otitis Media

Abstract

Chronic suppurative otitis media is a chronic infection in the middle ear with perforation of the tympanic membrane and secretions from the middle ear or intermittent. Watery or thick secretions, clear or pus. Chronic suppurative otitis media is a complication of acute otitis media with perforation of the tympanic membrane more than 2 months and discharge, which if not treatment properly will increase the disease progression. The risk factors for the incidence of otitis media are reliable, especially in the nasopharynx and eustachian tube. Risk factors of chronic suppurative otitis media is host factors, infectious factors, environmental factors, sociodemographic factors, lack of patient knowledge about the disease and patient behavior in daily life. Results of Basic Health Research (Riskesdas) The prevalence of Clean and Healthy Life Style in Indonesian 2011 was still low at 38.7%, compared to the National target until 2013 of 65.0%. This paper aims to determine the relationship between clean and healthy life style with chronic suppurative otitis media.

Keywords: clean and healthy life style, chronic suppurative otitis media

Korespondensi: Mai Rista Nila Sari, alamat Jln. Griya Utama gg P. Samosir No 23 Way Halim Permai, Bandar Lampung, HP 085377557474, e-mail mayresta14@gmail.com

Pendahuluan

OMSK merupakan penyakit Telinga Hidung dan Tenggorok (THT) yang paling banyak di negara berkembang.¹ OMSK dapat dibagi dalam kasus-kasus tanpa atau dengan kolesteatoma.² OMSK dengan kolesteatoma sering disebut sebagai tipe bahaya.^{1,3} OMSK tipe bahaya dapat menginvasi tulang dan mengakibatkan osteomielitis atau destruksi tulang oleh kolesteatoma. Tendensi OMSK untuk menyebabkan komplikasi tergantung tergantung pada keadaan patologis yang menyebabkan otorea kronis, biasanya didapatkan pada tipe bahaya.⁴

Berdasarkan hasil Survei Nasional Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran terakhir di delapan provinsi

Indonesia menunjukkan angka morbiditas THT sebesar 38,6%.⁵ Pasien OMSK meliputi 25% dari pasien-pasien yang berobat di poliklinik THT rumah sakit di Indonesia. Berdasarkan hasil survei Nasional Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran oleh Departemen Kesehatan RI tahun 1994-1996, angka kesakitan (morbiditas) Telinga, Hidung, dan Tenggorokan (THT) di Indonesia sebesar 38,6% dengan prevalensi morbiditas tertinggi pada kasus telinga dan gangguan pendengaran yaitu sebesar 38,6% dan prevalensi otitis media supuratif kronik antara 2,1-5,2%.⁶

Faktor risiko OMSK belum bisa disebutkan dengan jelas dalam literatur yang ada. Penyakit ini tidak lebih umum dibandingkan OMA yang sudah banyak

dilakukan penelitian pendahuluan dimana kondisi-kondisi yang menjelaskan hubungan dengan meningkatkan insiden OMSK masih kurang. Faktor-faktor risiko yang kita ketahui saat ini lebih banyak dari kajian OMA yang dipakai juga sebagai faktor-faktor risiko OMSK. Hal ini berdasarkan pengamatan bahwa OMA berulang dapat berkembang menjadi OMSK dan 35% anak yang menderita OMA berulang juga menderita OMSK, dibandingkan hanya 4% anak yang menderita 5 kali episode OMA, meskipun angkanya jauh lebih rendah namun angka ini menunjukkan bahwa prevalensi OMSK akibat infeksi bukan merupakan penyebab utama.⁷ Penelitian meta analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa alergi, riwayat infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), riwayat otitis media akut (OMA), paparan asap rokok dan rendahnya status sosial adalah faktor-faktor risiko yang penting untuk OMSK. Faktor-faktor risiko yang lain yang belum diidentifikasi harus ditemukan melalui penelitian lebih lanjut dengan kajian yang teliti.⁸ PHBS dapat mencegah terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit. Dampak PHBS yang tidak baik dapat mengakibatkan terjadinya suatu penyakit diantaranya yaitu diare, muntaber, disentri, DBD dan OMSK.⁹ OMSK sangat dipengaruhi oleh lingkungan dan perilaku diri sendiri, seperti: kebiasaan mencuci tangan yang kurang baik, mudah terkena polusi udara (asap rokok) atau perilaku merokok di dalam rumah dan nutrisi yang buruk yaitu kurangnya asupan makanan yang bergizi seperti makan buah dan sayur setiap hari. OMSK dipengaruhi atau ditimbulkan oleh tiga hal yaitu adanya kuman (terdiri dari lebih dari 300 jenis bakteri, virus, dan riketsia), keadaan daya tahan tubuh (status nutrisi, imunisasi) dan keadaan lingkungan (rumah yang kurang ventilasi, lembab, basah dan kepadatan penghuni).¹⁰

Bakteri *Staphylococcus aureus* adalah bakteri aerob yang paling sering ditemukan pada kasus OMSK diikuti oleh *Pseudomonas aeruginosa*, diantara bakteri tersebut, *Pseudomonas aeruginosa* merupakan bakteri yang dapat menyebabkan kerusakan yang progresif pada telinga tengah dan struktur mastoid melalui toksin dan enzim yang diproduksi oleh bakteri tersebut, selain itu ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya OMSK yaitu : riwayat infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), alergi,

riwayat otitis media akut (OMA), paparan asap rokok, lingkungan padat dan rendahnya status ekonomi.¹¹

Isi

Otitis media supuratif kronik adalah infeksi kronis di telinga tengah dengan perforasi membran timpani dan sekret yang keluar dari telinga tengah terus menerus atau hilang timbul. Sekret mungkin encer atau kental, bening atau berupa nanah. Otitis media akut dengan perforasi membran timpani menjadi otitis media supuratif kronis apabila prosesnya sudah lebih dari 2 bulan. Bila proses infeksi kurang dari 2 bulan, disebut otitis media supuratif subakut.¹² Telinga tengah dapat menjadi terinfeksi bila bakteri masuk dari saluran eksterna atau nasofaring melalui tuba eustachii.¹³ Pada otitis media supuratif kronik, bakteri penyebab OMSK yaitu bakteri aerob (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella species*) atau bakteri anaerob (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*). Bakteri ini cukup jarang ditemukan pada kulit dari kanal eksternal, namun dapat berproliferasi dengan adanya trauma, inflamasi, luka robek atau kelembaban yang tinggi. Bakteri ini bisa masuk ke telinga tengah melalui perforasi kronik. Di antara bakteri ini, *P.aeruginosa* sering disebut sebagai penyebab destruksi progresif telinga tengah dan struktur mastoid melalui toksin dan enzim.¹⁴

Faktor risiko terjadinya otitis media pada dasarnya merupakan penyakit menular dengan infeksi bakteri dan virus dalam lingkungan dimana respon imun host akan melawan terhadap infeksi. Faktor utama yang mempengaruhi risiko perkembangan otitis media dapat berasal dari faktor pejamu atau faktor lingkungan. Faktor-faktor ini berinteraksi terutama di nasofaring dan tuba eustachius.¹⁵ Alergi, riwayat infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), riwayat otitis media akut (OMA), paparan asap rokok dan rendahnya status sosial adalah faktor-faktor risiko yang penting untuk OMSK.¹⁶ Faktor-faktor risiko yang diduga memiliki peran pada terjadinya OMSK menjadi faktor pejamu, faktor infeksi, faktor lingkungan dan faktor sosiodemografi.¹⁷

1. Faktor pejamu

A. Sistem imun

Sistem imun yang belum sempurna pada anak-anak atau sistem imun yang terganggu pada pasien dengan defisiensi imun kongenital, infeksi HIV atau diabetes berperan pada perkembangan otitis media. Otitis media merupakan penyakit infeksi yang berkembang pada lingkungan yang pertahanan imunnya menurun. Hubungan antara patogen dan pertahanan imun pejamu memegang peranan penting dalam progresifitas penyakit. Kebanyakan data perkembangan alami kekebalan terhadap *pneumococcus* dan otitis media berfokus pada antibodi serum Ig G terhadap polisakarida *pneumococcus*. Ig A spesifik mukosa polisakarida *pneumococcus* dan antibodi serum Ig G pada anak setelah terpapar perlahan-lahan meningkat sejalan dengan perkembangan usia melalui serotipe yang sesuai.

Antibodi Ig G dalam serum muncul untuk melindungi perkembangannya menjadi otitis media tetapi tidak menurunkan transfer nasofaringeal. Serotipe-antibodi Ig A mukosa spesifik mengurangi kolonisasi oleh serotipe tertentu. Namun antibodi ini tidak melindunginya dari kolonisasi dengan serotipe bakteri lain. Ada kemungkinan bahwa anak dengan OMA berulang memproduksi serotipe dan antibodi spesifik tetapi gagal mengembangkan respon antibodi yang luas untuk melindungi antigen protein yang masih ada. Imunodefisiensi ini mungkin adalah mekanisme yang membuat anak-anak tertentu lebih rentan terhadap otitis media.

B. Genetik

Faktor genetik mungkin berperan dalam pengaruh seorang individu menjadi rentan terhadap timbulnya otitis media. Dalam sebuah studi di Norwegia yang meneliti pada 2750 pasangan kembar menyimpulkan bahwa kemungkinan otitis media diturunkan adalah 74% pada perempuan dan 45% pada laki-laki. Gen HLA-A2 dinyatakan berhubungan dengan OMA rekuren tapi tidak termasuk OME (Kong dan Coates, 2009). Hubungan antara genetik dan otitis media walaupun sudah dibuktikan pada beberapa studi namun masih sulit dipisahkan dengan faktor lingkungan. Belum ditemukan gen spesifik yang berhubungan dengan penyebab otitis media. Seperti kebanyakan proses penyakit lain, efek dari

paparan lingkungan pada ekspresi gen mungkin berperan penting pada patogenesis otitis media.¹⁸

C. Kelainan kongenital

Kejadian OMA banyak ditunjukkan pada anak-anak dengan Down Syndrom, palatoskisis yang tidak di repair dan gangguan kranio fasial. Tingginya kejadian penyakit ini berhubungan dengan tuba Eustachius yang tidak berfungsi dengan baik bersamaan dengan kondisi kurangnya fungsi mencegah aspirasi sekret dari nasofaring.¹⁵

D. Alergi

Alergi atau atopi merupakan faktor risiko yang signifikan untuk OMSK. Alergen dalam ruangan dan alergi pada saluran pernapasan seperti rinitis alergi berkontribusi pada timbulnya OMSK. Prevalensi kondisi atopik, termasuk rhinitis alergi pada pasien OMSK berkisar dari 24% sampai dengan 89%. Bukti baru dari biologi seluler dan imunologi menjelaskan alergi sebagai penyebab obstruksi tuba eustachius. Orang dengan kondisi alergi atau atopik lebih beresiko untuk menderita OMSK. Adanya abnormalitas sinonasal dan rinitis alergi mendukung patogenesis terjadinya OMSK. Abnormalitas sinonasal akan menyebabkan disfungsi tuba eustachius yang berperan dalam perkembangan OMSK.¹⁹

2. Faktor infeksi

A. Riwayat ISPA

Otitis media pada anak-anak umur 6 bulan sampai 3 tahun yang disebabkan oleh adanya riwayat ISPA sebesar 61%, yaitu 37% OMA dan 24% OME, dengan etiologi terbanyak adalah infeksi virus.²⁰ Infeksi saluran napas dapat menyebabkan peradangan dan mengganggu fungsi tuba eustachius sehingga menurunkan tekanan di telinga tengah diikuti masuknya bakteri dan virus ke dalam telinga tengah melalui tuba eustachius mengakibatkan peradangan dan efusi di telinga tengah.¹⁹

Adanya riwayat infeksi saluran nafas atas secara signifikan meningkatkan risiko otitis media kronik. Pusat penitipan anak bisa meningkatkan risiko paparan anak-anak terhadap patogen saluran pernapasan. Hal ini bisa menjadi faktor risiko untuk riwayat ISPA pada anak-anak. Infeksi saluran pernapasan akut disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali dengan panas disertai salah

satu atau lebih dari gejala seperti tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek, batuk kering atau berdahak. Kejadian infeksi saluran napas akut (batuk pilek) dengan onset < 2 minggu atau berulang (kronik eksaserbasi akut), > 4 kali dalam 3 bulan atau > 6 kali dalam 1 tahun dengan menunjukkan tanda-tanda akut.¹⁹

B. Riwayat OMA

Imunodefisiensi juga dihubungkan dengan kejadian OMA rekuren dengan keterlibatan sekresi Ig A yang mempengaruhi perlekatan bakteri dan virus dan menunjukkan penurunan kolonisasi bakteri pada nasofaring. OMA rekuren yang tidak berespon pada pengobatan konvensional dan terapi pembedahan menunjukkan tingkat IgG2 serum yang rendah, kurang berespon terhadap protein polisakarida konjugasi vaksin *Haemophilus Influenza* dan tingkat antibodi IgG spesifik pneumococcal yang rendah melawan kapsuler polisakarida 6A dan 19F.¹⁵

3. Faktor sosiodemografi

Hubungan penderita OMSK dan faktor sosial ekonomi belum jelas, tetapi terdapat hubungan erat antara penderita dengan OMSK dan sosio ekonomi, dimana kelompok sosio ekonomi rendah memiliki insiden yang lebih tinggi. Tetapi sudah hampir dipastikan, bahwa hal ini berhubungan dengan kesehatan secara umum, diet dan tempat tinggal yang padat. Penelitian dengan tujuan untuk menilai prevalensi dan profil penyakit telinga tengah pada anak usia 5-12 tahun dengan status sosial ekonomi rendah dan tinggi. Sampel dibagi menjadi dua kelompok dari sekolah terpilih di Delhi. Kedua kelompok ini dibandingkan jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, tingkat sanitasi dan status pendidikan orang tua sekitar 19,6% anak dengan status ekonomi sosial rendah menderita penyakit telinga sedangkan hanya 2,13% anak dengan status ekonomi sosial tinggi menderita penyakit telinga. Terdapat 1473 anak dari sekolah negeri dan swasta memperlihatkan bahwa secara statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kedua populasi tersebut terhadap kejadian OMSK dalam hal status sosio ekonomi.

A. Usia

Dua puncak insiden otitis media terjadi pada usia 6 bln - 2 tahun yaitu pada saat anak

mulai disapih dan mulai terekspos dengan kondisi lingkungan dan usia 4-5 tahun pada saat anak mulai masuk sekolah. Faktor usia juga berpengaruh pada bentuk dan ukuran tuba eustachius.¹⁵ Prevalensi terhadap berbagai kelompok usia belum diketahui secara pasti namun beberapa penelitian menunjukkan insidensi tahunan OMSK mencapai 39 kasus per 100.000 anak-anak dan remaja berusia 15 tahun ke bawah.

B. Jenis kelamin

Penelitian yang dilakukan di Bangladesh menunjukkan bahwa anak perempuan relatif lebih banyak menderita OMSK jika dibandingkan dengan anak laki-laki. Penelitian lain menunjukkan insiden lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki. Alasan untuk faktor risiko ini masih belum bisa dijelaskan.¹⁵ Prevalensi OMSK terbagi rata antara pria dan wanita sehingga diduga penyakit ini tidak memiliki kecenderungan untuk diderita oleh jenis kelamin tertentu.²¹

C. Suku

Di Australia, etnis asli secara signifikan meningkat risikonya penyakit telinga tengah di pemukiman perkotaan, pedesaan dan daerah terpencil. Hal ini juga terjadi untuk kelompok etnis lainnya, termasuk penduduk asli Amerika, suku Maori dan suku Inuit.¹⁵

D. Tingkat pendidikan

Tahapan pendidikan ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan individu, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat.²² Di Indonesia tingkat pendidikan dibagi menjadi : a) Tingkat pendidikan rendah meliputi SD, SLTP/ sederajat. b) Tingkat pendidikan tinggi meliputi SLTA/ sederajat, diploma, sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Penelitian yang dilakukan di Greenland yang menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu akan menurunkan risiko terjadinya OMSK. Sebagian besar anak dengan OMSK mempunyai satu atau lebih faktor risiko. Program pendidikan mempunyai peranan efektif untuk pengelolaan OMSK. Semakin tinggi tingkat kepatuhan ibu terhadap program pendidikan, semakin tinggi pula tingkat respon yang

diberikan. Follow up dan penjelasan tentang pentingnya program ini merupakan peran penting untuk berkomitmen.²³

E. Pendapatan keluarga

Penelitian yang dilakukan Uddin terhadap 1473 anak dari sekolah negeri dan swasta di kota yang sama (Shaibu) dimana tidak memperlihatkan banyak perbedaan dalam taraf hidup yang kaya dan miskin. Satu-satunya parameter status sosial ekonomi yang signifikan yang dipakai pada penelitian ini adalah pendapatan keluarga per bulan. Jika studi ini dilakukan di sekolah perkotaan dan pedesaan mungkin akan menunjukkan perbedaan yang besar antara dua kelompok tersebut. Terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kejadian OMSK pada status sosio-ekonomi tinggi dan rendah. OMSK merupakan penyakit infeksi yang secara umum berhubungan dengan status sosio-ekonomi rendah yang juga berkaitan erat dengan kondisi malnutrisi, kepadatan tempat tinggal, tingkat kesehatan di bawah standar, infeksi saluran napas atas berulang dan kurangnya sarana kesehatan yang memadai.

F. Status gizi

Status gizi dapat mempengaruhi keadaan umum seseorang. Penelitian terhadap pengaruh nutrisi dan vitamin dalam peranannya mempengaruhi penyakit telinga tengah terutama di negara berkembang telah banyak dilakukan. Hasil studi case control terhadap 75 anak dengan OMSK dan 74 anak sebagai kontrol, mendapatkan anak dengan OMSK memiliki gizi yang kurang dibandingkan kontrol dengan konsentrasi Zn, Se dan Ca yang rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi keadaan gizi kurang pada anak, namun yang paling penting adalah kesanggupan membeli makanan yang bergizi. Uraian status gizi terdiri dari:

1. status gizi balita
2. status gizi anak umur 5 – 18 tahun.
3. status gizi penduduk dewasa

Penggunaan berat badan dan tinggi badan akan lebih jelas dan peka dalam menunjukkan keadaan gizi kurang bila dibandingkan dengan penggunaan BB/U.²⁴

G. Jarak rumah ke fasilitas kesehatan

OMSK merupakan penyakit infeksi yang secara umum berhubungan dengan status

sosio-ekonomi rendah yang juga berkaitan erat dengan kondisi gizi kurang, kepadatan tempat tinggal, tingkat kesehatan di bawah standar, infeksi saluran napas atas berulang dan kurangnya sarana kesehatan yang memadai. Fasilitas kesehatan yang lebih dekat secara signifikan juga menurunkan angka serangan otitis media pada anak-anak Indian Arizona yang hidup di penampungan.²⁵ Biaya pengobatan apalagi tindakan pembedahan OMSK masih dihitung tinggi sementara itu dampak penyakit yang mendasari menjadi sedemikian kecil sehingga tidak diperhitungkan. Sehingga perlu menemukan solusi untuk pengobatan OMSK dengan waktu yang cepat dan biaya yang terjangkau. Penduduk yang memiliki asuransi kesehatan mempunyai angka kejadian OMA berulang yang sedikit lebih tinggi mungkin karena mempunyai akses pemeliharaan kesehatan yang lebih baik, sehingga diagnosis penyakit telinga dan penyakit yang lain menjadi lebih baik.

4. Faktor Perilaku (PHBS)

A. Kebiasaan mencuci tangan

Sebagian besar kuman infeksius penyebab OMSK ditimbulkan oleh kebiasaan mencuci tangan yang kurang baik. Radang telinga dapat disebabkan oleh bakteri ataupun virus yang mengendap di rongga telinga bagian luar, tengah serta dalam. Kebiasaan mencuci tangan dengan sabun adalah perilaku amat penting bagi upaya mencegah terjadinya OMSK. Tangan terkena kuman sewaktu kita bersentuhan dengan bagian tubuh sendiri, tubuh orang lain, hewan atau permukaan yang tercemar. Walaupun kulit yang utuh akan melindungi tubuh dari infeksi langsung, kuman tersebut dapat masuk ke tubuh ketika tangan menyentuh mata, hidung, telinga atau mulut. Kebiasaan mencuci tangan dapat diterapkan setelah buang air besar, setelah menangani tinja anak, sebelum makan atau memberi makan anak dan sebelum menyiapkan makanan. Mencuci tangan dengan sabun adalah salah satu tindakan sanitasi dengan membersihkan tangan dan jari jemari menggunakan air bersih dan sabun oleh manusia agar menjadi bersih dan memutuskan rantai kuman. Perilaku sehat cuci tangan pakai sabun yang merupakan salah satu indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) saat ini juga telah menjadi perhatian dunia, hal ini

karena masalah kurangnya praktek perilaku cuci tangan tidak hanya terjadi di negara-negara berkembang saja, tetapi ternyata di negara-negara maju pun kebanyakan masyarakatnya masih lupa untuk melakukan perilaku cuci tangan.²⁶ Cara mencuci tangan yang baik dan benar adalah sebagai berikut:²⁷

1. Basahi sampai bersih dan rata tangan kita dengan air bersih yang mengalir
2. Sabuni telapak tangan kita sampai berbusa
3. Usap-usap kedua telapak tangan
4. Usap kedua bagian punggung tangan
5. Bersihkan jari dan kuku jari kita sampai bersih
6. Bilas dengan air bersih
7. Lap dengan lap tangan atau tisu yang bersih sampai kering

B. Kebiasaan merokok

Paparan asap rokok adalah risiko timbulnya suatu penyakit pada individu akibat menghirup asap rokok yang berasal dari lingkungan asap rokok tembakau individu, dapat seorang perokok pasif maupun perokok pasif.²⁸ Perokok aktif adalah individu yang melakukan langsung aktivitas merokok dalam arti menghisap batang rokok yang telah dibakar. Definisi WHO untuk perokok sekarang adalah mereka yang merokok setiap hari untuk jangka waktu minimal 6 bulan selama hidupnya dan masih merokok pada saat diperiksa. Perokok pasif adalah individu yang menghirup asap rokok yang dihembuskan oleh individu lain yang merokok (*main stream smoke*) atau asap rokok yang berasal dari rokok yang terbakar (*side-stream smoke*). Suatu studi metaanalisis menunjukkan risiko otitis media yang meningkat yaitu sebesar 66% karena pengaruh paparan asap rokok.¹⁵ Paparan asap rokok berkontribusi meningkatkan risiko terjadinya otitis media kronik, asap rokok akan menyebabkan gangguan dari fungsi mukosiliar tuba eustasius. Namun dari penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara paparan asap rokok dengan kekerapan terjadinya *otorea* pada OMSK.¹⁹

C. Kebiasaan makan buah dan sayur setiap hari

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menghasilkan peta masalah kesehatan yang terkait dengan PHBS yaitu kurang makan buah dan sayur pada penduduk umur kurang dari 10 tahun adalah 93,6%.²⁸ OMSK dapat terjadi

karena disfungsi tuba audiotoria kronik, infeksi fokal seperti sinusitis kronik, adenoiditis kronik dan tonsillitis kronik yang menyebabkan infeksi kronik atau berulang saluran napas atas dan selanjutnya menyebabkan terjadinya edema serta obstruksi tuba audiotoria. Untuk mencegah penyakit saluran napas berulang dapat dilakukan dengan cara *food recall* dalam sehari makan makanan bergizi terutama sayur dan buah.²⁹

Ringkasan

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan dimasyarakat.²⁷

Otitis media supuratif kronik (OMSK) adalah infeksi kronik di telinga tengah ditandai dengan perforasi membran timpani dan sekret yang keluar terus menerus atau hilang timbul, sekret berupa serous, mukoid atau purulen lebih dari 8 minggu.²⁸

PHBS dapat berpengaruh terhadap terjadinya suatu penyakit, misalnya OMSK. OMSK ini sangat dipengaruhi oleh lingkungan dan perilaku, dengan kondisi lingkungan yang mudah terkena polusi udara (asap rokok) dan perilaku merokok di dalam rumah yang menjadi kebiasaan kepala dan anggota keluarga lainnya dapat menyebabkan terjadinya OMSK. OMSK dipengaruhi atau ditimbulkan oleh tiga hal yaitu adanya kuman (terdiri dari lebih dari 300 jenis bakteri, virus, dan riketsia), keadaan daya tahan tubuh (status nutrisi, imunisasi) dan keadaan lingkungan (rumah yang kurang ventilasi, lembab, basah, dan kepadatan penghuni). Selain itu, faktor risiko yang secara umum dapat menyebabkan terjadinya OMSK adalah Faktor Penjamu (Sistem Imun, Genetik, Kelainan Kongenital dan Alergi), Faktor Infeksi (Riwayat ISPA dan Riwayat OMA), Faktor Sosiodemografi (Usia, Jenis kelamin, Suku, Tingkat Pendidikan, Pendapatan Keluarga, Status Gizi, Jarak Rumah Kefasilitas Kesehatan) dan Faktor Lingkungan (PHBS).

Simpulan

Dari tulisan ini dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yaitu kebiasaan mencuci tangan yang kurang baik, merokok

dan tidak makan buah dan sayur setiap hari terhadap angka kejadian Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK).

Daftar Pustaka

1. Helmi. 2010. Otitis media supuratif kronis. Dalam : pengetahuan dasar, terapi medik, mastoidotomi, timpanoplasti. Jakarta : Balai Penerbit FK UI. Hal 55-72.
2. Cholee RA, Nason R. 2009. Chronic otitis media and cholesteatoma. In: Ballenger's manual of otorhinology head and neck surgery. Connecticut : BC Decker; p. 217-27.
3. Caponetti G, Thompson LDR, Pantanowitz L. 2009. Cholesteatoma ear, nose & throat. Journal; 88: 1196-7.
4. Ludman H. 2011. Complications of chronic suppurative otitis media. In: Scott-Brown's Otolaryngology. London: Butterworth, Heinemann; 1997. p. 1- 23.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Panduan Praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Jakarta : Depkes RI.
6. Paparella MM, Adams GL, Leviene SC. 2001. Penyakit telinga tengah dan mastoid. Dalam : Effendi M, Santoso K, Ed. BOIES Buku Ajar Penyakit THT. Edisi 6. Jakarta : EGC, hal : 88 – 118.
7. Acuin, Jose. 2008. Chronic suppurative otitis media. BMJ ; ClinEvid.
8. Zhang Y, Min X, Jin Z, et al. 2014. Risk factors for chronic and recurrent otitis media – A meta Analysis. Plosone ; 1 : p. 1-7.
9. Syafrizal. 2002. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan faktor-faktor yang berhubungan dengan PHBS pada keluarga di kabupaten Aceh Barat propinsi Aceh. Tesis FKM UI, Depok.
10. Separdi EA, Iskandar N, Bashiruddin J. 2007. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorokan, Kepala & Leher. Edisi VI. Jakarta : FK UI.
11. Route MR, Mohanty D, Vijaylaxmi Y, Kamalesh B, Chakradhar M. 2009. Prevalence of cholesteatoma in chronic suppurative otitis media with central perforation. Indian Journal of Otology 2012; 18: 7-10.
12. Soepardi EA, Iskandar N, Baahiruddin J, Restuti RD (Ed.). 2007. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala dan Leher. Edisi Keenam. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
13. Rudolph AM Hoffman JIE, Rudolph CD. 2007. Buku Ajar Pediatri Rudolph. dr.Natalia Susi dkk (editor). Vol.2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
14. Acuin J. 2004. Chronic suppurative otitis media: burden of illness and management options. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
15. Kong K, Coates HLC. 2009. History , definitions, risk factors and burden of otitis media. MJA. Australia. 191(9). p S39-S43.
16. Lasisi A.O., O.Olayemi, A.E. Irabor. 2008. Early onset otitis media: risk factors and effect on the outcome of chronic otitis media. Eur arch otorginology 2008 ; 265 : 765-8.
17. Bluestone, C.D., Klein, J.O. 2007. Otitis media, atelektasis, and eustachian tube dysfunction. In Bluestone, Stool, Kenna eds. Pediatric otolaryngology. 3rd ed. London: WB Saunders, Philadelphia, 388-582.
18. Kvestad E, Kvaener K and Mair I. 2008. Labyrinthine fistula detection : The predictive value of vestibular symptoms and computerized tomography. Acta otolaryngologica ; p. 622-26.
19. Zhang Y, Min X, Jin Z, et al. 2014. Risk factors for chronic and recurrent otitis media – A meta Analysis. Plosone ; 1 : p. 1-7.
20. Revai K et al. 2007. Incidence of Acute Otitis Media and Sinusitis Complicating Upper Respiratory Tract Infection: The Effect of Age. Journal of The American Academy of Family Physician. 76 (11) : 1650-1658.
21. Parry D, Roland PS. 2011. Middle ear, chronic suppurative otitis, medical treatment. Available from : <http://emedicine.medscape.com/otolaryngology>
22. Notoatmodjo S. 2012. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
23. Yousuf M, Majumder KA, Kamal A, Shumon AM, Zamans Y. 2011. Clinical study on chronic suppurative otitis media.

- 17 (1) : 42-47. Bangladesh J Otorhinolaryngology.
24. Riskesdas. 2012. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2011. Jakarta.
2. 25. Acuin, Jose. 2008. Chronic suppurative otitis media. BMJ ; ClinEvid.
25. Anggrainy R. 2010. Cuci tangan menggunakan sabun dalam program mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. From [http://www.perilakuhidupbersih\(PHBS\).com](http://www.perilakuhidupbersih(PHBS).com). Diakses pada tanggal 12 Januari 2018.
26. Dapertemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Perilaku mencuci tangan pakai sabun di Indonesia. www.depkes.go.id diakses pada tanggal 12 Januari 2018.
27. Riskesdas. 2012. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2011. Jakarta.
28. Utami TF, Bambang U, Kartono S. 2010. Rinitis alergi sebagai faktor risiko otitis media supuratif kronik. Cermin Dunia Kedokteran. 179(428):9