

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Indra pendengaran sangat menentukan kualitas sumber daya manusia (Kemenkes RI, 2012). Salah satu gangguan pada telinga adalah akibat penyakit infeksi telinga tengah atau Otitis Media. Penyakit ini khususnya Otitis Media supuratif kronik (OMSK) dianggap masalah besar di negara berkembang dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. (WHO, 1998).

OMSK merupakan penyebab utama gangguan pendengaran dan ketulian. OMSK dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Pada anak-anak dapat mempengaruhi kemampuan bahasa, komunikasi, psikososial, perkembangan kognitif dan pada akhirnya mengakibatkan gangguan belajar dan menurunnya prestasi disekolah. Pada orang dewasa menurunnya kemampuan komunikasi karena kurang pendengaran akan menimbulkan depresi, kecemasan dan penarikan diri dari sosial. (Mukhtar & WHO dalam Nugroho, 2013).

Selain dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan ketulian OMSK juga dapat menimbulkan komplikasi ekstrakranial dan gejala sisa seperti abses mastoid, kelumpuhan syaraf wajah dan masih banyak lagi yang lainnya. OMSK bahkan dapat menimbulkan komplikasi intrakranial yang dapat mengancam jiwa seperti abses otak dan meningitis (Kemenkes RI, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) di tahun 2004 sekitar 65-330 juta orang didunia menderita OMSK dengan disertai otoroe, terutama di negara-negara berkembang (Zanah, 2015). Di Indonesia, berdasarkan hasil survei kesehatan Indra Penglihatan dan Pendengaran yang dilakukan di 8 (delapan) Provinsi menunjukkan bahwa prevalensi OMSK adalah sebesar 3,1% (Kemenkes RI, 2012). Prevalensi dari OMSK pada populasi usia > 4 tahun di Korea adalah 3,13% (Chung, 2016). Di Jakarta prevalensi OMSK tahun 2012 berdasarkan survey terhadap populasi penduduk kotamadya Jakarta Timur adalah 3,4% (Pasra, 2012)

OMSK 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. OMSK dapat terjadi akibat kelanjutan dari Otitis Media Akut dengan perforasi membran timpani yang telah berlangsung lebih dari dua bulan. (Soepardi dkk, 2007).

Faktor predisposisi kronisitas otitis media antara lain adalah disfungsi tuba auditoria kronik, perforasi membran timpani yang menetap, bakteri yang resisten terhadap antibiotika serta faktor konstitusi seperti alergi dan penurunan daya tahan tubuh (Mauson dalam Utami, 2010). Bakteri penginvansi sekunder yang selalu ditemukan dalam sekret supurasi telinga kronik yaitu *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris* serta bakteri anaerob lainnya yang paling sering ditemukan adalah dari spesies *Bacteroides* (Adams, 1989)

Faktor risiko OMSK terkait dengan status sosial ekonomi rendah, kesehatan yang tidak memadai yang mencakup tinggal di kondisi yang padat, tinggal di sebuah keluarga besar, tingkat pendidikan orang tua rendah, gizi buruk, merokok pasif, riwayat tabung tympanostomy, sering infeksi saluran pernapasan atas dan nasopharyngitis, infeksi dan penyakit kronis, seperti campak, human immunodeficiency virus (HIV), TBC, diabetes, dan kanker, kondisi komorbiditas lain, seperti celah bibir / palatum, sindrom Down, dan lain-lain, praktek higienis seperti mandi di kolam dan sungai terkontaminasi, penusukan telinga tidak steril, dan membersihkan telinga dengan cotton buds. (Zhang, 2014)

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi penyakit OMSK banyak terjadi pada anak-anak, sementara sebagian lainnya pada usia produktif, lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki, pada seseorang yang memiliki riwayat penyakit infeksi/ kronis/ alergi, tinggal di lingkungan yang minim akses ke pelayanan kesehatan dan tinggal di lingkungan yang kumuh serta padat penghuni.

Usia termasuk variabel penting dalam mempelajari suatu masalah kesehatan karena ada kaitannya dengan daya tahan tubuh, ancaman terhadap kesehatan dan kebiasaan hidup. Hasil penelitian Putra (2016) di poliklinik THT rumah sakit umum pusat Sanglah menunjukkan bahwa kelompok umur yang terbanyak menderita OMSK adalah kelompok umur antara 11 – 20 tahun sebanyak 47 orang (40.2%). Sementara penelitian Malirmasele (2016) di Ambon menunjukkan bahwa usia pasien OMSK yang terbanyak adalah Balita (31,5%).

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, tetapi pada beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini antara lain disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, kesadaran berobat, perbedaan kemampuan atau kriteria diagnostik beberapa penyakit, genetika atau kondisi fisiologis. Hasil penelitian Ghosh (2015) di India menunjukkan bahwa pasien OMSK lebih banyak di derita oleh laki-laki (63,7%) sementara study oleh Shaheen et al (2014) di Bangladesh menunjukkan hal yang berbeda, dalam studinya OMSK sedikit lebih umum di kalangan anak perempuan dari pada laki-laki, di masyarakat pedesaan (6,05% vs 5,98 %) dan masyarakat kota (2,33 % vs 1,82 %).

Banyak penelitian membuktikan bahwa faktor sosial ekonomi merupakan faktor resiko OMSK. Hasil study Kumara et al di India (2015) menunjukkan bahwa otitis media supuratif kronis lebih lazim terjadi pada orang dengan strata sosial ekonomi rendah (39.4%). Penelitian Thakur et al (2017) di daerah pedesaan Nepal Timur juga menemukan hal yang sama sebagian besar (51, 96%) penderita OMSK berasal dari keluarga yang status sosial ekonominya rendah, sebagian besar (34,3%) berasal dari keluarga berpenghasilan sangat rendah (<50.000 Rupee / tahun) dengan mata pencaharian terbanyak adalah sebagai petani (35,3%) dan buruh (23,5%). Kehidupan yang miskin dapat mengurangi kemampuan sebuah keluarga untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga terhadap gizi, perumahan dan lingkungan yang sehat serta kebutuhan lainnya.

Sering menderita ISPA atau penyakit nasofaringitis lainnya merupakan faktor pencetus terjadinya OMSK. Dalam metaanalisis Zhang dkk (2014) menunjukkan bahwa ISPA secara signifikan meningkatkan risiko OMSK (OR, 6.59, 95% CI, 3,13-13,89; $P < 0,00001$). Study oleh Muftah di Yaman (2015) juga menunjukkan bahwa ISPA yang terjadi > 3 kali dalam setahun merupakan faktor resiko OMSK (OR 5.3, 95%CI 2.5–11.0). Otitis media sering diawali dengan infeksi pada saluran napas seperti radang tenggorokan atau pilek yang menyebar ke telinga tengah lewat saluran Eustachius.

Menderita penyait kronis dan alergi juga beresiko untuk terjadi OMSK. Analisis multivariat oleh Chung et al (2016) di Korea penyakit Diabetes secara bermakna terkait dengan OMSK ($P < .05$). Analisis regresi logistik oleh Orji (2015) mengidentifikasi diabetes mellitus sebagai factor resiko OMSK ($P = 0,041$). Penelitian di Poliklinik THT RSUP H. Adam Malik juga menunjukkan bahwa pasien rinitis alergi memiliki risiko 13 kali lebih besar untuk menderita OMSK dibanding dengan pasien tanpa rinitis alergi (OR=13,222) (Diana, 2017). ini dapat terjadi karena sistem imun pada pasien-pasien tersebut mengalami gangguan. Peran sistem kekebalan tubuh - Interferon-gamma (IFN-gamma) telah terbukti memiliki sifat immunoregulatory di OMSK

Hasil study terhadap penderita OMSK di pedesaan India mengungkap bahwa tindakan penusukan telinga yang tidak higienis merupakan faktor pencetus terjadinya OMSK, jeyakumari (2015) menemukan sebanyak 78% penderita OMSK melakukan praktik higiene dengan penusukan telingan menggunakan alat tidak higienis. Hasil penelitian Takur et al (2017) juga

menemukan hal yang sama yaitu lebih dari 80% penderita OMSK sering dibersihkan telinganya menggunakan benda-benda yang tidak aman seperti batang korek api, cotton buds dan terkadang benda tajam lainnya. Bentuk kebiasaan ini terbukti secara statistik berpengaruh signifikan terhadap terjadinya OMSK. Penusukan telinga beresiko menyebabkan terjadinya perforasi membran timpani yang menetap menyebabkan mukosa telinga tengah selalu berhubungan dengan udara luar. Bakteri yang berasal dari kanalis auditorius eksternus atau dari luar lebih leluasa masuk ke dalam telinga tengah menyebabkan infeksi kronis pada mukosa telinga tengah.

Kepadatan penduduk merupakan predisposisi terjadinya penyebaran droplet infeksi. Kepadatan penduduk merupakan predisposisi terjadinya penyebaran droplet infeksi. Studi Yousuf et al (2011) di Banglades menunjukkan bahwa kepadatan penduduk adalah faktor etiologi utama, dalam penelitian tersebut sebanyak 80% penderita OMSK tinggal di tempat kumuh yang penuh sesak. Analisis regresi logistik oleh Orji (2015) menunjukan bahwa tinggal dengan >7 orang dalam 1 keluarga merupakan factor resiko OMSK ($P = 0,043$).

Adanya perbedaan wilayah mengakibatkan perbedaan dalam pola penyakit baik distribusi frekuensi penyakit maupun jenis penyakit. Batas administratif propinsi, kabupaten, kecamatan atau desa dapat ditentukan dengan sungai, jalan kereta api, jembatan dan lainnya sebagai batas fisik. Berdasarkan batas institusi, OMSK dapat terjadi pada daerah dengan penduduk padat dengan sosial ekonomi rendah atau pada daerah penduduk padat dengan lingkungan jelek. Hasil penelitian Muftah (2015) menunjukan

bahwa (17,9%) penderita OMSK tinggal di tempat yang padat penghuni, sementara sebanyak (2,6 %) tinggal di tempat yang tidak padat. Dingra et al (2016) dalam penelitiannya juga menemukan 74% penderita OMSK yang berobat di rumah sakit Punjab India berasal dari daerah pedesaan, faktor sosiodemografi yang terkait dengan infeksi ini antara lain hidup dalam kondisi yang penuh sesak dan dalam keluarga besar,

Di Kalimantan Barat, data tentang OMSK baik di Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten Landak masih belum tersedia. Kabupaten Landak terdiri dari 16 Puskesmas, Puskesmas Sebangki dan Puskesmas Senakin adalah dua diantaranya. Dari buku register harian pasien yang berobat ke Puskesmas Sebangki kasus Otitis Media yang ditangani dalam 3 tahun terakhir di Puskesmas Sebangki menunjukkan angka yang stabil yaitu 12 (0,61%) di tahun 2013, 11 (0,58%) di tahun 2014 dan 12 (0,61%) tahun 2015. Hal ini berbeda jika dibandingkan dengan yang terjadi di Puskesmas Senakin. Berdasarkan data kunjungan harian pasien yang berobat di Poli Umum puskesmas Senakin tahun 2013, 2014 dan 2015 kasus Otitis Media dalam tiga tahun terakhir ini ternyata mengalami peningkatan. Di tahun 2013, dari 4178 pasien rawat jalan yang dilayani terdapat sebanyak 28 (0,67%) kasus adalah Otitis Media, tahun 2014 dari 4320 pasien rawat jalan yang dilayani sebanyak 33 (0,76%) kasus adalah Otitis Media dan di tahun 2015 dari 4440 pasien rawat jalan yang dilayani sebanyak 43 (0,96%) kasus adalah Otitis Media.

Peningkatan kasus Otitis Media terutama terjadi pada jenis OMSK, dari keseluruhan kasus Otitis media yang dilayani pada tahun 2013 sebanyak 6 kasus (21,42%) adalah OMSK, pada tahun 2014 meningkat menjadi 13

kasus (39,39%) dan terus meningkat menjadi 23 kasus (53,48%) di tahun 2015. Berbeda dengan OMSK yang mengalami peningkatan, kasus OMA sebaliknya mengalami penurunan yaitu 22 kasus (78,57%) di tahun 2013, 10 kasus (60,60%) tahun 2014 dan 20 kasus (46,51%) pada tahun 2015.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti ingin mengetahui epidemiologi penyakit OMSK pada pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak tahun 2016.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan oleh penulis maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Gambaran epidemiologi penyakit OMSK pada pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016”

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK pada pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016

I.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

1. Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan

keluarga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016.

2. Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan riwayat penyakit lainya yang menyertai pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016
3. Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan kebiasaan mengorek telinga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016
4. Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK kepadatan penghuni rumah pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016.
5. Mengetahui gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan asal tempat tinggal pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016

I.4 Manfaat Penelitian

- 1.4.1 Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi lebih lanjut tentang gambaran epidemiologi penyakit OMSK pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kabupaten Landak tahun 2016

- 1.4.2. Bagi Peneliti

Sebagai bahan tambahan ilmu pengetahuan dan pengembangan wawasan serta menambah pengalaman dalam rangka mengembangkan

ilmu pengetahuan yang berhubungan langsung dengan masalah penelitian ini.

1.4.3. Bagi Puskesmas Senakin.

Dapat di jadikan bahan informasi dan bahan pertimbangan dalam penyusunan rencana tindak lanjut upaya penanggulangan penyakit OMSK diwilayah kerjanya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II. 1 Otitis Media Supuratif Kronik.

II.1.1 Definisi dan perjalanan penyakit (Soepardi, 2007).

Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK) dahulu disebut Otitis Media perforata (OMP) atau dalam sebutan sehari-hari *congek*. Yang disebut dengan otitis media supuratif kronik ialah 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.

Beberapa faktor yang menyebabkan OMA menjadi OMSK ialah terapi yang terlambat diberikan terapi yang tidak adekuat, virulensi kuman tinggi, daya tahan tubuh pasien rendah (gizi kurang) atau higiene kurang.

II. 1. 2 Gambaran Klinis Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK). (Periasamy, 2010).

1. Telinga berair(otorrhoe)

Sekret 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. Pada OMSK tipe jinak, cairan yang keluar mukopus yang tidak berbau busuk yang sering kali sebagai reaksi iritasi mukosa telinga tengah oleh perforasi membran timpani dan infeksi. Keluarnya sekret biasanya hilang timbul. Meningkatnya jumlah sekret dapat disebabkan infeksi saluran nafas atas atau kontaminasi dari liang telinga luar setelah mandi atau berenang. Pada OMSK stadium inaktif tidak dijumpai adanya sekret telinga. Sekret yang sangat bau, berwarna kuning abu-abu kotor memberi kesan kolesteatoma dan produk degenerasinya. Dapat terlihat keping-keping kecil, berwarna putih, mengkilap. Pada OMSK tipe ganas unsur mukoid dan sekret telinga tengah berkurang atau hilang karena rusaknya lapisan mukosa secara luas. Sekret yang bercampur darah berhubungan dengan adanya jaringan granulasi dan polip telinga dan merupakan tanda adanya kolesteatom yang mendasarinya. Suatu sekret yang encer berair tanpa nyeri mengarah kemungkinan tuberkulosis.

2. Gangguan pendengaran

Ini tergantung dari derajat kerusakan tulang-tulang pendengaran. Biasanya di jumpai tuli konduktif namun dapat pula bersifat campuran. Gangguan pendengaran mungkin ringan sekalipun proses patologi sangat hebat,

karena daerah yang sakit ataupun kolesteatom, dapat menghambat bunyi dengan efektif ke fenestra ovalis. Bila tidak dijumpai kolesteatom, tuli konduktif kurang dari 20 db ini ditandai bahwa rantai tulang pendengaran masih baik. Kerusakan dan fiksasi dari rantai tulang pendengaran menghasilkan penurunan pendengaran lebih dari 30 db. Beratnya ketulian tergantung dari besar dan letak perforasi membran timpani serta keutuhan dan mobilitas sistem pengantaran suara ke telinga tengah. Pada OMSK tipe maligna biasanya didapat tuli konduktif berat karena putusannya rantai tulang pendengaran, tetapi sering kali juga kolesteatom bertindak sebagai penghantar suara sehingga ambang pendengaran yang didapat harus diinterpretasikan secara hati-hati. Penurunan fungsi kohlea biasanya terjadi perlahan-lahan dengan berulangnya infeksi karena penetrasi toksin melalui jendela bulat (foramen rotundum) atau fistel labirin tanpa terjadinya labirinitis supuratif. Bila terjadinya labirinitis supuratif akan terjadi tuli saraf berat, hantaran tulang dapat menggambarkan sisa fungsi kokhlea.

3. Ootalgia (nyeri telinga)

Nyeri tidak lazim dikeluhkan penderita OMSK, dan bila ada merupakan suatu tanda yang serius. Pada OMSK keluhan nyeri dapat karena terbungungnya drainase pus. Nyeri dapat berarti adanya ancaman komplikasi akibat hambatan pengaliran sekret, terpaparnya durameter atau dinding sinus lateralis, atau ancaman pembentukan abses otak. Nyeri telinga mungkin ada tetapi mungkin oleh adanya otitis eksterna sekunder. Nyeri merupakan tanda berkembang komplikasi OMSK seperti Petrositis, subperiosteal abses atau trombosis sinus lateralis.

4. Vertigo

Vertigo pada penderita OMSK merupakan gejala yang serius lainnya. Keluhan vertigo seringkali merupakan tanda telah terjadinya fistel labirin akibat erosi dinding labirin oleh kolesteatom. Vertigo yang timbul biasanya akibat perubahan tekanan udara yang mendadak atau pada penderita yang sensitif keluhan vertigo dapat terjadi hanya karena perforasi besar membran timpani yang akan menyebabkan labirin lebih mudah terangsang oleh perbedaan suhu. Penyebaran infeksi ke dalam labirin juga akan menyebabkan keluhan vertigo. Vertigo juga bisa terjadi akibat komplikasi serebelum (Periasamy, 2010)

II.1.3 Etiologi dan Pathogenesis OMSK

Menurut Adams (1987), agen penyebab otitis media supuratif kronis adalah sebagai berikut:

1. *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, dan organisme gram negatif lain seperti *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, Dan *Escherichia coli* biasanya dapat dikultur pada otorrhea kronik tanpa komplikasi.
2. *Bacteriodes fragilis* sering ditemukan pada mastoiditis yang terkait dengan otitis media supuratif kronis.

Menurut Mauson dalam Utami (2010) faktor predisposisi kronisitas otitis media ini adalah :

- (1) Disfungsi tuba auditoria kronik, fokal infeksi seperti sinusitis kronik, adenoiditis kronik dan tonsilitis kronik menyebabkan

infeksi kronik atau berulang pada saluran nafas atas dan selanjutnya mengakibatkan udem serta obstruksi tuba auditoria. Beberapa kelainan seperti hipertrofi adenoid dan celah palatum menyebabkan fungsi tuba auditoria terganggu. Gangguan kronis fungsi tuba auditoria menyebabkan proses infeksi di telinga tengah menjadi kronis.

- (2) Perforasi membran timpani yang menetap, menyebabkan mukosa telinga tengah selalu berhubungan dengan udara luar. Bakteri yang berasal dari kanalis auditorius eksternus atau dari luar lebih leluasa masuk ke dalam telinga tengah menyebabkan infeksi kronis pada mukosa telinga tengah.
- (3) Bakteri yang resisten terhadap antibiotika. Bakteri yang tersering diisolasi pada OMSK adalah *Pseudomonas aeruginosa* dan *Staphylococcus aureus*. Sebagian besar bakteri tersebut telah resisten terhadap antibiotika yang lazim dipergunakan. Ketidaktepatan atau terapi yang tidak adekuat menyebabkan kronisitas infeksi.
- (4) Faktor konstitusi, alergi merupakan salah satu faktor konstitusi yang dapat menyebabkan kronisitas. Pada keadaan alergi ditemukan perubahan berupa bertambahnya sel goblet dan berkurangnya sel kolumnar bersilia pada mukosa telinga tengah dan tuba auditoria sehingga produksi cairan mukoid bertambah dan efisiensi silia berkurang. Perubahan lain adalah udem

mukosa tuba yang menyebabkan fungsi tuba auditoria terganggu. Faktor konstitusi lainnya adalah penurunan daya tahan tubuh.

II.1.4 Jenis OMSK

Menurut Soepardi (2007) OMSK dapat dibagi menjadi 2 jenis, yaitu

1. OMSK tipe aman (tipe mukosa = tipe benigna).

Proses peradangan pada OMSK tipe aman terbatas pada mukosa saja dan biasanya tidak mengenai tulang. Perforasi terletak di sentral umumnya OMSK tipe aman jarang menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Pada OMSK tipe aman tidak terdapat kolesteotoma. Kolesteatoma adalah epitel kulit yang berada pada tempat yang salah. Epitel kulit di liang telinga merupakan suatu daerah *Cul-de-sac* sehingga apabila terdapat serumen padat di liang telinga dalam waktu yang lama maka dari epitel yang berada medial dari serumen tersebut seakan terperangkap sehingga membentuk kolesteatom

2. OMSK tipe bahaya (tipe tulang = tipe maligna)

Yang dimaksud dengan OMSK tipe maligna adalah OMSK yang disertai dengan kolesteatoma. Perforasi pada OMSK tipe ini letaknya marginal atau atik, kadang-kadang juga terdapat kolesteatoma juga pada OMSK dengan perforasi subtotal. Sebagian besar komplikasi fatal yang timbul pada OMSK tipe bahaya.

II.1.5 Diagnosa

Diagnosa OMSK dibuat berdasarkan gejala klink dan pemeriksaan THT terutama pemeriksaan otoskopi. Pemeriksaan penala merupakan pemeriksaan sederhana untuk mengetahui adanya gangguan pendengaran. Untuk mengetahui jenis dan derajat gangguan pendengaran dapat dilakukan pemeriksaan audiometri nada murni, audiometri tutur dan pemeriksaan BERA, bagi pasien yang tidak kooperatif dengan pemeriksaan audiometri nada murni.

Pemeriksaan penunjang lain berupa foto rontgen mastoid serta kultur dan uji resistensi kuman dari sekret telinga. (Soepardi, 2007)

II.1.6 Terapi

Terapi OMSK tidak jarang memerlukan waktu lama serta harus berulang-ulang. Sekret yang keluar tidak cepat kering atau selalu kambuh lagi. Keadaan ini antara lain disebabkan oleh satu atau beberapa keadaan yaitu : (Soepardi, 2007)

1. Adanya perforasi membran timpani yang permanen sehingga telinga tengah berhubungan dengan dunia luar.
2. Terdapat sumber infeksi dari faring, nasofaring hidung, dan sinus paransalis
3. Sudah terbentuk jaringan patologik yang ireversibel dalam rongga mastoid
4. Gizi dan higiene yang kurang

II.1.7 Epidemiologi.

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2004 sekitar 65-330 juta orang didunia menderita OMSK.(Zanah, 2015). OMSK jarang terjadi di negara maju, dengan prevalensi kurang dari 1 persen misalnya di Amerika Serikat, OMSK terlihat lebih sering di negara berkembang, dengan prevalensi berkisar 6-46 persen di lain wilayah geografis dan populasi.

Salah satu teori mengenai prevalensi lebih tinggi di negara-negara berkembang adalah bahwa biaya pengobatan mahal. Dalam sebuah penelitian Nigeria, biaya pengobatan OMSK per pasien per tahun sebesar lebih dari upah minimum bulanan nasional. Pendidikan dan kesadaran masyarakat di negara-negara berkembang juga menjadi masalah.

Faktor risiko OMSK merupakan faktor yang terkait dengan status sosial ekonomi rendah dan kondisi kesehatan yang tidak memadai mencakup tinggal di kondisi ramai dan tinggal di sebuah keluarga besar, tingkat pendidikan rendah, gizi buruk, merokok pasif, riwayat tabung tympanostomy, sering ISPA dan nasopharyngitis, infeksi dan penyakit kronis, seperti campak, human immunodeficiency virus (HIV), TBC, diabetes, dan kanker, kondisi komorbiditas lain seperti celah bibir / palatum, sindrom down, sindrom tangisan kucing, choanal atresia, dan mikrosefali, praktek higienis, seperti mandi di kolam terkontaminasi. (Zhang, 2014).

II.2 Gambaran Epidemiologi Penyakit Otitis Media Supuratif Kronik (OMSK) pada pasien poli umum puskesmas senakin taqhun 2016

II.2.1 Definisi Epidemiologi

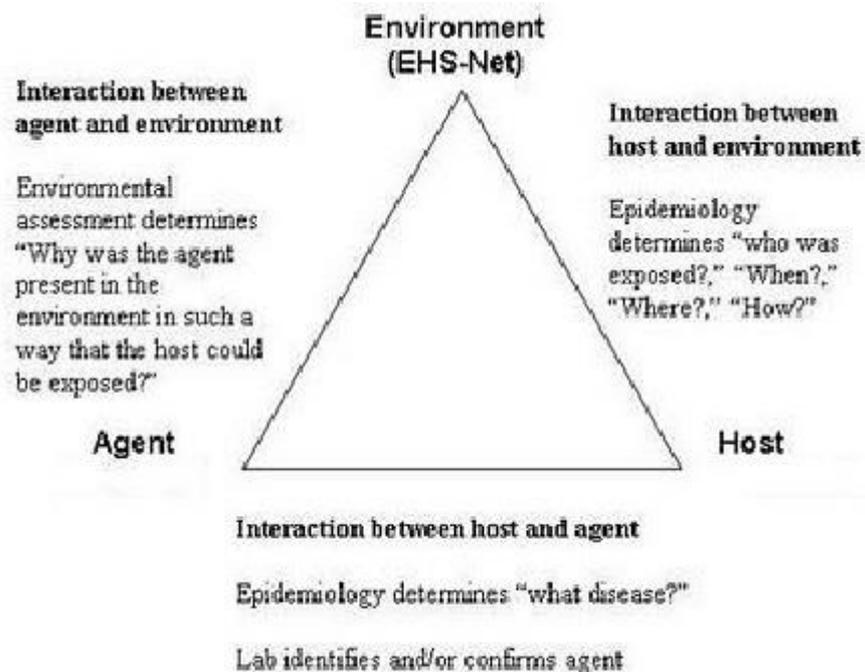
Kata epidemiologi berasal dari kata Yunani (*epi*= pada atau tentang, *demos* = penduduk, *logos* = ilmu). Definisi epidemiologi menurut Mac Mohan dan Pugh (1970) adalah ilmu yang mempelajari penyebaran dan penentu dari frekuensi penyakit manusia. Menurut Last (1983) epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari penyebaran dan penentu dari keadaan – keadaan dan peristiwa yang berkaitan dengan kesehatan dalam suatu populasi tertentu dan penerapannya dan hasil-hasil study tersebut untuk penanggulangan masalah kesehatan. Sedangkan menurut Rhotman epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari penyebab-penyebab kejadian penyakit. (Saepudin, 2003). Pada saat ini epidemiologi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

II.2.2 Epidemiologi Penyakit OMSK.

Menurut Gordon dan Le Rich timbulnya atau tidaknya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu “agent, pejamu (host) dan lingkungan” (Saepudin, 2003)

Agent adalah semua unsur atau elemen hidup maupun tidak hidup yang kehadiran atau ketidakhadirannya bila diikuti dengan kontak yang efektif dengan manusia yang rentan dalam keadaan yang memungkinkan akan

menjadi stimulasi untuk menginisiasi dan memudahkan terjadinya suatu proses penyakit, agent dari suatu penyakit meliputi agent biologis dan nonbiologis. Faktor-faktor pejamu adalah factor interinsik yang dapat mempengaruhi kerentanan pejamu tersebut terhadap factor agent. Sedangkan lingkungan memepengaruhi keterpaparan pejamu terhadap factor agent. (Saepudin, 2003)



(1) Umur

Variabel usia merupakan hal yang penting karena semua rate morbiditas dan rate mortalitas yang dilaporkan hampir selalu berkaitan dengan usia. Usia termasuk variabel penting dalam mempelajari suatu masalah kesehatan karena:

- a. Ada kaitannya dengan daya tahan tubuh. Pada umumnya daya tahan tubuh orang dewasa lebih kuat daripada bayi dan anak-anak.
- b. Ada kaitannya dengan ancaman terhadap kesehatan. Orang dewasa yang karena pekerjaannya ada kemungkinan menghadapi ancaman penyakit lebih berat dari pada anak-anak.
- c. Ada kaitannya dengan kebiasaan hidup. Dibandingkan anak-anak, orang dewasa yang karena kebiasaannya ada kemungkinan terkena penyakit akibat kesalahan kebiasaan hidup tersebut.

Dalam perkembangan secara alamiah, manusia mulai dari sejak dilahirkan hingga akhir hayatnya senantiasa mengalami perubahan baik fisik maupun psikis. Secara garis besar, perkembangan manusia secara alamiah dapat dibagi menjadi beberapa fase yaitu fase bayi dan anak-anak, fase remaja dan dewasa muda, fase dewasa dan lanjut usia.

Dalam setiap fase perkembangan tersebut, manusia mengalami perubahan dalam pola distribusi dan frekuensi morbiditas dan mortalitas yang disebabkan terjadinya perubahan dalam kebiasaan hidup, kekebalan, dan faal.

(2) Jenis Kelamin.

Secara umum, setiap penyakit dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, tetapi pada beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Hal ini antara lain disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, kesadaran

berobat, perbedaan kemampuan atau kriteria diagnostik beberapa penyakit, genetika atau kondisi fisiologis.

(3) Tingkat Pendidikan

Azwar dalam Rahmah (2015) berpendapat bahwa pendidikan sebagai suatu proses atau kegiatan untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan individu atau masyarakat. Ini berarti bahwa pendidikan adalah suatu pembentukan watak, yaitu sikap disertai kemampuan dalam bentuk kecerdasan, pengetahuan, dan keterampilan. Pendidikan formal yang ada di Indonesia adalah tingkat sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, dan tingkat akademik/ perguruan tinggi. Tingkat pendidikan sangat menentukan daya nalar seseorang yang lebih baik, sehingga memungkinkan menyerap informasi juga dapat berpikir secara rasional dalam menanggapi informasi atau setiap masalah yang dihadapi. Pendidikan dan kesadaran masyarakat yang rendah menyebabkan banyak penderita OMSK tidak tuntas dalam menjalani pengobatan bahkan ada yang menganggap bahwa penyakit ini dapat sembuh dengan sendirinya. (Wiranita, 2010).

(4) Pendapatan keluarga

Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi. Penghasilan rendah menyebabkan sulitnya penyediaan fasilitas perumahan yang baik, perawatan kesehatan yang memadai, pendidikan yang baik dan yang menjadi masalah utama ialah tidak terpenuhinya kebutuhan terhadap

makanan yang sehat sehingga berdampak pada rendahnya kualitas gizi. Rendahnya kualitas gizi, melemahkan daya tahan tubuh yang dapat berdampak pada kerentanan terserang penyakit OMSK. Berdasarkan hasil penelitian Malirmasele (2014) proporsi OMSK tertinggi pada pasien yang tidak bekerja yaitu sebanyak 46 orang (85,2%) yang terdiri dari 24 pelajar, 20 anak belum sekolah dan 2 pengangguran. Pasien yang memiliki pekerjaan sebanyak 8 orang yang terdiri dari 6 orang PNS (11,1%) dan 2 orang wiraswasta (3,70%)

Pendapatan yang rendah akan memberikan pengaruh dan dampak yang besar dalam pencapaian pemenuhan kebutuhan hidup dalam keluarga. Sesuai SK Gubernur Nomor 827/Disnakertrans/2015 tanggal 29 Oktober 2015 upah minimum provinsi (UMP) Kalimantan Barat tahun 2016 ditetapkan sebesar Rp 1.739.400.

(5) Riwayat penyakit lainnya

Otitis media sering diawali dengan infeksi pada saluran napas seperti radang tenggorokan atau pilek yang menyebar ke telinga tengah lewat saluran Eustachius. Saat bakteri melalui saluran Eustachius, mereka dapat menyebabkan infeksi di saluran tersebut sehingga terjadi pembengkakan di sekitar saluran, tersumbatnya saluran, dan datangnya sel-sel darah putih untuk melawan bakteri. Sel-sel darah putih akan membunuh bakteri dengan mengorbankan diri mereka sendiri. Sebagai hasilnya terbentuklah nanah dalam

telinga tengah. Selain itu pembengkakan jaringan sekitar saluran Eustachius menyebabkan lendir yang dihasilkan sel-sel di telinga tengah terkumpul di belakang gendang telinga.

Sering menderita ISPA atau penyakit nasofaringitis lainnya merupakan faktor pencetus terjadinya OMSK, penelitian oleh jeyakumari (2015) menemukan 64% penderita OMSK di pedesaan India ternyata sering menderita ISPA sementara 36% nya hanya kadang-kadang. Study oleh Muftah di Yaman (2015) menunjukkan bahwa ISPA yang terjadi > 3 kali dalam setahun merupakan faktor resiko yang terkait dengan OMSK (OR 5.3, 95%CI 2.5–11.0).

Dalam metaanalisis Zhang dkk (2014) menunjukkan sebanyak empat studi meneliti hubungan antara infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dan OMSK, yang meliputi adanya batuk atau rhinorrhea atau hidung tersumbat atau sakit tenggorokan atau adenoiditis / adenoid hipertrofi. Data yang diperoleh dari ini menunjukkan bahwa ISPA secara signifikan meningkatkan risiko OMSK.

Penyakit lainya seperti Campak, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), TBC, Diabetes, Rinitis Alergi dan Kanker juga berhubungan dengan kejadian OMSK. Penderita penyakit ini mengalami sistem imun yang terganggu. Peran sistem kekebalan tubuh - Interferon-gamma (IFN-gamma) telah terbukti memiliki sifat immunoregulatory di OMSK.(Levi,2013)

Analisis regresi logistik oleh Orji (2015) mengidentifikasi diabetes mellitus sebagai factor resiko OMSK ($P = 0,041$). Penelitian di Poliklinik THT RSUP H. Adam Malik juga menunjukkan bahwa pasien rinitis alergi memiliki risiko 13 kali lebih besar untuk menderita OMSK dibanding dengan pasien tanpa rinitis alergi (OR=13,222) (Diana, 2017).

(6) Kebiasaan mengorek telinga.

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka. Kebersihan perorangan sangat penting untuk diperhatikan. Pemeliharaan kebersihan perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan dan kesehatan (Potter dalam Rangkuti 2012).

Praktik higiene telinga dengan menggunakan aplikator yang berbahaya dan tidak higienis seperti *cotton bud*, lidi yang dilapisi kapas, klip kertas, ataupun jepit rambut beresiko menyebabkan terjadinya perforasi membran timpani yang menetap, menyebabkan mukosa telinga tengah selalu berhubungan dengan udara luar dan membuat bakteri yang berasal dari kanalis auditorius eksternus atau dari luar lebih leluasa masuk ke dalam telinga tengah dan menyebabkan infeksi kronis pada mukosa telinga tengah.

Hasil study terhadap pasien OMSK di rumah sakit Punjab menunjukkan bahwa praktek higiene telinga dengan peralatan yang tidak higienis merupakan faktor pencetus terjadinya OMSK, Dhingra et.al (2016) menemukan sebanyak 51% penderita OMSK melakukan praktik higiene telinga dengan menggunakan alat tidak higienis seperti batang korek api, penjepit rambut, isi ulang bulpoin dan lain-lain.

(7) Kepadatan penghuni rumah.

Rumah adalah bangunan gedung yang berfungsi sebagai tempat tinggal yang layak huni, sarana pembinaan keluarga, cerminan harkat dan martabat penghuninya, serta aset bagi pemiliknya. Kepadatan hunian tempat tinggal dapat mempengaruhi kualitas udara dalam ruangan rumah. (Permenkes RI, 2011).

Bangunan yang sempit dan tidak sesuai dengan jumlah penghuninya akan mempunyai dampak kurangnya oksigen di dalam ruangan sehingga daya tahan penghuninya menurun, kemudian cepat timbulnya penyakit saluran pernafasan seperti ISPA yang dapat menyebabkan gangguan fungsi tuba eustachius hingga akhirnya OMSK. Kepadatan di dalam kamar yang tidak sesuai dengan standar akan meningkatkan suhu ruangan yang disebabkan oleh pengeluaran panas badan yang akan meningkatkan kelembaban akibat uap air dari pernapasan

tersebut. Dengan demikian, semakin banyak jumlah penghuni ruangan tidur maka semakin cepat udara ruangan mengalami pencemaran gas atau bakteri. Dengan banyaknya penghuni, maka kadar oksigen dalam ruangan menurun dan diikuti oleh peningkatan CO₂ dan dampak peningkatan CO₂ dalam ruangan adalah penurunan kualitas udara dalam ruangan

Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh perumahan biasa dinyatakan dalam m² per orang. Luas minimum per orang sangat relatif, tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Kepadatan hunian yang memenuhi syarat kesehatan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 829/Menkes/SK/VII/1999 adalah satu orang minimal menempati luas rumah 8 m².

Kepadatan penghuni diukur dengan cara membandingkan luas rumah dengan jumlah penghuni dalam rumah. Untuk luas ruang tidur minimal adalah 8 m², dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur; kecuali anak dibawah umur 5 tahun.

Kepadatan penduduk merupakan predisposisi terjadinya penyebaran droplet infeksi. Analisis regresi logistik oleh Orji (2015) menunjukkan bahwa tinggal dengan >7 orang dalam 1 keluarga merupakan factor resiko OMSK ($P = 0,043$).

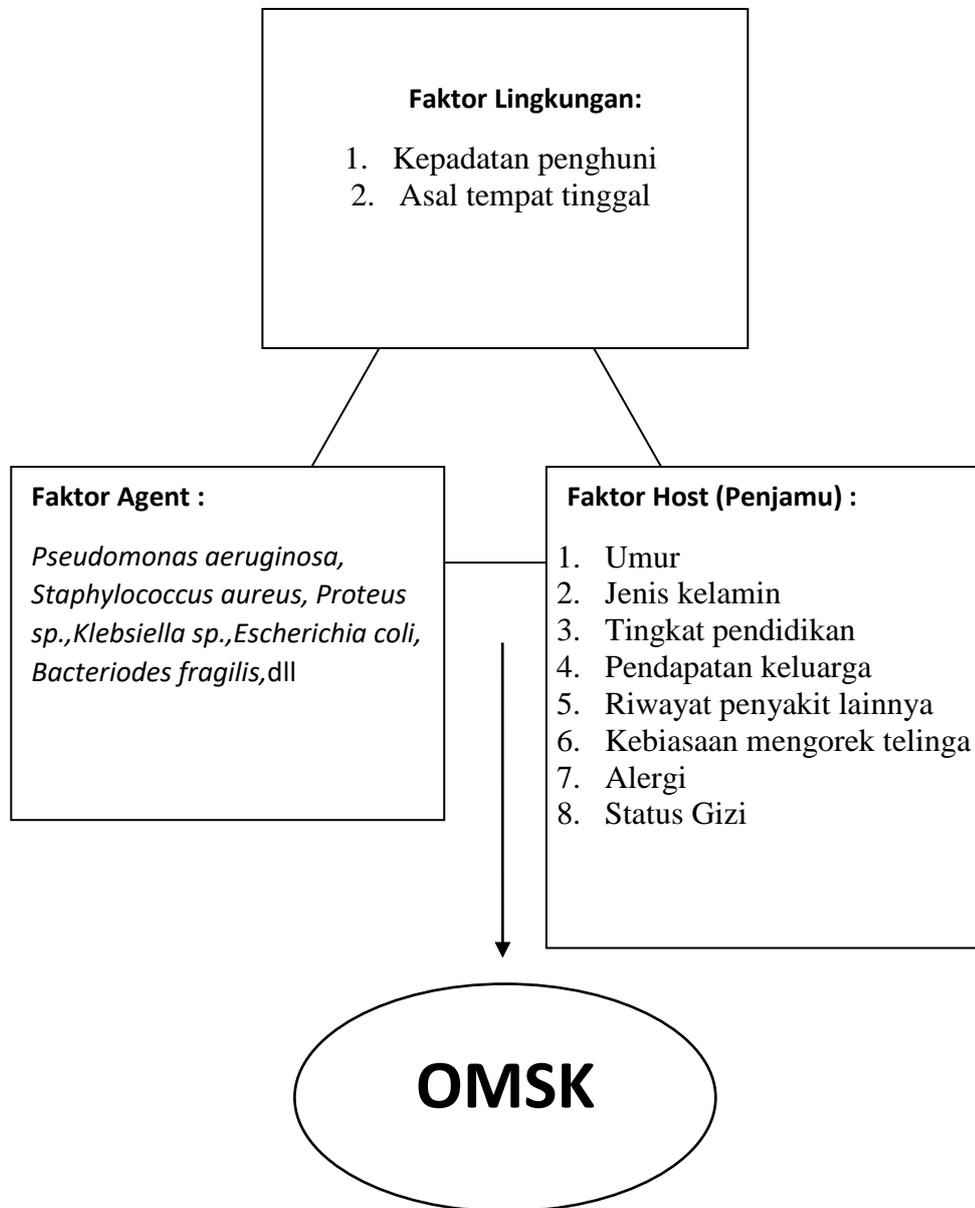
(8) Asal tempat tinggal.

Variabel tempat merupakan salah satu variabel penting dalam epidemiologi deskriptif karena pengetahuan tentang tempat atau lokasi penyakit- penyakit endemis sangat dibutuhkan ketika melakukan penelitian dan mengetahui sebaran berbagai penyakit di suatu wilayah sehingga dari keterangan yang diperoleh akan diketahui jumlah dan jenis masalah kesehatan yang ditemukan di suatu daerah, hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan di suatu daerah. keterangan tentang faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan di suatu daerah.

kejadian penyakit OMSK dapat terjadi di tempat/ daerah padat penduduk dengan sosial ekonomi rendah dan dengan kondisi lingkungan yang jelek.

Batas suatu wilayah dapat ditentukan berdasarkan geografis, alamiah, administratif atau fisik, institusi, dan instansi. Dengan batas alamiah dapat dibedakan negara yang beriklim tropis, subtropis, dan negara dengan empat musim. Hal ini penting karena dengan adanya perbedaan tersebut mengakibatkan perbedaan dalam pola penyakit baik distribusi frekuensi penyakit maupun jenis penyakit. Dari batas administratif dapat ditentukan batas propinsi, kabupaten, kecamatan atau desa dengan sungai, jalan kereta api, jembatan dan lainnya sebagai batas fisik.

3 Kerangka Teori



Gambar II.1.
Epidemiologi penyakit OMSK menurut teori Gordon 1950

Sumber: (Saepudin, 2003; Soepardi, 2007; Levi, 2013; Jeyakumari, 2015; Dhingra et.al, 2016; Nursiah, 2003; Adams, 1987)

BAB III**KERANGKA KONSEPTUAL****III.1 Kerangka Konsep****Variabel Bebas**

1. Umur
2. Jenis kelamin
3. Tingkat pendidikan
4. Pendapatan keluarga
5. Riwayat penyakit lainnya
6. Kebiasaan mengorek telinga
7. Kepadatan penghuni rumah
8. Asal tempat tinggal

Variabel Terikat

**Kejadian OMSK pada
pasien poli umum
Puskesmas Senakin**

Gambar III.1.

III.2 Variabel Penelitian

III.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (*Independent Variable*) dalam penelitian ini adalah Umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan keluarga, riwayat penyakit lainnya, kebiasaan mengorek telinga, kepadatan penghuni rumah dan asal tempat tinggal

III.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikatnya (*Dependent Variable*) adalah kejadian OMSK pada pasien Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016.

III.3 Definisi Operasional

Tabel III.1
Definisi Operasional

N o	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Variabel Bebas					
1.	Umur	Hitungan lama hidup seseorang dari lahir hingga saat penelitian dilakukan	Observasi (telaah dokumen)	Dokumen rekam medis pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Balita (< 5 th) 2. Kanak-kanak (5-11 th) 3. Remaja awal (12-16 th) 4. Remaja akhir (17-25 th) 5. Dewasa awal (26-35 th) 6. Dewasa akhir (36-45 th) 7. Lansia awal (46-55 th) 8. Lansia akhir (56-65 th) 	Ordinal

					9. Manula (>65 th)	
2.	Jenis kelamin	Aspek biologi seseorang meliputi perbedaan komposisi kimia dan hormon dalam tubuh, anatomi fisik, reproduksi, dan karakteristik biologis lainnya.	Observasi (telaah dokumen)	Dokumen rekam medis pasien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh pasien	Wawancara	kuesioner	1. Rendah (bila pendidikan terakhir = tidak sekolah/SD/SMP) 2. Tinggi (bila pendidikan terakhir SMA/diploma/sarjana)	Ordinal
4	Pendapatan keluarga	Penghasilan yang diperoleh oleh anggota keluarga setiap bulan.	Wawancara	kuesioner	1. < UMK Landak tahun 2016 2. ≥ UMK Landak tahun 2016 UMK Landak tahun 2016 = Rp.1.801.583	
5	Riwayat penyakit lainnya	Penyakit yang pernah diderita atau yang sedang diderita	Observasi (telaah dokumen)	Dokumen rekam medis pasien	1. Ada 2. Tidak	Nominal

		<p>oleh pasien selain OMSK meliputi ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. penyakit infeksi atau penyakit alergi pada , saluran pernafasan/ rongga hidung/ rongga mulut 2. penyakit kronis seperti diabetes, kanker & HIV 				
6	Kebiasaan mengorek telinga	Kebiasaan mengorek telinga pasien menggunakan cotton bud atau benda lainnya secara berlebihan.	wawancara	kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada 2. Tidak 	Nominal
7	Kepadatan penghuni rumah	Perbandingan antara luas lantai dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah	Pengukuran luas lantai rumah & wawancara jumlah anggota keluarga yang menetap dalam satu rumah	Rolmeter & Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padat (apabila kepadatan penghuni rumah $< 8m^2 / \text{orang}$) 2. Tidak padat (apabila kepadatan penghuni rumah $\geq 8 m^2 / \text{orang}$) <p>Sumber : Kemenkes No. 829/Menkes/S K/VII/1999)</p>	Ordinal

8	Asal tempat tinggal	Desa asal tempat tinggal pasien	Observasi (telaah dokumen)	Dokumen rekam medis pasien	1. Desa Denakin 2. Desa Andeng 3. Desa Tonang 4. Desa Aur. S 5. Desa Gombang	Nominal
2	Variabel Terikat					
1.	OMSK pada pasien poli umum Puskesmas Senakin Tahun 2016	Infeksi kronis di telinga tengah dengan gejala perforasi membran timpani dan sekret yang keluar dari telinga tengah terus menerus atau hilang timbul dan berlangsung lebih dari dua bulan yang terdiagnosis pada tahun 2016.	Observasi (telaah dokumen)	Dokumen rekam medis pasien	Ada tercatat di Rekam Medik pasien	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

IV.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional* dengan metode deskriptif. Data yang digunakan adalah data primer yang didapat dari wawancara/ observasi secara langsung pada responden dan data sekunder kasus OMSK yang diambil dari unit Rekam Medis Puskesmas Senakin tahun 2016.

IV.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan November sampai dengan Desember 2016. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Senakin Sengah Temila Kabupaten Landak

IV.3 Populasi dan Sampel

IV.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien OMSK yang berobat ke Poli Umum Puskesmas Senakin pada bulan Januari – Agustus tahun 2016 yaitu sebanyak 20 pasien.

IV.3.2 Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *sampling jenuh*, yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota

populasi digunakan sebagai sampel. Ini dilakukan karena jumlah populasi dalam penelitian ini kecil yaitu hanya 20 pasien. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 20 pasien OMSK poli umum puskesmas Senakin tahun 2016.

IV.4. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

IV.4.1 Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data primer maka dilakukan wawancara dan pengukuran secara langsung kepada responden. Antara lain wawancara tentang tingkat pendidikan, pekerjaan dan pendapat keluarga. Sedangkan yang diperoleh dari pengukuran yaitu kepadatan penghuni rumah.

Untuk mendapatkan data sekunder maka dilakukan telaah dokumen rekam medis pasien OMSK yang diperoleh dari unit rekam medis Puskesmas Senakin. Langkah pengumpulan data di mulai dengan memverifikasi kelengkapan laporan rekam medis yang lengkap yang memenuhi kelengkapan dari variabel-variabel yang akan diteliti kemudian data variabel yang akan diteliti di masukan ke dalam instrumen pengumpulan data.

IV.4.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini antara lain adalah kuesioner, roll meter dan dokumen Rekam Medik pasien.

- 1) Untuk variable umur digunakan instrument berupa dokumen rekam medik pasien
- 2) Untuk variable jenis kelamin digunakan instrument berupa dokumen rekam medik pasien
- 3) Untuk variable tingkat pendidikan digunakan instrument berupa kuesioner
- 4) Untuk variable pendapatan keluarga digunakan instrument berupa kuesioner
- 5) Untuk variable riwayat penyakit lainnya digunakan instrument berupa dokumen rekam medik pasien
- 6) Untuk variable kebiasaan mengorek telinga digunakan instrument berupa kuesioner
- 7) Untuk variable kepadatan penghuni rumah digunakan instrument berupa rolmeter dan kuesioner
- 8) Untuk variable asal tempat tinggal digunakan instrument berupa dokumen rekam medik pasien dan
- 9) Untuk variable OMSK pada pasien digunakan instrument berupa dokumen rekam medik pasien

IV.5. Teknik Pengolahan Data dan Penyajian Data

Teknik pengolahan data dilakukan sesuai dengan proses pengolahan data yang terdiri dari :

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian lembar kuesioner dan lembar observasi apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

2. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/ bilangan untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.

3. *Processing*

Merupakan kegiatan memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis, yaitu dengan cara meng-*entry* data dari lembar observasi ke paket program SPSS for window.

4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

IV.6 Teknik dan Analisis Data

Analisis data yang digunakan peneliti adalah Analisis Univariat. Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk menampilkan variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung frekuensi dan distribusinya

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

V.1 Hasil

V.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. Letak dan wilayah kerja Puskesmas Senakin.

Puskesmas Senakin merupakan salah satu puskesmas yang terletak di Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak, tepatnya di Jl. Raya Senakin, Dusun Senakin Desa Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak. Wilayah kerja puskesmas Senakin meliputi 5 desa, antara lain :

- a. Desa Senakin, terdiri dari 10 dusun.
- b. Desa Andeng, terdiri dari 9 dusun
- c. Desa Tonang, terdiri dari 7 dusun
- d. Desa Aur Sampuk, terdiri dari 7 dusun
- e. Desa Gombang, terdiri dari 7 dusun.

1. Jumlah penduduk di wilayah binaan Puskesmas Senakin.

Jumlah penduduk di wilayah binaan puskesmas Senakin pada tahun 2015 adalah sebanyak 22.937 jiwa dengan distribusi Penduduk sebagai berikut :

- a. Penduduk desa Senakin, terdiri dari 7856 jiwa
- b. Penduduk desa Andeng, terdiri dari 4.593 jiwa
- c. Penduduk desa Tonang, terdiri dari 3.879 jiwa
- d. Penduduk desa Aur Sampuk, terdiri dari 4.826 jiwa

e. Penduduk desa Gombang, terdiri dari 3685 jiwa

3. Fasilitas dan tenaga kesehatan.

Fasilitas kesehatan yang ada di wilayah kerja puskesmas Senakin antara lain :

- a. Di desa Senakin, terdapat 1 Puskesmas Induk, 1 buah Polindes dan 8 Posyandu
- b. Di desa Andeng, terdapat 1 Polindes dan 7 Posyandu
- c. Di desa Tonang, terdapat 2 Polindes, 1 Pustu dan 7 Posyandu.
- d. Di desa Aur Sampuk, terdapat 1 Poskesdes, 1 Polindes, 1 Pustu dan 7 Posyandu.
- e. Di desa Gombang, terdapat 1 Polindes, 1 Pustu dan 5 posyandu.

Adapun distribusi tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas Senakin pada tahun 2016 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel V.1
Distribusi Frekuensi Tenaga Kesehatan di
Puskesmas Senakin Tahun 2016

No	Tenaga Kesehatan	Frekuensi
1.	Dokter Umum	1
2.	Perawat	16
3.	Bidan	10
5.	Nutrisionis	1
6.	Sanitarian	1
	Jumlah	19

Sumber : Profil Puskesmas Senakin

V.1.2. Karakteristik Pasien

1. Umur

Variabel umur disajikan dalam data absolut dan pengkategorian umur menurut Kemenkes RI, sebagai berikut :

Tabel V.2
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK
Berdasarkan Umur Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin
Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Variabel	N	Mean	Min- Max	Sd	95% CI
Umur	20	31,15	3 - 68	23,59	20,11 – 42,19

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur pasien adalah 31,15 tahun (95% CI : 20,11-42,19), dengan standar deviasi 23,59 tahun. Umur termuda 3 tahun dan umur tertua 68 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur pasien adalah antara 20,11 sampai dengan 42,19 tahun.

Tabel V.3
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Kategori Umur
Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila
Kabupaten Landak Tahun 2016

Kategori Umur	Total	
	Frekuensi	%
Balita (< 5 tahun)	1	5,0
Kanak-kanak (5-11 tahun)	6	30,0
Remaja awal (12-16 tahun)	2	10,0
Remaja akhir (17-25 tahun)	1	5,0

Dewasa awal (26-35 tahun)	0	0
Dewasa akhir (36-45 tahun)	1	5,0
Lansia awal (46-55 tahun)	6	30,0
Lansia akhir (56-65 tahun)	2	10,0
Manula (> 65 tahun)	1	5,0
Total	20	100,0

Sumber : Data sekunder, Tahun 2016

Tabel V.3 menunjukkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar adalah pasien kanak-kanak dan lansia awal, yaitu masing-masing 6 pasien (30,0%).

2. Jenis Kelamin

Tabel V.4
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK
Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin
Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Jenis Kelamin	Total	
	Frekuensi	%
Laki-laki	10	50,0
Perempuan	10	50,0
Total	20	100,0

Sumber : Data sekunder, Tahun 2016

Tabel V.4 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 berdasarkan jenis kelamin adalah merata pada tiap jenis kelamin, yaitu laki-laki (50,0%) dan perempuan (50%)

1. Tingkat pendidikan

Tabel V.5
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Tingkat pendidikan
Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin
Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Tingkat Pendidikan	Total	
	Frekuensi	%
Rendah	12	60,0
Tinggi	8	40,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer, Tahun 2016

Tabel V.5 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 berpendidikan rendah (60,0%).

Tabel V.6
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Pendidikan terakhir
Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin
Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Pendidikan terakhir	Total	
	Frekuensi	%
Tidak sekolah	5	25,0
SD	4	20,0
SMP	3	15,0
SMA	6	30,0
DIII/ PT	2	10,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer, Tahun 2016

Tabel V.6 menunjukkan bahwa pendidikan terakhir penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 yang paling banyak adalah SMA (30,0%).

2. Pendapatan keluarga

Tabel V.7
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Pendapatan Keluarga Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Pendapatan Keluarga	Total	
	Frekuensi	%
< Upah minimum kabupaten Landak	13	65,0
≥ Upah minimum kabupaten Landak	7	35,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer, Tahun 2016

Tabel V.7 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 berpendapatan dibawah upah minimum kabupaten Landak (60,0%).

3. Riwayat penyakit penyerta lainnya

Tabel V.8
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Riwayat Penyakit lain Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Riwayat penyakit penyerta lainnya	Total	
	Frekuensi	%
Ada	20	100,0
Tidak	0	0
Total	20	100,0

Sumber : Data sekunder, Tahun 2016

Tabel V.8 menunjukkan bahwa keseluruhan penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 mempunyai riwayat penyakit penyerta lainnya (100,0%).

4. Jenis riwayat penyakit penyerta .

Tabel V.9
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan Jenis riwayat Penyakit penyerta Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Jenis penyakit Infeksi/ Kronis/ Alergi	Total	
	Frekuensi	%
ISPA		
Ada	17	85,0
Tidak	3	15,0
Karies Dentis		
Ada	5	25,0
Tidak	15	75,0
Rinitis Alergi		
Ada	2	10,0
Tidak	18	90,0
TBC		
Ada	4	20,0
Tidak	16	80,0
Diabetes		
Ada	3	15,0
Tidak	17	85,0
Total	20	100,0

Sumber : Data sekunder, Tahun 2016

Tabel V.9 menunjukkan bahwa jenis penyakit penyerta lainnya yang paling banyak di derita pasien OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 adalah ISPA yaitu ada sebanyak 17 pasien (85,0%).

5. Kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan.

Tabel V.10
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan	Total	
	Frekuensi	%
Ada	5	75,0
Tidak	15	25,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer, Tahun 2016

Tabel V.10 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 tidak memiliki kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan (75,0%).

6. Kepadatan penghuni rumah

Tabel V. 11
Distribusi Frekuensi Kepadatan Penghuni Rumah Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Kepadatan penghuni rumah	Total	
	Frekuensi	%
Padat	13	65,0
Tidak padat	7	35,0
Total	20	100,0

Sumber : Data primer, Tahun 2016

tabel V.11 menunjukkan bahwa kepadatan penghuni rumah pasien yang menjadi subjek penelitian yang terbanyak adalah padat, yaitu ada sebanyak 13 (65,0%) pasien.

Tabel V.12
Distribusi Frekuensi Kasus OMSK Berdasarkan
Lokasi Tempat Tinggal Pasien Poli Umum Puskesmas Senakin
Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Lokasi Tempat Tinggal	Total	
	Frekuensi	%
Desa Senakin	10	50,0
Desa Andeng	5	25,0
Desa Tonang	3	15,0
Desa Aur Sampuk	2	10,0
Desa Gombang	0	0
Total	20	100,0

Sumber : Data sekunder, Tahun 2016

Tabel V.12 menunjukkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar bertempat tinggal di desa Senakin, yaitu ada sebanyak 10 pasien (50,0%).

V.2 PEMBAHASAN

V.2.1 Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan & pendapatan keluarga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

1. Umur.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar adalah pasien kanak-kanak (5-11 tahun) dan lansia awal (46-55 tahun), yaitu masing-masing 6 pasien (30,0%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Dhingra (2016) di rumah sakit Punjab India menunjukkan bahwa usia pasien OMSK terbanyak adalah 11-20 tahun (36,0%). Sementara penelitian Malirmasele (2016) di Ambon menunjukkan bahwa usia pasien OMSK yang terbanyak adalah Balita (31,5%).

Umur berkaitan dengan daya tahan tubuh seseorang, pada umumnya daya tahan tubuh orang dewasa lebih kuat dari pada bayi, balita, anak-anak dan lanjut usia. OMSK dapat terjadi karena faktor daya tahan tubuh pasien yang rendah. Rendahnya daya tahan tubuh pasien diantaranya dapat karena gizi yang kurang, higiene yang buruk, adanya penyakit infeksi, penyakit kronis ataupun alergi (Soepardi, 2007 ; Adams, 1987)

Melihat hasil penelitian di atas dan hasil-hasil penelitian sebelumnya tampaknya seseorang dengan usia berapa pun tetap beresiko untuk mengalami OMSK baik itu balita, anak-anak, remaja, dewasa atau pun lanjut usia. Ini dapat terjadi karena faktor agent infeksi dan faktor lingkungan yang lebih dominan dibandingkan pejamu. Kondisi lingkungan yang buruk tidak memenuhi syarat kesehatan di tambah jumlah dan virulensi agent infeksi yang memang sangat tinggi akan membuat pertahanan pejamu menjadi melemah dan jatuh pada kondisi sakit.

Keadaan lingkungan dan agent yang seperti demikian kebanyakan terjadi pada masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah. Ketidaktahuan dan ketidakmampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan yang sesuai dengan standar kesehatan membuat mereka rentan mengalami penyakit OMSK baik pada saat mereka bayi, balita, anak-anak, remaja, dewasa atau pun lanjut usia.

Ketidaktahuan mereka tentang bahaya dari penyakit OMSK, tentang faktor apa saja yang membuat mereka rentan mengalaminya, tentang bagaimana cara mencegahnya serta bagaimana cara mengobatinya membuat mereka salah dalam menjaga kesehatan diri mereka sendiri ataupun anggota keluarganya

Ketidaktahuan mereka dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan perumahan yang sesuai standar kesehatan membuat mereka hanya mengkonsumsi makanan dan tinggal di rumah yang seadanya.

Kejadian OMSK pada pasien usia anak-anak di Puskesmas Senakin dapat saja karena gizi anak yang kurang, higiene yang buruk atau pun adanya penyakit infeksi yang diderita anak misalnya ISPA yang sering berulang yang kemudian memicu OMSK. Sementara kejadian OMSK pada pasien usia lansia dapat dikarenakan oleh adanya penyakit infeksi menahun atau pun penyakit kronis yang diderita yang kemudian memicu OMSK.

Untuk mencegah agar tidak timbul penyakit OMSK di perlukan upaya pencegahan dapat dilakukan antara lain dengan berperilaku hidup bersih dan sehat, mengkonsumsi gizi seimbang dan sesuai kebutuhan, gaya hidup sehat dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini penyakit infeksi/ kronis serta tinggal di rumah yang sesuai dengan standar kesehatan.

Upaya tersebut perlu di lakukan oleh semua masyarakat baik pada kelompok umur bayi, balita, anak-anak, dewasa atau pun lanjut usia. Untuk itu peran serta lintas sektor dan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk pemberdayaan masyarakat serta untuk memberikan edukasi dan penyuluhan kesehatan khususnya yang terkait OMSK kepada masyarakat

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pasien penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 adalah

merata pada tiap jenis kelamin, yaitu laki-laki (50,0%) dan perempuan (50%).

Hasil penelitian ini berbeda dengan beberapa penelitian lainnya yang mengatakan bahwa OMSK lebih banyak diderita laki-laki dari pada perempuan. Seperti Hasil penelitian Ghosh (2015) di India yang menyimpulkan bahwa pasien OMSK terbanyak adalah laki-laki (63,7%). penelitian Putra (2016) di Rumah Sakit Sanglah Bali juga menunjukkan hal yang sama, yaitu laki-laki lebih banyak (54,7%)

OMSK dapat terjadi karena virulensi kuman yang tinggi (Soepardi, 2007), kondisi lingkungan yang burukakan meningkatkan virulensi kuman agent infeksi, mikroorganisme dapat tumbuh dalam jumlah yang lebih banyak dan lebih ganas. Interaksi seseorang terhadap lingkungan yang buruk meningkatkan resiko terinfeksi berbagai penyakit (Saepudin, 2003).

Tidak adanya perbedaan distribusi penyakit OMSK menurut jenis kelamin pasien Poli Umum Puskesmas Senakin dapat dikarenakan adanya kesamaan banyaknya interaksi pasien laki-laki maupun perempuan tersebut di lingkungan yang terdapat agent infeksi yang virulensinya tinggi, sehingga sama-sama rentan.

Kegiatan peningkatan higiene sanitasi lingkungan sangat diperlukan untuk mengendalikan agent infeksi dilingkungan, oleh karenanya peran serta petugas kesehatan dan sektor terkait sangat di butuhkan untuk menyadarkan masyarakat agar hidup bersih dan sehat

serta untuk menyediakan fasilitas sanitasi lingkungan yang lebih baik bagi masyarakat yang membutuhkan.

3. Tingkat pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikannya distribusi frekuensi pasien penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 lebih banyak yang berpendidikan rendah (60%)

Tingkat pendidikan sangat menentukan daya nalar seseorang yang lebih baik, sehingga memungkinkan menyerap informasi juga dapat berpikir secara rasional dalam menanggapi informasi atau setiap masalah yang dihadapi. Pendidikan dan kesadaran masyarakat yang rendah menyebabkan banyak penderita OMSK tidak tuntas dalam menjalani pengobatan bahkan ada yang menganggap bahwa penyakit ini dapat sembuh dengan sendirinya.(Wiranita, 2010).

Rendahnya tingkat pendidikan pasien OMSK mungkin ada kaitannya dengan pendapatan keluarga yang rendah sehingga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup termasuk untuk mengenyang pendidikan yang lebih tinggi.

Pendidikan kesehatan khususnya penyuluhan tentang penyakit OMSK sangat diperlukan untuk masyarakat tersebut sehingga mereka mengetahui cara pencegahan dan penanganan OMSK. Oleh karenanya peran serta petugas kesehatan dan sektor terkait sangat di butuhkan untuk memberikan penyuluhan tentang penyakit OMSK

4. Pendapatan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pasien penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 berdasarkan pendapatan keluarga lebih banyak berpendapatan rendah (65%)

Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi. Penghasilan rendah menyebabkan sulitnya penyediaan fasilitas perumahan yang baik, perawatan kesehatan yang memadai, pendidikan yang baik dan yang menjadi masalah utama ialah tidak terpenuhinya kebutuhan terhadap makanan yang sehat sehingga berdampak pada rendahnya kualitas gizi. Rendahnya kualitas gizi, melemahkan daya tahan tubuh yang dapat berdampak pada kerentanan terserang penyakit OMSK

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Malirmasele (2014) Pendapatan keluarga secara statistik bermakna terhadap kejadian OMSK. Penelitian Thakur et al (2017) di daerah pedesaan Nepal Timur juga menemukan hal yang sama sebagian besar (51, 96%) penderita OMSK berasal dari keluarga yang status sosial ekonominya rendah, sebagian besar (34,3%) berasal dari keluarga berpenghasilan sangat rendah (<50.000 Rupee / tahun) dengan mata pencaharian terbanyak adalah sebagai petani (35,3%) dan buruh (23,5%). Pendapatan penderita OMSK rendah dikarenakan mata pencaharian masyarakat diwilayah kerja puskesmas Senakin rata-rata petani/ pekebun karet. Pendapatan yang

rendah akan memberikan pengaruh dan dampak yang besar dalam pencapaian pemenuhan kebutuhan hidup dalam keluarga

Peranan pemerintah, swasta dan lintas sector sangat dibutuhkan dalam menciptakan lapangan pekerjaan ataupun memberikan penyuluhan-penyuluhan dan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan hasil usaha mereka yang sudah ada sehingga berdampak pula pada peningkatan pendapatan keluarga.

V.2.2 Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan riwayat penyakit penyerta lainnya pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keseluruhan (100%) penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 mempunyai riwayat penyakit penyerta lainnya. Dan jenis riwayat penyakit yang terbanyak adalah ISPA (85,0%)

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya. Dalam metaanalisis Zhang dkk (2014) menunjukkan bahwa ISPA secara signifikan meningkatkan risiko OMSK (OR, 6.59, 95% CI, 3,13-13,89; P <0,00001). Study oleh Muftah di Yaman (2015) juga menunjukkan bahwa ISPA yang terjadi > 3 kali dalam setahun merupakan faktor resiko OMSK (OR 5.3, 95%CI 2.5–11.0).

Penderita penyakit infeksi/ kronis/ alergi sistem kekebalan tubuhnya mengalami gangguan. Peran sistem kekebalan tubuh yakni Interferon gamma (IFN-gamma) telah terbukti memiliki sifat immunoregulatory di

OMSK. Sistem kekebalan yang tidak berfungsi secara adekuat dapat menyebabkan infeksi jamur, virus dan bakteri lebih sering terjadi, lebih sering berulang, lebih berat dan dapat berlangsung lebih lama dari biasanya. (Utami, 2010)

Adanya riwayat infeksi/ kronis/ alergi pada keseluruhan pasien OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 dapat disebabkan oleh higiene personal dan higiene lingkungan pasien yang buruk serta gizi pasien yang kurang

Upaya pencegahan terhadap timbulnya penyakit infeksi/ kronis/ alergi dapat dilakukan dengan cara berperilaku hidup bersih dan sehat, bergaya hidup sehat, serta mengkonsumsi gizi seimbang yang sesuai kebutuhan. Selain itu kegiatan pencegahan dengan cara memberikan kekebalan pasif berupa imunisasi khususnya kepada bayi sedini mungkin juga akan berguna agar terhindar dari penyakit terutama penyakit-penyakit infeksi yang dapat dicegah dengan imunisasi.

V.2.3 Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan kebiasaan mengorek telinga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil saja penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 yang memiliki kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan (25,0%)

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian penelitian sebelumnya. Dhingra et.al (2016) menemukan sebanyak 51% penderita

OMSK melakukan praktik higiene telinga dengan menggunakan alat tidak higienis seperti batang korek api, penjepit rambut, isi ulang bulpoin dan lain-lain. Hasil penelitian Takur et al (2017) juga menemukan hal yang sama yaitu lebih dari 80% penderita OMSK sering dibersihkan telinganya menggunakan benda-benda yang tidak aman seperti batang korek api, cotton buds dan terkadang benda tajam lainnya

Membersihkan telinga secara berlebihan menggunakan aplikator yang berbahaya dan tidak higienis seperti *cotton bud*, lidi yang dilapisi kapas, klip kertas, ataupun jepit rambut beresiko menyebabkan terjadinya perforasi membran timpani yang menetap, menyebabkan mukosa telinga tengah selalu berhubungan dengan udara luar dan membuat bakteri yang berasal dari kanalis auditorius eksternus atau dari luar lebih leluasa masuk ke dalam telinga tengah dan menyebabkan infeksi kronis pada mukosa telinga tengah.

Minimnya penderita OMSK di poli umum puskesmas senakin yang memiliki kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan mungkin dikarenakan memang mereka tidak melakukan praktek hygiene telinga. Walaupun demikian tetap saja peranan tenaga kesehatan dalam memberikan penyuluhan tentang prilaku hidup bersih dan sehat termasuk bagaimana cara membersihkan liang telinga yang benar harus diberikan kepada masyarakat tersebut.

V.2.4 Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan kepadatan penghuni rumah pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar kepadatan penghuni rumah adalah padat (65,0%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil studi Yousuf et al (2011) di Banglades yang menunjukkan bahwa kepadatan penduduk adalah faktor etiologi utama, dalam penelitian tersebut sebanyak 80% penderita OMSK tinggal di tempat kumuh yang penuh sesak. Analisis regresi logistik oleh Orji (2015) menunjukkan bahwa tinggal dengan >7 orang dalam 1 keluarga merupakan factor resiko OMSK ($P = 0,043$).

Kepadatan hunian tempat tinggal dapat mempengaruhi kualitas udara dalam ruangan rumah. (Permenkes RI, 2011). Bangunan yang sempit dan tidak sesuai dengan jumlah penghuninya akan mempunyai dampak kurangnya oksigen di dalam ruangan sehingga daya tahan penghuninya menurun, kemudian cepat timbulnya penyakit saluran pernafasan seperti ISPA yang dapat menyebabkan gangguan fungsi tuba eustachius hingga akhirnya OMSK.

Lebih banyaknya penderita OMSK poli umum yang tinggal di rumah dengan kepadatan penghuni tinggi mungkin berkaitan pula dengan pendapatan keluarga yang minim sehingga tidak mampu untuk membangun rumah yang memenuhi syarat kesehatan.

Kerja sama lintas sektor sangat dibutuhkan dalam upaya pemberdayaan masyarakat sehingga mereka mampu membangun hunian yang memenuhi standar kesehatan. Peranan tenaga kesehatan juga dibutuhkan dalam kegiatan sosialisasi kriteria rumah yang memenuhi syarat kesehatan kepada masyarakat. Selain itu kegiatan peningkatan cakupan keluarga berencana juga dapat dilakukan sehingga angka pertumbuhan penduduk dapat ditekan.

V.2.5 Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan asal tempat tinggal pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar bertempat tinggal di desa Senakin, yaitu ada sebanyak 10 pasien (50,0%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Muftah (2015) menunjukkan bahwa (17,9%) penderita OMSK tinggal di tempat yang padat penghuni, sementara sebanyak (2,6 %) tinggal di tempat yang tidak padat. Dingra et al (2016) dalam penelitiannya juga menemukan 74% penderita OMSK yang berobat di rumah sakit Punjab India berasal dari daerah pedesaan, faktor sosiodemografi yang terkait dengan infeksi ini antara lain hidup dalam kondisi yang penuh sesak dan dalam keluarga besar.

Desa Senakin merupakan desa terdekat yang ada di wilayah kerja puskesmas Senakin. Kawasan desa ini terdiri dari lahan permukiman

penduduk, lahan pertanian, perkebunan dan hutan. Mata pencaharian masyarakat di desa ini sebagian besar adalah bertani dan berkebun. Sebagian lagi adalah berdagang, menjadi buruh, beternak, pegawai negeri/ swasta dll. Tingkat pendidikan sebagian besar masyarakatnya juga masih rendah.

Jumlah penduduk desa senakin saat ini 7856 jiwa dan 1789 KK, jumlah ini terbanyak jika dibandingkan empat desa lainnya yang ada di wilayah kerja puskesmas Senakin. Diantara lima desa yang ada di wilayah kerja puskesmas Senakin, desa senakin merupakan satu-satunya desa yang terdapat bangunan pasar. Bangunan pasar ini berupa ruko-ruko yang sekaligus digunakan masyarakat sebagai tempat tinggal. Bangunan (ruko-ruko) di area pasar ini minim ventilasi, tidak ada jendela sehingga sirkulasi udaranya kurang baik. Luas pasar di desa Senakin mencakup 4 buah RT. Dengan kepadatan penghuni yang cukup padat. Satu bangunan rumah bisa ditempati >2 kepala keluarga. Dengan anggota keluarga masing-masing 4-5 orang.

Di desa ini terdapat sarana pelayanan kesehatan berupa 1 buah puskesmas dan 1 buah polindes. Dusun terjauh berjarak 6 km dari sarana pelayanan kesehatan terdekat. Akses transportasi di desa ini tergolong baik, sarana dan prasarana transportasi di desa ini berupa jalan aspal, jalan batu dan jalan tanah, alat transportasi umum yang tersedia yaitu berupa ojek.

Berdasarkan pelaporan program SP2TP puskesmas Senakin pada tahun 2015, 10 besar penyakit terbanyak yang diderita pasien yang

datang berkunjung ke puskesmas Senakin antara lain adalah ISPA, Hipertensi, Diare, Gastritis, Tb paru, Diabetes mellitus, Mialgia, Dermatitis, febris, dan penyakit gigi. ISPA merupakan penyakit terbanyak nomor satu dan berdasarkan pemantauan wilayah setempat penderita penyakit ISPA terbanyak berdomisili di desa Senakin. Berdasarkan pelaporan program Promosi Kesehatan puskesmas Senakin tahun 2015 cakupan rumah tangga ber PHBS di desa Senakin masih rendah yaitu <50% begitu juga cakupan rumah yang memenuhi syarat kesehatan (< 50%) (Program Kesehatan Lingkungan Puskesmas Senakin tahun 2015)

Otitis media sering diawali dengan infeksi pada saluran pernapasan seperti radang tenggorokan atau pilek yang menyebar ke telinga tengah melewati tuba Eustachius. Lebih banyaknya penderita OMSK yang berasal dari desa Senakin dapat di karenakan kondisi lingkungan di desa tersebut yang memang tidak sehat. terutama jika dilihat dari kepadatan penghuni rumah di desa tersebut.

Kepadatan penghuni rumah yang tinggi akan memudahkan terjadinya OMSK. luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya dapat menyebabkan perjubelan (overcrowded). Hal ini menjadikan rumah menjadi tidak sehat, selain menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi maka akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain. .

Untuk menanggulangi penyakit OMSK yang berkaitan dengan kepadatan penghuni tempat tinggal yang tinggi maka dapat dilakukan

upaya penanggulangan berupa membangun tempat tinggal dengan kepadatan penghuni yang memenuhi syarat kesehatan, selalu menjaga higiene lingkungan serta selalu berperilaku hidup bersih dan sehat sehingga agent infeksi dapat di tekan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.I. Kesimpulan

1. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan karakteristik umur pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa sebagian besar pasien adalah kanak-kanak (5-11 tahun) dan lansia awal (46-55 tahun), yaitu masing-masing 6 pasien (30,0%).
2. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan karakteristik jenis kelamin pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa jenis kelamin pasien adalah merata pada tiap jenis kelamin, yaitu laki-laki (50,0%) dan perempuan (50%).
3. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan tingkat pendidikan pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa tingkat pendidikan pasien sebagian besar adalah rendah (60%).
4. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan pendapatan keluarga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa pendapatan keluarga pasien sebagian besar masih rendah yaitu dibawah upah minimum kabupaten (65%).
5. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan riwayat penyakit penyerta lainnya pasien Poli Umum Puskesmas Senakin kabupaten Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa keseluruhan penderita OMSK mempunyai riwayat penyakit penyerta lainnya (100,0%)

6. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan kebiasaan mengorek telinga pasien Poli Umum Puskesmas Senakin kabupaten Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa hanya sebagian kecil saja penderita OMSK poli umum puskesmas Senakin yang mempunyai kebiasaan mengorek telinga secara berlebihan (25,0%)
7. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan kepadatan penghuni rumah pasien Poli Umum Puskesmas Senakin kabupaten Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa sebagian besar penderita OMSK tinggal dirumah yang penghuninya padat (65,0%)
8. Gambaran epidemiologi penyakit OMSK berdasarkan asal tempat tinggal pasien Poli Umum Puskesmas Senakin Kecamatan Sengah Temila Kabupaten Landak Tahun 2016 disimpulkan bahwa penderita OMSK di Poli Umum Puskesmas Senakin tahun 2016 sebagian besar bertempat tinggal di desa Senakin, yaitu ada sebanyak 10 pasien (50,0%).

VI.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka pada bagian terakhir dari penulisan skripsi ini, ada beberapa saran yang akan peneliti sampaikan, yaitu sebagai berikut :

1. Untuk mencegah agar tidak timbul penyakit OMSK pada semua kelompok umur di perlukan upaya antara lain berperilaku hidup bersih dan sehat, mengkonsumsi gizi seimbang dan sesuai kebutuhan, gaya hidup sehat dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini penyakit

infeksi/ kronis serta tinggal di rumah yang sesuai dengan standar kesehatan.

Upaya tersebut perlu di lakukan oleh semua masyarakat baik pada kelompok umur bayi, balita, anak-anak, dewasa atau pun lanjut usia. Untuk itu peran serta lintas sektor dan tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk pemberdayaan masyarakat serta untuk memberikan edukasi dan penyuluhan kesehatan khususnya yang terkait OMSK kepada masyarakat

2. Karena interaksi seseorang baik yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan terhadap lingkungan yang buruk dapat meningkatkan resiko terinfeksi berbagai penyakit maka kegiatan peningkatan higiene sanitasi lingkungan sangat diperlukan untuk mengendalikan agent infeksi dilingkungan. Peran serta petugas kesehatan dan sektor terkait sangat di butuhkan untuk menyadarkan masyarakat agar hidup bersih dan sehat serta untuk menyediakan fasilitas sanitasi lingkungan yang lebih baik bagi masyarakat yang membutuhkan.
3. Karena Pendidikan dan kesadaran masyarakat yang rendah menyebabkan banyak penderita OMSK tidak tuntas dalam menjalani pengobatan bahkan ada yang menganggap bahwa penyakit ini dapat sembuh dengan sendirinya maka pendidikan kesehatan khususnya penyuluhan tentang penyakit OMSK perlu ditingkatkan untuk masyarakat tersebut, sehingga mereka mengetahui cara pencegahan dan penanganan OMSK. Oleh karenanya peran serta petugas kesehatan dan sektor terkait sangat di butuhkan untuk memberikan penyuluhan tentang penyakit OMSK.

4. Karena pendapatan yang rendah akan memberikan pengaruh dan dampak yang besar dalam pencapaian pemenuhan kebutuhan hidup dalam keluarga maka eranan pemerintah, swasta dan lintas sector perlu ditingkatkan dalam menciptakan lapangan pekerjaan ataupun memberikan penyuluhan-penyuluhan dan pelatihan-pelatihan tentang pertanian, peternakan, perikanan dan lain-lain sehingga hasil yang diperoleh dapat lebih maksimal
5. Karena adanya riwayat penyakit lain terutama ISPA dapat disebabkan oleh higiene personal dan higiene lingkungan pasien yang buruk serta gizi pasien yang kurang maka dapat dilakukan upaya pencegahan terhadap timbulnya penyakit ISPA tersebut dengan cara berperilaku hidup bersih dan sehat, bergaya hidup sehat, serta mengkonsumsi gizi seimbang yang sesuai kebutuhan. Selain itu kegiatan pencegahan dapat juga dilakukan dengan cara memberikan imunisasi kepada bayi sedini mungkin
6. Masyarakat di desa tetap perlu diberikan penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat termasuk bagaimana cara membersihkan liang telinga yang benar
7. Karena kepadatan penghuni yang tinggi berkaitan dengan pendapatan keluarga penderita yang minim maka peran pemerintah sangat dibutuhkan dalam memberikan bantuan pembangunan rumah yang memenuhi syarat kesehatan terutama untuk masyarakat miskin. Peranan lintas sector khususnya perangkat desa juga perlu ditingkatkan dalam mendata dengan baik warganya yang tidak mampu sehingga bantuan dapat diberikan tepat

sasaran. Peranan tenaga kesehatan juga perlu ditingkatkan yaitu dalam memberikan penyuluhan tentang keluarga berencana dan penyuluhan tentang kesehatan lingkungan khususnya rumah yang memenuhi syarat kesehatan.

8. Karena lebih banyak penderita OMSK poli umum Puskesmas Senakin yang berasal dari desa senakin dimana jaraknya adalah yang terdekat dengan Puskesmas Senakin maka kegiatan pelacakan dan penemuan kasus OMSK didesa-dusun lain yang lebih jauh jaraknya dari puskesmas perlu ditingkatkan misalnya melalui peningkatan kegiatan puskesmas keliling

DAFTAR PUSTAKA

- Adams et al. 1989. Boies : *Buku Ajar Penyakit THT, Ed.6. Jakarta. EGC Kemenkes RI. 2012. Kurikulum Dan Modul Pelatihan Kesehatan Indra Untuk Perawat puskesmas. Kementrian Kesehatan RI. Jakarta.*
- Chung et al, 2016. *Prevalence and associated factors of chronic suppurative otitis media: Data from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2009-2012.* Laryngoscope 2016, vol 126: 2351–2357
- Dhingra et al. 2016. *Sociodemographic profile and evaluation of associated factors in Chronic suppurative otitis media patients reporting to tertiary care Hospital of Punjab.* IAIM, 2016; 3(6): 6-10
- Diana et al, 2017. *Hubungan Rinitis Alergi dengan Kejadian Otitis Media Supuratif Kronik.* MKB 2017. Volume 49 No. 2
- Ghosh et al, 2015. *Risk Factors and Microbiology of Chronic Suppurative Otitis Media and its Clinical Significance in a Tertiary Care Setup in Western Uttar Pradesh, India.* JCMAAS, E-ISSN:2321-9335, P-ISSN:2321-9327
- Jeyakumari. 2015. *Clinical And Bacteriological Profil Of Cronic Supuratif Otitis Media In A Rural Area Of Puducherry India.* International Journal of Development Research Vol. 5, Issue, 09, pp. 5518-5522
- Kemenkes RI. 2012. *Kurikulum Dan Modul Pelatihan Kesehatan Indra Untuk Perawat puskesmas. Kementrian Kesehatan RI. Jakarta.*
- Kumara et al, 2015. *Original Research Article-Chronic suppurative otitis media-A Clinicopathological study at a tertiary Care Hospital.* International Journal of Applied Research 2015; 1(10): 235-240
- Levi J, O'Reilly RC (2013). *Chronic suppurative otitis media (CSOM): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis.* <http://www.uptodate.com/contents/chronic-suppurative-otitis-media-csom-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>
- Malirmasele. 2014. *Karakteristik Penderita Otitis Media Supuratif Kronik Di Klinik Telinga Hidung Dan Tenggorokan Rumah Sakit Umum Daerah DR. M. Haulussy Ambon Tahun 2012.* MOLUCCA MEDICA (MM) JURNAL KEDOKTERAN DAN KESEHATAN ISSN 1979 – 6358, VOLUME 4, NOMOR 2
- Muftah et al. 2015. *Prevalence of Chronic Suppurative Otitis Media (CSOM) and Associated Hearing Impairment Among School-aged Children in Yemen.*
- Nugroho et al, 2013. *Kualitas Hidup Penderita Otitis Media Supuratif Kronik.* Medica Hospitalia Med Hosp 2013; vol 2 (1) : 30-32

- Orji et al, 2015. *Determinants of non-healing ear discharge in chronic suppurative otitis media in a developing country*. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology 2015, Volume 272, Issue 10, pp 2713–2718
- Pasra, wira. 2012. *Prevalensi dan faktor risiko otitis media supuratif kronik di Jakarta*. Perpustakaan Universitas Indonesia
- Periasamy, Premraj. 2010. *Gambaran Karakteristik Penderita Otitis Media Supuratif Kronik Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik, Medan Tahun 2009*. repository.Usu.Ac.Id
- Putra. 2016. *Karakteristik Pasien Otitis Media Supuratif Kronik Di Poliklinik THT Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Periode Januari-Juni 2013*. E-JURNAL MEDIKA, VOL. 5 NO.12
- Saepudin, Malik. 2003. *Prinsip-Prinsip Epidemiologi*. Pontianak. STAIN Pontianak Press.
- Shaheen et al, 2014. *Comparison of chronic suppurative otitis media in rural and urban primary school children in Bangladesh*. Cambridge University Pres Volume 128, Issue 6, 2014 , pp. 499-503
- Soepardi, 2007. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan THT*. Jakarta. FKUI
- Takur et al, 2017. *Sociodemographic profile and the associated factors of chronic otitis media in rural areas of eastern Nepal*. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2017 Apr;3(2):222-227
- Utami.T F. 2010. *Rinitis alergi Sebagai Faktor Resiko Otitis Media Supuratif Kronis*.
- Wiranita, Ari. 2010. *Hubungan Antara Otitis Media Supuratif Kronis Dengan Terjadinya Vertigo Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*. <https://eprints.uns.ac.id/3459>
- World Health Organization, 2004. *Global burden of disease due to chronic suppurative otitis media: disease, deafness, deaths and DALYs*. In *chronic suppurative otitis media: Burden of illness and management options*. Geneva: WHO, pp: 9-24
- Zanah, W Roudatul. 2015. *Gambaran Audiologi Pasien Otitis Media Supuratif Kronik di Poliklinik THT Rumah sakit Fatmawati Tahun 2012-2014*
- Zhang, et al. 2014. *Risk Factors for Chronic and Recurrent Otitis Media—A Meta-Analysis*. PLoS ONE 9(1): e86397 doi:10.1371/journal.pone.0086397
- _____, 2009. *Modul Biostatistik Inferensial*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.

