



BUKU AJAR
Sistim Telinga, Hidung dan Tenggorokan

Disusun oleh :
dr. Aisyah Lahdji, MM, MMR

Reviewer :
dr. Astin Primasari, Sp. THT

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
2015

PENYUSUN

dr. Aisyah Lahdji, MM, MMR

dr. Andra Novitasari

dr. Arief Tajally A., MHKes

dr. Kanti Ratnaningrum, MSc

ISBN : 978-602-61599-0-8

REVIEWER

dr. Astin Primasari, Sp.THT-KL

PENYUNTING

dr. Aisyah Lahdji, MM, MMR

DESAIN SAMPUL DAN TATA LETAK

.....

PENERBIT

Unimus Press

Jl. Kedung Mundu Raya No. 18 Semarang 50273

Telp. 024 76740296

Cetakan Pertama, April 2017

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

**Dilarang memperbanyak karya ini dalam bentuk dan dengan cara apapun
tanpa ijin tertulis dari penerbit**



VISI & MISI

Visi

Menjadi program studi yang unggul dalam pendidikan kedokteran dengan pendekatan kedokteran keluarga dan kedokteran okupasi yang islami berbasis teknologi dan berwawasan internasional pada tahun 2034

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang unggul berbasis Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dan Standar Kompetensi dan Karakter Dokter Muhammadiyah (SKKDM).
2. Menyelenggarakan penelitian di bidang kedokteran dasar, kedokteran klinik, kedokteran komunitas, kedokteran okupasi dan kedokteran islam guna mendukung pengembangan pendidikan kedokteran dan kesehatan masyarakat.
3. Menyelenggarakan pengabdian pada masyarakat di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat.
4. Mengembangkan dan memperkuat manajemen fakultas untuk mencapai kemandirian.
5. Mengembangkan dan menjalin kerjasama dengan pemangku kepentingan baik nasional maupun internasional.

KATA PENGANTAR

Kompetensi klinis adalah kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter sebagai syarat untuk melakukan praktik kedokteran di masyarakat. Pendidikan Kedokteran di Indonesia, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), mewajibkan sejumlah kompetensi klinis yang harus dikuasai oleh lulusan setelah mengikuti pendidikan dokter. Di dalam SKDI tahun 2012, terdapat 275 ketrampilan klinik dan 736 daftar penyakit yang harus dikuasai oleh lulusan dokter. Dari 736 daftar penyakit tersebut, terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh lulusan dokter karena diharapkan dokter dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas (level kompetensi 4) dan 261 penyakit yang harus dikuasai lulusan untuk dapat mendiagnosisnya sebelum kemudian merujuknya, apakah merujuk dalam keadaan gawat darurat maupun bukan gawat darurat (level kompetensi 3). Penyusunan buku ajar ini bertujuan untuk membantu mahasiswa mempelajari penyakit-penyakit yang menjadi kompetensinya, sehingga mahasiswa memiliki kompetensi yang memadai untuk membuat diagnosis yang tepat, memberi penanganan awal atau tuntas, dan melakukan rujukan secara tepat dalam rangka penatalaksanaan pasien. Buku ajar ini ditujukan kepada mahasiswa Fakultas Kedokteran pada Tahap Pendidikan Profesi, mengingat buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis.

Akhirnya penulis tak lupa mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyusun buku ajar ini. Mengingat ketidaksempurnaan buku ajar ini, penulis juga akan berterima kasih atas berbagai masukan dan kritikan demi kesempurnaan buku ajar ini dimasa datang.

Semarang,

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Kata Pengantar	
Daftar Isi	
Tinjauan Mata Kuliah	
Bab I Hidung	
Bab II Telinga	
Bab III Tenggorokan dan Leher	
Daftar Pustaka	



TINJAUAN MATA KULIAH

I. Deskripsi Singkat

Buku ajar ini berisi ringkasan gejala, tanda, pemeriksaan fisik dan penunjang untuk menegakkan diagnosis penyakit Sistem Indera Mata, disertai panduan tata laksana dan edukasi. Buku ajar ini disusun dalam bab-bab berdasarkan anatomi Sistem Telinga, Hidung dan Tenggorokan

II. Relevansi

Buku ajar ini merupakan salah satu buku ajar yang disusun untuk membantu mahasiswa kedokteran mencapai kompetensi klinisnya. Buku ajar ini berisi ringkasan penyakit untuk aplikasi praktis di situasi klinis.

III. Kompetensi

Level 3 A : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti setelah kembali dari rujukan.

Level 3 B : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan gawat darurat demi menyelamatkan nyawa atau mencegah keparahan dan/atau kecacatan pada pasien. Lulusan dokter mampu menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Lulusan dokter juga mampu menindaklanjuti setelah kembali dari rujukan.

Level 4 : Lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara mandiri dan tuntas.

IV. Petunjuk Belajar

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman tentang patofisiologi penyakit sistim telinga, hidung dan tenggorokan

Mahasiswa memahami prinsip upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Mahasiswa memiliki dasar pemahaman tentang prinsip farmakoterapi.



BAB I

HIDUNG

1.1 RHINITIS KRONIS

No. ICD X : J 31.0

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Rhinitis merupakan peradangan pada mukosa hidung. Rhinitis disebut kronik apabila radang tersebut berlangsung lebih dari 1 bulan. Pembagian rhinitis kronik berdasarkan ada tidaknya peradangan sebagai penyebabnya. Rhinitis yang disebabkan adanya peradangan yaitu rhinitis hipertrofi, rhinitis sika, rhinitis spesifik (difteri, sifilis, tuberkulosa). Rhinitis kronik yang bukan disebabkan peradangan adalah rhinitis alergi, rhinitis vasomotor, rhinitis medikamentosa.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :

a. Rhinitis hipertrofi

Keluhan : sumbatan di hidung, secret banyak dan mukopurulen, ada nyeri kepala

b. Rhinitis sika

Keluhan : mukosa hidung kering, kadang terdapat epistaksis

c. Rhinitis difteri

Keluhan : demam, hidung terasa meler

d. Rhinitis alergi

Keluhan : Keluar cairan dari hidung, hidung tersumbat, gatal serta bersin

e. Rhinitis vasomotor

Keluhan : Obstruksi hidung, rinore, dan adanya bersin.

f. Rhinitis medikamentosa

Keluhan : Hidung tersumbat, rinore

- Faktor risiko :

- a. Pekerjaan
- b. Infeksi
- c. Pemakaian obat terlalu berlebihan
- d. Merokok

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :

Pada pemeriksaan rinoskopi dan lampu kepala, didapatkan :

a. Rhinitis hipertrofi

Keluhan : konka inferior hipertrofi, permukaan berbenjol

b. Rhinitis sika

Keluhan : mukosa hidung kering, terdapat krusta, kadang terdapat epistaksis

c. Rhinitis difteri

Keluhan : Sekret hidung bercampur darah, ditemukan pseudomembran putih, terdapat krusta

d. Rhinitis alergi

Keluhan : mukosa edema, basah, adanya secret yang berlebih dan berwarna pucat, hipertrofi konka inferior.

e. Rhinitis vasomotor

Keluhan : Edema konka dan secret hidung yang berlebihan

f. Rhinitis medikamentosa

Keluhan : Edema konka dengan secret hidung yang berlebihan

- Pemeriksaan penunjang :

1. Pemeriksaan sitologi hidung

Mengandung eosinophil atau tidak, untuk indikasi rhinitis alergi

2. Tes kulit

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
Polyposis, cerebrospinal rhinorea, penyakit granulomatosus
- Komplikasi :
Polip hidung, otitis media

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :
 - a. Rhinitis hipertrofi
Mengobati dari faktor penyebab, kauterisasi dengan zat kimia (nitras argenti atau asam trikloroasetat)
 - b. Rhinitis sika
Sesuai dengan penyebab, diberikan obat cuci hidung
 - c. Rhinitis difteri
Diberi obat Anti Difteri Serum (ADS), penisilin local, dan intramuscular.
 - d. Rhinitis alergi
 1. Antihistamin : CTM
 2. Kortikosteroid intranasal : Triamsinolon, flutikason
 3. Kortikosteroid sistemik
 4. Dekongestan : PPA, pseudoefedrin
 5. Antikolinergik intranasal
 - e. Rhinitis vasomotor
 1. Antihistamin
 2. Steroid topical
 3. Dekongestan
 - f. Rhinitis medikamentosa

Hentikan penggunaan obat tetes atau semprot hidung yang berlebihan

- Konseling & Edukasi :
Menghindari dari factor penyebab

Sarana Prasarana

1. Lampu kepala



2. Spekulum hidung

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan :
ad bonam

- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.2 RHINITIS MEDIKAMENTOSA

No. ICD X : J 31.0

Tingkat Kemampuan : 3A

Masalah Kesehatan

Rhinitis medikamentosa adalah suatu kelainan hidung, berupa gangguan respon normal vasomotor, sebagai akibat dari pemakaian vasokonstriktor topikal (obat tetes hidung atau obat semprot hidung), dalam waktu lama dan jumlah yang berlebihan (*drug abuse*) sehingga menyebabkan sumbatan yang menetap dan ireversibel.

Pemakaian topikal vasokonstriktor yang lama dan berulang akan menyebabkan terjadinya fase dilatasi berulang (*rebound dilatation*) setelah vasokonstriksi, sehingga terjadi gejala obstruksi. Hal ini menyebabkan pasien makin sering menggunakan vasokonstriktor topikal kembali, sehingga kadar agonis alfa adrenergik di mukosa hidung tinggi, diikuti dengan penurunan sensitivitas reseptor alfa adrenergik di pembuluh darah sehingga terjadi toleransi. Hal ini menyebabkan dilatasi dan kongesti mukosa hidung (*rebound congestion*).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :
Pasien mengeluh hidung tersumbat terus menerus dan berair.
- Faktor risiko :
Penggunaan obat vasokonstriktor topikal (obat tetes hidung atau semprot hidung) dalam waktu yang lama dan jumlah yang berlebihan

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :
Pada pemeriksaan rinoskopi anterior menggunakan lampu kepala, akan didapatkan hipertrofi konka dan adanya sekret yang berlebihan
- Pemeriksaan penunjang :
Dilakukan jika pada rinoskopi anterior kurang jelas menilai hipertrofi konka : nasoendoskopi, X foto polos PA, CT scan.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
Rhinitis vasomotor
- Komplikasi :
Polip hidung, sinusitis kronik, Otitis media

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :
 - o Pemberian obat kortikosteroid oral dosis tinggi jangka pendek, dosis diturunkan bertahap (*tapering off*). Dapat juga diberikan kortikosteroid topikal selama minimal 2 minggu.

- Pemberian obat dekongestan oral (pseudoefedrin)
- Konseling & Edukasi :
Hentikan penggunaan obat tetes maupun semprot vasokonstriktor hidung

Sarana Prasarana

1. Lampu kepala



2. Spekulum hidung



Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan :
ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ
atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total
sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku ajar ilmu THT-KL FK UI
2. Boies

1.3 SINUSITIS

No. ICD X : J.01

Tingkat Kemampuan : 3A

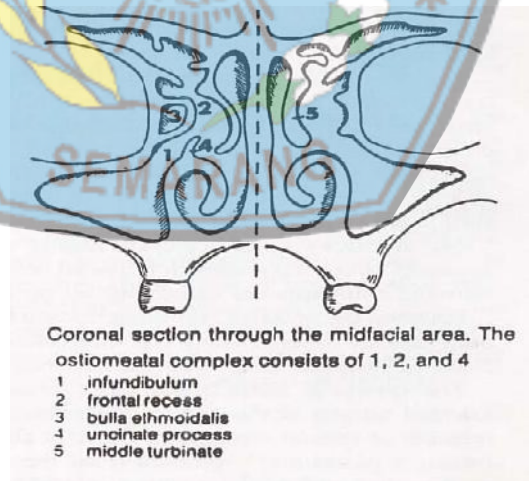
Masalah Kesehatan

Sinusitis merupakan salah satu penyebab gangguan kesehatan tersering di dunia dan sering ditemukan dalam praktek sehari-hari. Sinusitis adalah inflamasi mukoperiosteum sinus paranasal. Mukosa hidung dan sinus secara embriologis berhubungan, sehingga sinusitis merupakan kelanjutan dari rhinitis (one way one disease). Istilah sinusitis juga dikenal dengan rinosinusitis.

Sinusitis terjadi karena faktor :

1. Kelainan / obstruksi pada kompleks ostiomeatal

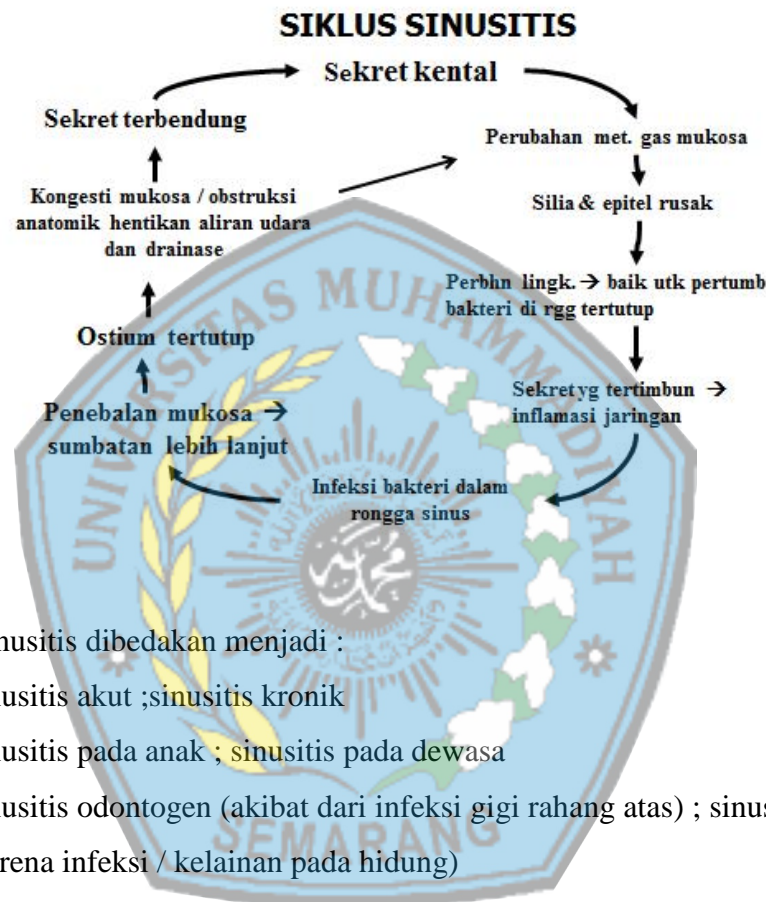
Merupakan celah sempit sebagai unit drainase fungsional hidung. Terletak di meatus nasi media. Terdiri atas : bula ethmoid, processus uncinatus, infundibulum ethmoid, hiatus semilunaris, ostium sinus maksila, resesus frontalis. Skema kompleks ostiomeatal :



2. Bakteri dalam rongga sinus
3. Adanya faktor predisposisi : obstruksi sinus akibat infeksi dan alergi, variasi anatomi (septum deviasi, konka bulosa), gangguan klirens mukosa (pada kistik fibrosis, sindrom kartagener), imunosupresi, kebiasaan merokok, hipertrofi adenoid.

4. Infeksi gigi rahang atas (periodontitis, infeksi periapikal), meyebar secara langsung ke sinus maksila maupun lewat pembuluh darah dan limfe.

Berikut pateogenesis sinusitis :



Rinosinusitis dibedakan menjadi :

1. Sinusitis akut ; sinusitis kronik
2. Sinusitis pada anak ; sinusitis pada dewasa
3. Sinusitis odontogen (akibat dari infeksi gigi rahang atas) ; sinusitis rinogen (karena infeksi / kelainan pada hidung)

Menurut EPPPOS 2012 (*European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps*), definisi rhinosinusitis pada dewasa adalah :

inflamasi hidung dan sinus paranasal yang ditandai oleh dua atau lebih gejala, dimana salah satu gejalanya harus berupa hidung tersumbat, atau adanya discaj pada hidung (dapat berupa post nasal drip) disertai :

± nyeri wajah / rasa tertekan pada wajah

± berkurangnya penciuman

gejala lain :

pemeriksaan endoskopi :

- polip hidung
- discaj mukopurulen yang keluar dari meatus nasi media, dan / atau
- udem / obstruksi mukosa pada meatus nasi media, dan / atau

CT scan :

- perubahan mukosa dalam kompleks osteomeatal dan / atau sinus

Menurut EPPPOS 2012, rhinosinusitis pada anak adalah :

Inflamasi hidung dan sinus paranasal yang ditandai oleh dua atau lebih gejala, dimana salah satu gejalanya harus berupa hidung tersumbat, atau adanya discaj pada hidung (dapat berupa post nasal drip) disertai :

- ± nyeri wajah / rasa tertekan pada wajah
- ± batuk

gejala lain :

pemeriksaan endoskopi :

- polip hidung
- discaj mukopurulen yang keluar dari meatus nasi media, dan / atau
- udem / obstruksi mukosa pada meatus nasi media

CT scan :

- perubahan mukosa dalam kompleks osteomeatal dan / atau sinus

Menurut EPPPOS, disebut rinosinusitis akut jika gejala muncul selama < 12 minggu, rinosinusitis akut jika gejala muncul selama 12 minggu. Sedangkan menurut konsensus 2004 membagi menjadi sinusitis akut (<4 minggu), sinusitis sub akut (4 minggu – 3 bulan), sinusitis kronik (>3 bulan).

Etiologi sinusitis :

1. Virus : influenza A, rhinovirus
2. Bakteri aerob : streptococcus pnemoni, haemofilus influenza, staphylococcus
3. Bakteri anaerob : bacteroides

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :
- Sering pilek biasa yang tidak sembuh sembuh
- Ingus kuning kental
- Rasa lendir di tenggorok
- Hidung buntu
- Nyeri wajah
- Nyeri kepala sesuai lokasi sinus yang sakit
- Batuk (terutama pada anak-anak)
- Bau mulut
- Penciuman berkurang
- Demam (akut)
- Suara kadang sengau

Kriteria Saphiro dan Rachelefsky (1992) :

Gejala mayor : Rinore purulen

Gejala minor : Demam (akut)

Drainase post nasal

Nyeri kepala dan sinus

Batuk

Fetor

Sinusitis : 2 mayor

1 mayor + 2/ lebih minor

Kriteria task Force AAOA dan ARS (1997):

Gejala mayor : Nyeri wajah (pipi, dahi, hidung)

Gejala minor : Batuk, demam
(akut)

Hidung buntu

Nyeri kepala

Ingus purulen

Nyeri geraham

Gangguan penciuman

Bau mulut

Pemeriksaan hidung : sekret purulen

Tenggorok berlendir

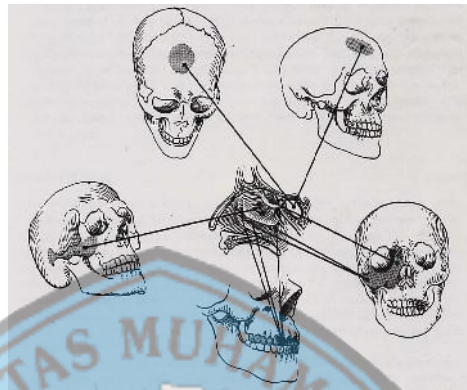
Sinusitis : 2 mayor atau lebih

1 mayor + 2 minor

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :
- Nyeri ketok daerah pipi, dahi.

Gambar lokasi nyeri kepala akibat sinusitis :



- Pemeriksaan rinoskopi anterior : mukosa hidung udem dan hiperemi, tampak sekret mukopurulen kental warna kuning kehijauan pada cavum nasi dan meatus media.
- Orofaring : tampak post nasal drip (sekret mengalir ke orofaring).
- Mencari faktor predisposisi dari hidung dan nasofaring menggunakan lampu kepala, spekulum hidung, spatel lidah, kaca laring.
- Diafanoskopi (transiluminasi) : sinus yang sakit tampak suram.
- Pemeriksaan penunjang :
 - Nasoendoskopi sangat dianjurkan, karena dapat menilai secara jelas ada tidaknya sekret purulen di meatus media, mukosa udem dan hiperemi, obstruksi meatus media. Juga dapat menilai kelainan anatomi seperti septum deviasi, ada tidaknya polip.
 - Pemeriksaan mikrobiologi kultur kuman dan pemeriksaan resistensi dilakukan dengan mengambil sekret dari meatus medius.
 - Foto polos posisi waters, PA, dan lateral. Hanya mampu melihat sinus besarseperti maksila dan frontal dengan gambaran perselubungan dan batas udara-air (*air fluid level*) serta penebalan mukosa.

- CT scan, merupakan gold standart karena pemeriksaan ini sangat jelas melihat kompleks ostiomeatal (struktur tulang). Tetapi biayanya lebih mahal dan tidak semua fasilitas kesehatan memiliki CT scan. Pemeriksaan CT scan pada fase akut tidak disarankan, karena dapat rancu untuk membedakan penebalan mukosa atau fluid level.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis ditegakan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dapat digunakan kriteria EPPPOS 2012, Saphiro & Rachelefsky 1992, atau kriteria Task force AAOA dan ARS 1997.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :

Sinusitis akut :

1. Antibiotik spektrum luas selama 11-21 hari. Antibiotik lini I seperti amoxicillin, clotrimazol. Lini II amoxiclav, ampicillin sulbaktam, cefalosporin generasi II, gol makrolide.
2. Dekongestan topikal atau sistemik
3. Mukolitik
4. Antihistamin / kortikosteroid topikal (jika riwayat alergi)
5. Simptomatik : analgetik / antipiretik

Sinusitis kronik :

1. Antibiotik sesuai kultur (min. 10-14 hari)
2. Dekongestan hidung
3. Mukolitik
4. Kortikosteroid sistemik
5. Jika tak terkontrol : irigasi sinus, operasi FESS (functional endoscopic sinus surgery), CWL (CaldWell-Luck).

- Konseling & Edukasi :
- Mempertahankan hidrasi yang memadai (minum 6-10 gelas cairan sehari untuk mengencerkan lendir)
- Shower beruap atau peningkatan kelembaban di rumah anda atau vaporizer uap pribadi
- Terapkan paket hangat wajah (mencuci kain hangat, botol air panas, atau paket gel selama 5 sampai 10 menit > 3x sehari)
- Nasal dekongestan tidak lebih dari 5 hari
- Istirahat cukup
- Tidur dengan kepala elevasi
- Hindari asap rokok, udara dingin/ panas ekstrim.

Lakukan rujukan jika memerlukan diagnosis mikrobiologi, komplikasi osteomielitis seperti, infeksi periorbital atau selulit wajah, polip, dan kegagalan pengobatan

- Komplikasi :

Sinusitis akut dapat menyebabkan komplikasi ke mata dan intrakranial :

1. Selulitis orbita
2. Abses subperiosteal
3. Abses orbita
4. Trombosis sinus cavernosus
5. Meningitis, ensefalitis

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam

- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Mansjoer A, suprohaita, wardani WI, setiowulan W. Sinusitis dalam kapita selekta kedokteran edisi 3 jilid 1. Media Aesculapius FK UI, Jakarta. 2003, 102-105.
2. Mangunkusumo E, Soetjipto D. Sinusitis dalam buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorokan kepala leher edisi ke 6. FK UI, Jakarta. 2007, 150-154.
3. American academy of otolaryngology head and neck surgery. Adult With Possible Sinusitis. www.entnet.org/adultsinusitisCPG
4. Medical associated clinic and health plants. Clinical Practice Guideline for Sinusitis Treatment (Rhinosinusitis). https://www.mahealthcare.com/assets/pdf/Practice_guidelines/Sinusitis.pdf
5. EPPPOS 2012

BAB II

TELINGA

1.1 TRAUMA AURICULA

No. ICD X : S 27.1

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Trauma tumpul pada aurikula dapat menyebabkan othematom ataupun pseudoothematom. Othematom adalah terkumpulnya darah diantara perikondrium dan kartilago aurikula. Sedangkan pseudoothematom berisi serum (cairan darah). Keadaan ini dapat terjadi saat bangun tidur akibat salah satu telinga yang tertekan, perkelahian remaja ataupun kekerasan dalam rumah tangga, telinga yang digosok-gosok / dijewer. Sedangkan trauma benda tajam pada aurikula dapat menyebabkan laserasi aurikula

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan

Pasien mengeluh daun telinga terasa tebal, muncul benjolan yang membesar saat dipijat, kadang terasa nyeri. Riwayat trauma telinga sebelumnya.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan telinga luar menggunakan lampu kepala, tampak benjolan pada aurikula, palpasi terasa lunak, fluktuasi (+). Aspirasi dengan spuit steril pada punctum maksimum terdapat darah (othematom) atau serum (pseudoothematom) → gold standar. Otoskopi dalam batas normal.

Pada trauma tajam tampak laserasi ataupun perdarahan aurikula, kadang disertai avulsi kartilago. Otoskopi dalam batas normal.

- Pemeriksaan penunjang : -

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- **Diagnosis Klinis :**
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
Perikondritis, pseudokista
- **Komplikasi :**
Kemungkinan terjadi deformitas, perikondritis

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- **Penatalaksanaan**
 1. Hematom / pseudothromatom : aspirasi, dilanjutkan pemasangan gips / balut tekan selama 5 hari. Tindakan harus steril. Bila perlu dapat dengan anestesi lokal. Berikan antibiotik sistemik.
 2. Laserasi : jahit dengan hati hati jangan mengenai kartilago agar tidak timbul deformitas. Berikan antibiotik sistemik.
- **Konseling & Edukasi :**
Menghindari trauma serupa, kontrol kembali untuk evaluasi ada tidaknya deformitas.

Sarana Prasarana

1. Lampu kepala



2. Sputit steril
3. Gips

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.2 OTOSKLEROSIS

No. ICD X : H 80

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Otosklerosis adalah penyakit pada kapsul tulang labirin yang mengalami otospongiosis (pelunakan) di daerah kaki stapes, sehingga stapes menjadi kaku dan tidak dapat menghantarkan getaran suara ke labirin dengan baik. Otosklerosis merupakan penyakit autosomal dominan.² Insidennya hampir 10% populasi kulit putih, wanita lebih banyak daripada laki-laki, usia 11-45 tahun.¹ Di Indonesia belum pernah dilaporkan kejadian otosklerosis.¹ Otosklerosis menyebabkan tuli konduksi progresif yang dapat menjadi sensorineural, biasanya bilateral, jarang unilateral. Penyebabnya idiopatik.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :

Kurang pendengaran yang makin berat, kadang disertai tinnitus, dapat juga disertai vertigo. Tidak ada riwayat trauma maupun penyakit telinga sebelumnya. Penderita merasa lebih jelas mendengar di ruang bising (*Paracusis Willisii*).

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :

Otoskopi tampak membran timpani normal, namun kadang berwarna merah muda atau oranye akibat pelebaran pembuluh darah promontorium (*Schwarte's sign*). Pemeriksaan garpu tala uji Rinne negatif, uji Weber ke arah otosklerosis unilateral atau tuli konduktif yang lebih berat.

- Pemeriksaan penunjang :

1. Audiometri : penurunan ambang dengar 30-40 dB, terdapat air bone gap (CHL).
2. Timpanometri : penurunan compliance.
3. CT scan : terdapat area radiolusen dan *diffuse sclerosis* didalam dan di sekitar koklea.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

- Diagnosis Banding :

Fiksasi kepala os. Malleus, timpanosklerosis, osteogenesis imperfecta

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :
 1. Dirujuk untuk dilakukan operasi stapedektomi atau stapedotomi, yaitu stapes diganti dengan protesa (operasi mikro, rumit).
 2. Pada kasus yang tidak dapat dioperasi, dapat diberikan alat bantu dengar.

Sarana Prasarana

1. Garputala
2. Timpanometri
3. Audiometri

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.3 PERFORASI MEMBRAN TIMPANI

No. ICD X : H 72

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Perforasi membran timpani adalah suatu lubang pada membran timpani yang dapat menutup spontan atau tidak dapat menutup secara spontan. Perforasi membrana timpani biasanya disebabkan oleh trauma atau infeksi. Sumber trauma meliputi fraktur tulang temporal, cedera ledakan, atau hantaman keras pada telinga. Perforasi lebih jarang, disebabkan oleh benda asing (misal lidi kapas, peniti, kunci) yang didorong terlalu dalam ke dalam kanalis auditorius eksternus. Selama infeksi, membran timpani dapat mengalami ruptur spontan bila tekanan dalam telinga tengah lebih besar dari tekanan atmosfer dalam kanalis auditorius eksternus. Atau akibat terkumpulnya cairan dalam kavum timpani yang menekan membran timpani.

Perforasi membran timpani harus dinilai :

1. Letaknya : sentral, marginal, atik
2. Besar perforasi : 20%, 50%, dsb
3. Tepi : rata (akibat trauma tajam), tidak rata (perforasi spontan)
4. Warna : hiperemis (akut), tidak hiperemis (kronik).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :

Pasien mengeluh nyeri telinga, keluar cairan / darah pada telinga, demam (apabila disebabkan infeksi), kadang disertai tinnitus dan vertigo.

- Faktor Risiko :

1. Trauma pada telinga
2. Infeksi telinga
3. Riwayat trauma kepala

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :
Pada pemeriksaan fisik menggunakan otoskopi dan lampu kepala, terlihat lubang pada membran tympani. Dapat disertai adanya discoid / darah pada CAE.
- Pemeriksaan penunjang :
 1. audiometri nada murni : rinne (-), weber lateralisasi ipsilateral, schwabach memanjang.
 2. timpanometri : tipe B (flat)

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
 1. Miringitis bulosa / hemoragika
 2. Timpanosklerosis
- Komplikasi :
 1. Kolestatom
 2. Otitis media

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :
 1. Jika ada infeksi, diberikan antibiotik sistemik, analgetik dan antiinflamasi. Untuk stadium tiga sampai stadium lima diberi antibiotik dosis tinggi.
 2. Antibiotik juga dapat diberikan sebagai profilaksis terjadinya infeksi.
 3. Jika ada jendalan darah, biarkan minimal 10 hari.

4. Membersihkan liang telinga dengan hati-hati.
5. Pertimbangkan miringoplasti setelah 3 bulan membran timpani belum menutup.

- **Konseling & Edukasi :**

1. Hindari hal yang dapat mengakibatkan trauma seperti, penggunaan *cotton bud* yang terlalu sering
2. Apabila ada keluhan pada telinga segera berobat

Sarana Prasarana

Otoskop



Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : dubia ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.4 PRESBIAKUSIS

No. ICD X : H 91.1

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Presbiakusis adalah tuli sensorineural frekuensi tinggi, terjadi pada usia lanjut (biasanya usia 60 tahun), simetris kanan dan kiri, disebabkan oleh proses degenerasi pada telinga dalam. Lebih banyak menyerang laki-laki.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan

Pendengaran berkurang secara perlahan, progresif, simetris pada kedua telinga. Telinga berdenging dan kadang disertai vertigo. Kadang disertai tinnitus frekuensi tinggi. Penderita dapat mendengar percakapan tetapi tidak dapat memahaminya terutama pada suasana bising (*cocktail party deafness*). Jika mendengar suara dengan intensitas tinggi, akan timbul nyeri. Seringkali merupakan kelainan yang tidak disadari.

- Faktor Resiko

1. Faktor herediter
2. Pola makan
3. Metabolisme
4. Arteriosklerosis
5. Gaya hidup
6. Paparan bising

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan otoskopi didapatkan membran timpani tampak suram dan mobilitas berkurang.

- Pemeriksaan penunjang :
 1. Tes garputala didapatkan tuli sensorineural
 2. Audiometri nada murni : penurunan tajam (*sloping*) setelah 2000 Hz (taha awal; khas), penurunan ambang dengar pada semua frekuensi (lanjut).
 3. Audiometri tutur : menunjukkan gangguan diskriminasi wicara (*speech discrimination*)

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
Tuli akibat bising, Penyakit Meniere

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 1. Rehabilitasi dengan menggunakan alat bantu dengar
 2. Latihan membaca ujaran (*speech reading*)
 3. Latihan mendengar (*auditory training*)
 4. Dilakukan oleh ahli terapi wicara (*speech therapist*)
 5. Sangat penting dalam membangun mental
- Konseling & Edukasi :
 1. Jika merasakan ada kelainan pada pendengaran sebaiknya segera memeriksakan diri ke dokter spesialis THT - KL.
 2. Jika disertai penyakit lain, maka harus dilakukan penanganan bersama.

Sarana Prasarana

Garputala



Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.5 TRAUMA AKUSTIK AKUT

No. ICD X : H 83.3

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Trauma akustik adalah gangguan dengar yang disebabkan oleh paparan gelombang suara tunggal nada tinggi dengan waktu singkat yang dapat menimbulkan penurunan pendengaran secara permanen tanpa didahului perubahan ambang dengar sementara. Rentang frekuensi 2-4 kHz dengan amplitudo >110 dB dalam waktu singkat dapat menyebabkan kerusakan pada telinga tengah dan dalam.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
Kurang dengar
Riwayat mendengar suara keras sebelumnya
- Faktor Resiko
 1. Pencemaran lingkungan
 2. Pekerjaan

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
Pemeriksaan telinga luar dan otoskopi tidak ada kelainan
- Pemeriksaan penunjang :
 1. Tes audiometri : sensorineural hearing loss frekuensi tinggi
 2. Pemeriksaan garpu tala : rinne (+), schwabach memendek, weber lateralisasi kontralateral → SNHL

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- **Diagnosis Klinis :**
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
Presbiakusis, tuli mendadak, ototoksik
- **Komplikasi :**
Bisa terjadi muncul komplikasi seperti ruptur membran timpani

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- **Penatalaksanaan**
 1. Menggunakan alat bantu dengar multi channel dapat mengeraskan bunyi yang spesifik pada frekuensi yang mengalami gangguan saja
 2. Diberikan latihan mendengar atau gerak mulut
 3. Diberikan terapi wicara
 4. Diberikan latihan membaca ujaran
- **Konseling & Edukasi :**
Menggunakan alat pelindung apabila bekerja di tempat yang bising

Sarana Prasarana

1. Otoskopi



2. Garpu tala



Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.6 BENDA ASING

No. ICD X : T 16

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Benda asing di telinga ialah benda yang dalam keadaan normal tidak ada dalam telinga. Dibedakan menjadi :

- a. Berasal dari luar tubuh (eksogen) :
 - Benda hidup : serangga, cacing, semut, dan lainnya

- Benda mati : Organik : kacang, daun, dan lainnya
- Non organik : batu, manik – manik, dan lainnya
- b. Berasal dari dalam tubuh (endogen): serumen

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
Rasa tidak enak di telinga, tersumbat (benda asing organik mengembang), nyeri (benda hidup), gemrebeg, kadang disertai pendengaran terganggu. Kadang tidak muncul keluhan (benda asing non organik).
- Faktor Resiko
 - a. Usia anak - anak
 - b. Retardasi mental
 - c. Kegagalan mekanisme proteksi yang normal (keadaan tidur, kesadaran menurun, alkoholisme, epilepsi)
 - d. Faktor kejiwaan (emosi, gangguan psikis)
 - e. Faktor kecerobohan (meletakkan benda asing di telinga)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
Pada pemeriksaan fisik menggunakan lampu kepala atau otoskop, terlihat adanya benda asing di liang telinga luar (CAE : canalis auditorius eksternus).
- Pemeriksaan penunjang :
 - a. X foto rontgen (benda logam)
 - b. Endoskopi

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :

Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.

- **Diagnosis Banding :**
Stenosis liang telinga, otitis eksterna, tumor.
- **Komplikasi :**
Benda asing hidup dan benda asing mati yang tajam dapat melukai dinding CAE sehingga menyebabkan inflamasi (otitis eksterna) maupun perdarahan. Benda asing yang tidak segera diambil dapat menyebabkan tuli konduktif bila sumbatan tersebut total. Komplikasi pasca tindakan yang kurang hati-hati dapat berupa perdarahan, inflamasi, bahkan perforasi membran timpani.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- **Penatalaksanaan**
 - Benda asing serangga harus dimatikan terlebih dahulu dengan meneteskan minyak, air garam, eter, atau alkohol, kedalam liang telinga dan kemudian diekstraksi dengan menggunakan forcep.
(jangan menggunakan alkohol bila terdapat perforasi sebab ototoksik)
 - Benda asing organik yang kecil dapat diekstraksi dengan pengait benda asing atau forcep.
 - Benda asing organik higroskopis mudah mengembang bila terkena cairan, oleh karenanya benda asing higroskopis dihindari agar tidak terkena cairan.
 - Benda asing anorganik yang terlihat dapat diekstraksi dengan pengait kecil atau loop serumen, dan bila tidak terlihat cukup disemprot dengan cairan (irigasi).
 - Bila kasusnya sulit misalnya benda asing terdapat di isthmus atau resus anterior, perlu dilakukan operasi dengan melakukan insisi endaural atau insisi post aurikuler.

- **Konseling & Edukasi :**
 - a. Memberitahu orang tua agar lebih mengawasi anaknya saat bermain.
 - b. Memberitahu pasien (biasanya anak-anak), agar tidak memasukkan benda apapun ke dalam telinga.
 - c. Menjauhkan benda-benda kecil dari anak-anak maupun penderita retardasi mental.
 - d. Kasus benda asing di telinga seringkali terjadi pada anak-anak, karena anak-anak secara naluriah memasukkan segala sesuatu ke telinga, hidung maupun mulut.
- Maka orang tua perlu meningkatkan pengawasan terhadap anak-anak, serta lebih berhati-hati jika meletakkan benda-benda agar tidak mudah dijangkau anak-anak.

Sarana Prasarana

1. Otoskopi



2. Loop Cerumen



3. Forcep Telinga



Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Kolegium Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher. Modul telinga benda asing. Jakarta : 2008. P.7-8
2. Becker W. Naumann HH, Pfalt CR, Outer Ear Infection in Nose and Throat Disease, Second edition, Thieme Medical Publishers Inc., New York, 1994, p: 71-75
3. Lee .K.J, Outer Ear Infection in otolaryngology and Head and Neck Surgery, Elseiver Science Publishers, 1989, p: 64, 67-72
4. Ballenger J.J, Penyakit telinga luar dalam Penyakit Telinga, hidung dan tenggorok, kepala dan leher, jilid dua, edisi 13, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1997, p: 338-348
5. David, William, Alexander, Outer Ear Infection to the External ear in Otolaryngology head and Neck Surgery, Seventh Edition, The C>V> Mosby Company, Missouri, 1988, P; 396-402



1.7 FISTULA PREAURIKULA

No. ICD X : Q18.1

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Berasal dari arkus brankialis I dan II. Berupa kantong yang bermuara di depan helix (90%) ataupun diantara helix dan tragus (10%). Kelainan yang tampak berbentuk bulat atau lonjong (kista) dengan ukuran seujung pensil (fistula). bersifat hereditas autosomal dominan. Dari muara fistel sering keluar cairan dari kelenjar sebacea.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan

Jarang menimbulkan gejala, kecuali jika terinfeksi. Infeksi ini sering disebabkan oleh bakteri anaerob. Penyebab yang teridentifikasi adalah *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Peptococcus Sp*, dan *Proteus Sp*.

Gejala apabila terjadi infeksi :

1. Keluar cairan kental putih berbau
2. Kadang terasa nyeri
3. Pembengkakan pada daerah fistula

- Faktor Resiko

1. Marfan syndrome
2. Cerebro-okulo-facial-skeletal Syndrome (COFS)
3. Fragile X Syndrome
4. Anophthalmia plus Syndrome

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi dengan lampu kepala : sekret purulen kronik. Ciri khas dari terbukanya lubang preaurikular ini dapat mengeluarkan sekret seperti keju yang terdiri dari deskuamasi keratin debris
 2. Tampak benjolan di depan tragus / helix, tampak ujung fistula seperti ujung pensil.
 3. Palpasi : nyeri tekan, dapat fluktuatif.
- Pemeriksaan penunjang :
 1. Pemeriksaan kultur secret dan sensitivitas antibiotic untuk kepentingan terapi
 2. Fistulografi, yaitu dengan memasukkan zat kontras (gentian violet) ke dalam muara fistula

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- **Diagnosis Klinis :**
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
preaurikular tumor.
- **Komplikasi :**
abses preaurikula, infeksi berulang.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- **Penatalaksanaan**
 - Jika fistula preaurikular tidak terinfeksi, tidak memerlukan terapi maupun pembedahan.
 - Jika terdapat infeksi, harus diberikan antibiotik sistemik. Penisilin merupakan terapi antibiotik awal yang dianjurkan. Jika terdapat abses harus dilakukan insisi dan drainase.

- Terapi definitif dari fisula preaurikular membutuhkan eksisi lengkap dari saluran lubang dan sinus. Juga dilakukan bila terjadi infeksi dengan keadaan eksaserbasi akut dan berulang. Dengan syarat pembedahan dilakukan setelah infeksi diterapi dengan antibiotik dan inflamasi telah tenang. Insisi awal dan drainase dari inflamasi akut sebaiknya tidak dilakukan karena akan menumbulkan skar yang akan menyulitkan reaksi penyembuhan. Tindakan bedah dilakukan setelah dipastikan pasien bebas dari infeksi. Tindakan ini dilakukan oleh ahli bedah yang mengetahui dengan baik anatomi nervus fasialis. Beberapa ahli percaya bahwa saluran sinus harus diangkat saat sinus preaurikular tidak bergejala, karena bila dilakukan setelah ada gejala atau setelah mengalami infeksi akan menimbulkan skar, yang menyebabkan tidak lengkapnya sinus preaurikular yang diangkat dan akan menyebabkan rekurensi pasca operasi.
- Konseling & Edukasi :
 - Menjelaskan faktor risiko penyakit dan penatalaksanaan penyakit

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

Buku Ajar THT FK UI
Boies

1.8 MASTOIDITIS

No. ICD X : H70

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Merupakan peradangan mukoperiosteum selulae mastoid. Organisme penyebab pada umumnya sama dengan penyebab otitis media akut, seperti : *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, dll. Mastoiditis lebih sering terjadi pada anak-anak akan tetapi dapat juga terjadi pada orang dewasa. Mastoiditis biasanya merupakan komplikasi dari infeksi telinga tengah (otitis media akut maupun kronik).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
 - Demam, malaise
 - Bengkak di belakang telinga
 - Nyeri di belakang telinga
 - Keluarnya cairan dari dalam telinga (otore) kuning kental berbau
 - Kurang dengar
- Faktor Resiko
 - Otitis media akut (mastoiditis akut) : imunosupresi, virulensi kuman
 - Penggunaan antibiotik spektrum luas yang tidak adekuat untuk mengobati penyakit telinga tengah (mastoiditis kronik)

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - Keadaan umum : demam (fase akut), malaise
 - Inspeksi : bengkak di retroaurikula, kadang terdapat fistula. Aurikula terdorong ke anterior.

- Gele abses (bengkak di CAE bagian superoposterior)
- Bezolt abses (abses sepanjang m.sternokleidomastoideus)
- Maurette abses (abses di m.digastrikus venter posterior) (dagu)
- Otoskopi : discaj mukopurulen, profus, keluar kembali setelah dibersihkan (asheron sign)
- Perforasi membran timpani
- Terdapat granulasi di CAE

- Pemeriksaan penunjang :
 - Pemeriksaan kultur mikrobiologi discaj CAE
 - Pemeriksaan laboratorium darah
 - Pemeriksaan radiologi mastoid
 - CT-Scan mastoid

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- **Diagnosis Klinis :**
 Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
 abses retroaurikula
- **Komplikasi :**
 Fistula retroaurikula, intrakranial (meningitis, ensefalitis, abses otak)

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - Medikamentosa :
 Antibiotik dosis tinggi : amoxicilin atau ampicilin. Bila penyebabnya adalah bakteri anaerob, dapat diberikan chloramphenicol atau metronidazole
 - Operatif :Mastoidektomi

- Konseling & Edukasi :
 - Menjelaskan bahwa mastoiditis sulit diobati. Hal ini disebabkan karena obat-obatan yang diberikan mungkin tidak dapat sampai cukup dalam ke tulang mastoid. Oleh karena itu diperlukan perawatan yang berulang-ulang atau perawatan jangka panjang.
 - Mastoiditis dapat berkembang menjadi komplikasi yang mengancam jiwa yang memerlukan penanganan segera, seperti meningitis (infeksi pada selaput otak) dan abses otak (kantong berisi nanah dan infeksi yang timbul pada otak).

Sarana Prasarana

- Pemeriksaan radiologis
- Pemerilsaan laboratorium

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

Boies 106-10

1.9 MIRINGITIS BULOSA

No. ICD X : H73.0

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Miringitis bulosa merupakan peradangan primer pada membran timpani. Proses infeksi melibatkan lapisan tengah membran timpani. Miringitis sendiri dibedakan menjadi miringitis bulosa dan miringitis hemoragika. Keduanya dibedakan dari pemeriksaan fisik membran timpani. Etiologi pada anak adalah infeksi bakteri piogenik yang menyebabkan otitis media akut, seperti *Streptococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*, *Pneumococcus*. Sedangkan pada dewasa disebabkan oleh *Mycoplasma pneumoniae*.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
 - Nyeri telinga
 - Kurang dengar
- Faktor Resiko
 - Otitis media supuratif akut
 - Infeksi *Mycoplasma pneumoniae*

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - Otoskopi : Terdapat bleb (bula) berwarna merah atau ungu pada membran timpani dan dinding kanalis di dekatnya. Bula mengandung cairan serosa, darah, atau keduanya.
 - Garputala : rinne (+), weber lateralisasi kontralateral, schwabach memendek → sensorineural

- Pemeriksaan penunjang :
 - Audiometri nada murni : sensorineural hearing loss nada tinggi
 - Timpanometri : tipe C

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
 - Otitis eksterna
 - Herpes zoster otikus (sindroma Ramsay-Hunt)
- Komplikasi :
Gangguan pendengaran sensorineural

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - Apabila terdapat manifestasi sistemik, maka obat pilihan adalah eritromisin.
 - Untuk menghilangkan nyeri, bleb atau vesikel dapat dipecahkan dengan jarum halus atau pisau miringotomi.
- Konseling & Edukasi :
 - Menjelaskan faktor risiko penyakit dan penatalaksanaan penyakit

Sarana Prasarana

- otoskop
- garputala
- audiometer
- timpanometer

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.10 OTITIS MEDIA KRONIK

No. ICD X : H66

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Otitis Media Kronik adalah inflamasi/ peradangan sebagian atau seluruh mukosa telinga tengah, yang terjadi lebih dari 2 bulan (kronik), disertai ada tidaknya cairan telinga yang keluar dari membran timpani yang perforasi. Klasifikasi OMK :

1. Berdasarkan tipe : tipe benigna (jinak) dan tipe maligna (ganas)
2. Berdasarkan status aktifnya : OMK aktif = *congek* (otore aktif keluar dari kavum timpani); OMK tenang (tidak ada otore, kavum timpani tampak basah atau kering).

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
 - Keluar cairan telinga kental berbau terus-menerus atau hilang timbul
 - Gangguan pendengaran
- Faktor Resiko
 - Otitis media akut yang mendapat terapi terlambat, tidak adekuat, virulensi kuman tinggi. Imunosupresi, higiene buruk

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - Otoskopi : perforasi membran timpani (perhatikan letak perforasi), discaj kadang ada
 - Garpu tala : tuli konduktif
- Pemeriksaan penunjang :
 - Pemeriksaan kultur cairan dari telinga untuk mengetahui organisme penyebab
 - Rontgen mastoid atau CT-Scan kepala untuk mengetahui adanya penyebaran infeksi ke struktur di sekeliling telinga.
 - Audiometri nada murni, audiometri tutur, BERA (Brainstem evoked response audiometry).

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Klasifikasi
 - Benigna (tipe aman, tipe mukosa, tipe tubotimpanik)
 - Proses peradangan terbatas pada mukosa telinga tengah, jarang menyebabkan komplikasi. Perforasi sentral (di tengah)
 - Maligna (tipe bahaya, tipe tulang, tipe atikoantral)

Proses peradangan selain mengenai mukosa juga mengenai tulang. Terjadi osteomielitis atau destruksi tulang atau kolesteatoma, jenis ini cenderung mengalami komplikasi. Perforasi di marginal atau atik.

Perbedaan OMK tipe benigna dan maligna

	tipe benigna	tipe maligna
Sekret	Bening, mukopurulen, tidak berbau	Purulen, kental, menggumpal, abu-abu kekuningan, berbau, kolesteatom
Perforasi	Sentral, subtotal	Marginal, atik, total
Perubahan mukosa	Udem hipertropi	Degenerasi, terbentuk polip, granulasi
x-foto mastoid	Perselubungan, sklerotik	Perselubungan, rongga berisi kolesteatom
Komplikasi	Jarang	Abses retro aurikuler, meningitis, abses otak dll.

- **Diagnosis Klinis :**
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
Mastoiditis
- **Komplikasi :**
ekstrakranial (mastoiditis, labirintitis, paresis fasialis); komplikasi intrakranial (meningitis abses subdural).

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - Terapi medikamentosa, diberikan untuk OMK tipe jinak. Tipe jinak stadium aktif diberikan antibiotika. Antibiotika oral adalah golongan ampicilin, amoksisilin atau eritromisin. Antibiotika dapat juga diberikan dalam bentuk tetes telinga, tetapi perlu di ingat bahayanya bila diberikan terlalu lam karena akan mengakibatkan tuli syaraf. Sebelum menggunakan tetes telinga terlebih dahulu harus dibersihkan dengan kapas

lidi, kertas tisu atau dengan menggunakan larutan perhidrol (H₂O₂). 3%. Pemberian tetes telinga sebaiknya jangan lebih dari 2 minggu. Hal lain yang tidak boleh dilupakan adalah mencari fakto-faktor penyebab kekambuhan (Rinogen, Eksogen) dan bila perlu dilakukan rujukan kedokter spesialis.

- Pada stadium tenang (telinga dapat dipertahankan kering selama 2 bulan), penderita dianjurkan untuk operasi miringoplasti (menutup perforasi membran timpani) atau timpanoplasti untuk mencegah agar tidak terjadi infeksi berulang.
- Prinsip pengobatan OMK tipe maligna adalah operasi mastoidektomi. Bertujuan untuk menghilangkan jaringan granulasi, nanah, polip atau tulang-tulang yang nekrosis.
- Konseling & Edukasi :
 - Menjaga kebersihan telinga, telinga jangan dikorek-korek, jangan sampai kemasukan air. Bila membersihkan telinga harus digunakan peralatan yang bersih dan tidak tajam.
 - Menghilangkan rasa malu terhadap keluarga maupun lingkungannya.
 - Tidak menganggap bahwa OM adalah penyakit bawaan, tetapi suatu infeksi yang dapat disembuhkan. Penyakit ini bila dibiarkan kan mengakibatkan komplikasi yang sangat merugikan.
 - Tidak boleh berenang.

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam

- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

Buku ajar THT FK UI

Boies

1.11 OTITIS MEDIA SEROSA

No. ICD X : H65

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Nama lain : Otitis media dengan efusi, otitis media non supuratif.

Otitis media serosa adalah peradangan non bakterial mukoperiosteum telinga tengah (kavum timpani) yang ditandai dengan terkumpulnya cairan yang tidak purulen (seros atau mukos). Otitis media serosa adalah keadaan terdapatnya sekret serous di telinga tengah, sedangkan membran timpani utuh. Adanya cairan di telinga tengah dengan membran timpani utuh tanpa adanya tanda-tanda infeksi disebut juga otitis media dengan efusi. Apabila efusi tersebut encer disebut otitis media serosa dan apabila efusi tersebut kental seperti lem disebut otitis media mukoid (otitis media serosa kronik atau *glue ear*). Etiologinya adalah obstruksi tuba eustachius kronik, alergi, otitis media akut.

Hasil Anamnesis (Subjective)

- Keluhan
 - Pendengaran berkurang
 - Rasa penuh pada telinga
 - Mendengar suara seperti dobel (diplakusis)
 - Pada perubahan posisi kadang terasa seperti ada cairan yang bergerak di dalam telinga (gemrebeg)
 - Mendengar suara sendiri lebih nyaring (otofoni).

- Faktor Resiko
 - Hyperplasia adenoid
 - Rhinitis kronik dan sinusitis
 - Tonsil hipertrofi
 - Tumor nasofaring
 - Defek palatum
 - Alergi
 - Terapi tidak adekuat pada otitis media akut

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - Otoskopi :Membran timpani dapat normal, retraksi, atau mencembung.
Berwarna putih normal, kekuningan atau suram.
 - Garpu tala : tuli konduktif
- Pemeriksaan penunjang :
 - audiometri nada murni : CHL
 - timpanometri : puncak bergeser ke kiri (tipe C)
 - tes fungsi tuba : kurang baik

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
timpanosklerosis, otitis media kronik aktif Mastoiditis
- Komplikasi :
atelektasis kavum timpani, kolesteatom

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 1. Medikamentosa :
 - Tetes hidung dekongestan (vasokonstriktor lokal), anti histamine, serta perasat valsava.
 2. Operatif :
 - Bila gejala masih menetap setelah 1–2 minggu, dilakukan miringotomi, dan apabila belum mebaik dengan miringotomi dapat ditambahkan pemasangan pipa ventilasi (Grommet)
- Konseling & Edukasi :
 - Menjelaskan faktor risiko penyakit dan penatalaksanaan penyakit

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

Buku ajar THT FK UI

Boies

1.12 HERPES ZOSTER OTIKUS

No. ICD X : H.62.1

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Herpes Zoster adalah infeksi kulit dan mukosa yang disebabkan oleh virus *varisela-zoster*. Infeksi ini merupakan reaktivasi virus yang terjadi setelah infeksi primer. Herpes zoster juga disebut dompo atau cacar ular. Masa tunas 7-12 hari, masa aktif penyakit berupa lesi baru berlangsung 1-2 minggu. Virus bersembunyi di ganglion posterior susunan saraf tepi dan ganglion kranialis. Lokasi kelainan setingkat dengan daerah persyarafan ganglion (sesuai dermatom). Herpes zoster juga dapat menyerang kulit aurikula dan CAE.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
 - Seorang laki-laki usia 25 tahun datang ke dokter dengan keluhan terdapat vesikel multipel di liang telinga. Pasien merasa pendengarannya berkurang sejak muncul bintil-bintil berair tersebut.
 - Gejala herpes zoster di sekitar telinga disebut juga herpes zoster otikus/ sindrom Ramsay-Hunt. Virus menyerang nervus trigeminus ganglion genikulatum dan radiks servikalis bagian atas. Tampak lesi kulit vesikuler pada kulit daerah mukasekitar liang telinga, otalgia, dan terkadang disertai paralisis otot wajah wajah. Pada kondisi berat dapat ditemukan tuli sensorineural.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - Sekelompok vesikel dengan dasar eritem yang terletak unilateral sepanjang distribusi saraf spinal atau kranial. Lesi bilateral jarang

ditemui, namun seringkali, erupsi juga terjadi pada dermatom di dekatnya.



- Pemeriksaan Penunjang Bila diperlukan, pemeriksaan mikroskopis dengan menemukan sel *Tzanck* yaitu sel datia berinti banyak; meskipun pemeriksaan ini tidak spesifik

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dengan diagnosis banding: herpes simpleks dan dermatitis venenata

Komplikasi berupa neuralgia pasca-herpetik, *Ramsay Hunt Syndrome*: herpes pada ganglion genikulatum, ditandai dengan gangguan pendengaran, keseimbangan dan paralisis parsial. Pada penderita dengan imunodefisiensi (HIV, keganasan, atau usia lanjut), vesikel sering menjadi ulkus dengan jaringan nekrotik dapat terjadi infeksi sistemik.

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - Terapi suportif dilakukan dengan menghindari gesekan kulit yang mengakibatkan pecahnya vesikel, pemberian nutrisi TKTP, dan istirahat dan mencegah kontak dengan orang lain. Gejala prodromal diatasi sesuai dengan indikasi. Aspirin dihindari oleh karena dapat menyebabkan *Reye's syndrome*.

- Pengobatan topikal stadium vesikel : bedak salisil 2% atau bedak kocok kalamini agar vesikel tidak pecah. Apabila erosi, diberikan kompres terbuka, apabila terjadi ulserasi, dapat dipertimbangkan pemberian salep antibiotik. Pengobatan antivirus oral, antara lain dengan asiklovir: dewasa 5 x 800 mg/hari, anak-anak 4 x 20 mg/kgBB (dosis maksimal 800 mg), atau valasiklovir: dewasa 3 x 1000 mg/hari.
- Konseling & Edukasi :
 1. Edukasi tentang perjalanan penyakit Herpes Zoster.
 2. Edukasi bahwa lesi biasanya membaik dalam 2-3 minggu pada individu imunokompeten.
 3. Edukasi mengenai seringnya komplikasi neuralgia pasca-herpetik.Kriteria rujukan Pasien dirujuk apabila:
 1. Penyakit tidak sembuh pada 7-10 hari setelah terapi.
 2. Terjadi pada pasien bayi, anak dan geriatri (imunokompromais).
 3. Terjadi komplikasi.
 4. Terdapat penyakit penyerta yang menggunakan multifarmaka

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Mansjoer A, suprohaita, wardani WI, setiowulan W. Herpes zoster dalam kapita selekta kedokteran edisi 3 jilid 2. Media Aesculapius FK UI, Jakarta. 2003, 128-129.
2. Mansjoer A, suprohaita, wardani WI, setiowulan W. Kelumpuha nervus fasialis dalam kapita selekta kedokteran edisi 3 jilid 1. Media Aesculapius FK UI, Jakarta. 2003, 92-93.
3. Sosialisman, Hafil AF, Helmi. Kelainan telinga luar dalam buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorokan kepala leher edisi ke 6. FK UI, Jakarta. 2007, 60.
4. Ikatan dokter Indonesia (IDI). Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer edisi 1. 2013.



1.13 OTITIS EKSTERNA

No. ICD X : H.60

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Otitis eksterna (OE) adalah radang liangtelinga akut maupun kronik yang disebabkan oleh infeksi bakteri, jamur, dan virus. Faktor predisposisi penyakit ini adalah udara yang hangat dan lembab, perubahan pH di liang telinga (pH basa menurunkan proteksi telinga), trauma ringan ketika mengorek telinga, kebiasaan mengorek telinga dengan cotton bud, berenang.¹

Secara umum, dibagi menjadi :

1. OE sirkumskripta (furunkelosis)

Peradangan pada kulit liang telinga 1/3 luar yang banyak mengandung folikel rambut, kelenjar sebacea, kelenjar serumen, sehingga sering terbentuk furunkel. Sering disebabkan oleh *staphylococcus*.

2. OE difusa

Peradangan kulit liang telinga 2/3 dalam. Disebabkan oleh *pseudomonas*, *staphylococcus*.

Apabila infeksi disebabkan oleh jamur disebut otomikosis. Adanya otomikosis merupakan predisposisi OE bakterialis. Apabila disebabkan oleh virus *varicella zooster* disebut herpes zooster otikus. Pada penderita diabetes mellitus pH serumen lebih tinggi, ditambah kondisi mikroangiopati dan *immunocompromiz* menyebabkan penderita mudah menderita otitis eksterna maligna. Peradangan pada otitis eksterna maligna meluas secara progresif ke lapisan sub kutis, kartilago, dan tulang sekitar, sehingga dapat menghancurkan tulang temporal dan dapat menyebabkan paralisis fasialis.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
 - OE sirkumskripta : nyeri telinga spontan dan hebat, termasuk saat membuka mulut dan mengunyah. Telinga terasa tertutup. Dapat disertai keluar cairan dari telinga akibat reaksi inflamasi. Kurang dengar jika furunkel menyumbat telinga.
 - OE difusa : nyeri jika telinga ditekan, kadang gatal, telinga terasa tertutup dan kurang dengar.
 - Otomikosis : rasa gatal sering terjadi pada otomikosis, meskipun kadang tidak disertai keluhan.
 - Herpes zooster otikus : nyeri telinga, kelumpuhan otot wajah ipsilateral, dan munculnya vesikel pada kulit sekitar liang telinga. Keluhan ini dikenal sebagai *Ramsay Hunt Syndrome*. Pada keadaan berat dapat terjadi kurang dengar (tuli sensorineural).
 - Otitis eksterna maligna : telinga terasa gatal yang cepat menjadi rasa nyeri yang semakin hebat, banyak cairan keluar dari liang telinga. Pada kondisi berat dapat muncul paresis fasialis (perot).

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik
 - OE sirkumskripta : nyeri spontan dan saat membuka mulut. Otoskopi tampak furunkel di CAE. Kadang disertai sedikit discal serous/purulen.
 - OE difusa : nyeri tekan tragus, nyeri tarik aurikula. Otoskopi tampak CAE sempit, udem, hiperemis dengan batas tidak jelas. Kadang disertai discal serous/purulen. Kelenjar limfe regional kadang membesar dan nyeri tekan.
 - Otomikosis : otoskopi tampak hifa berbentuk seperti kapas berwarna putih kekuningan pada CAE.
 - Herpes zoster otikus : otoskopi / lampu kepala tampak lesi kulit vesikuler di sekitar liang telinga. Vesikel juga terdapat pada kulit wajah / leher sesuai dermatom.

- Otitis eksterna maligna : otoskopi / lampu kepala tampak discaj purulen jumlah banyak, udem CAE, granulasi CAE. Asimetri wajah (paresis fasialis).

Pemeriksaan garputala kadang didapatkan tuli konduktif. Akan tetapi pemeriksaan ini jarang dilakukan mengingat rasa nyeri yang timbul.

- Pemeriksaan penunjang :
Pemeriksaan sediaan langsung jamur (swab liang telinga) pengecatan dengan KOH untuk otomikosis.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- **Diagnosis Klinis :**
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- **Diagnosis Banding :**
otitis eksterna nekrotik, perikondritis yang berulang, kondritis, dermatitis, seperti psoriasis dan dermatitis seboroika.
- **Komplikasi :**
Infeksi kronik liang telinga jika pengobatan tidak adekuat dapat terjadi stenosis / penyempitan liang telinga karena terbentuk jaringan parut

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - OE sirkumskripta : aspirasi furunkel dengan spuit steril untuk mengeluarkan nanah, kemudian olesi dengan salep antibiotik (polymixin B; bacitracin) atau antiseptik, dan analgetik sistemik.
 - OE difusa : antibiotik topikal, kadang diperlukan antibiotik sistemik, analgetik.

- Otomikosis : ear toilet dengan larutan povidon iodine 5% / larutan asam asetat 2% dalam alkohol, kemudian oleskan salep anti jamur yang mengandung nistatin, klotrimazol. Ear toilet dilakukan rutin setiap 2 hari selama minimal 2 minggu.
- Pengobatan herpes zooster otikus sesuai dengan tatalaksana herpes zooster.
- Otitis eksterna maligna : dirujuk untuk rawat inap, kultur diacaj, debridemen, terapi antibiotik dosis tinggi, dan simptomatik.
- Konseling & Edukasi :
Pasien dan keluarga perlu diberitahu tentang:
 1. Tidak mengorek telinga baik dengan *cotton bud* atau lainnya.
 2. Selama pengobatan, telinga tidak boleh kemasukan air.
 3. Penyakit dapat berulang sehingga harus menjaga liang telinga agar dalam kondisi kering dan tidak lembab.Pasien perlu dirujuk pada kasus herpes zoster otikus

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

1. Mansjoer A, suprohaita, wardani WI, setiowulan W. Herpes zoster dalam kapita selekta kedokteran edisi 3 jilid 2. Media Aesculapius FK UI, Jakarta. 2003, 128-129.
2. Mansjoer A, suprohaita, wardani WI, setiowulan W. Kelumpuha nervus fasialis dalam kapita selekta kedokteran edisi 3 jilid 1. Media Aesculapius FK UI, Jakarta. 2003, 92-93.
3. Sosialisman, Hafil AF, Helmi. Otitis eksterna luar dalam buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorokan kepala leher edisi ke 6. FK UI, Jakarta. 2007, 658-63.
4. Ikatan dokter Indonesia (IDI). Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer edisi 1. 2013.
5. Kolegium Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher. Modul telinga radang telinga luar. Jakarta. 2008, 10-11.



1.14 MABUK PERJALANAN

No. ICD X : T 75.3

Tingkat Kemampuan: 4A

Masalah Kesehatan

Motion Sickness atau dikenal dengan mabuk perjalanan adalah suatu kondisi dimana adanya ketidaksesuaian antara gerakan visual yang dirasakan dan sistem vestibular dari gerakan. Mabuk perjalanan dibagi menjadi 3 kategori, yaitu :

1. Gerakan yang dirasakan tetapi tidak terlihat
 - a. Mabuk udara
 - b. Mabuk laut
 - c. Sentrifugal
 - d. Karena berputar pusing
2. Gerakan yang terlihat tetapi tidak terasa
 - a. Gerak karena film dan video lainnya sakit
 - b. Saat bermain game atau simulator
3. Disebabkan ketika kedua system mendeteksi gerakan, mereka tidak sesuai
 - a. Pada saat mata melihat maju, namun system vestibular mendeteksi naik

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan
Pasien akan mengeluh pusing, kelelahan, dan mual
- Faktor Resiko
Faktor umur

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Keseimbangan

- a. Uji Romberg
- b. Tes tandem gait
- c. Past Pointing test
- d. Uji berjalan

- Pemeriksaan penunjang :

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
- Diagnosis Banding :
BPPV, Penyakit Meniere

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan
 - o Pemberian obat anti kolinergik : scopolamine
 - o Obat anti histamine : dimenhydrinate
Sediaan oral diminum 30 menit sebelum terpapar gerakan
- Konseling & Edukasi :
 - Naiklah kendaraan di bagian di mana mata Anda akan melihat gerakan yang sama dengan yang dirasakan oleh tubuh (jadi jangan duduk menghadap ke belakang misalnya, atau di samping, yang tidak searah dengan gerakan mobil). Kalau di mobil atau bus, duduklah di depan dan lihat pemandangan. Kalau di kapal, pergilah ke dek dan melihat gerakan horizontal. Kalau di pesawat, duduklah dekat jendela dan melihat keluar. Juga duduklah di bagian dekat sayap, di mana gerakan terasa paling minimal.

- Tidur selama perjalanan juga akan membantu karena mata tidak menerima input sehingga tidak menimbulkan konflik terhadap sistem Vestibular.
- Mengunyah permen karet selama perjalanan
- Jangan membaca di perjalanan
- Jangan melihat atau bicara dengan orang lain yang juga gampang mabuk jalan
- Hindari bau-bauan yang kuat, makanan yang berbumbu tajam, terutama sebelum dan selama perjalanan.
- Gunakan obat anti mabuk. Ada studi melaporkan bahwa jahe bisa mengurangi mabuk jalan, jadi bisa juga dicoba minum wedang jahe atau mengulum permen jahe, walaupun mungkin hasilnya akan bervariasi antar orang.

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : ad bonam

Referensi

Buku ajar THT FK UI

Boies

BAB III

TENGGOROKAN DAN LEHER

1.1 TORTIKOLIS

No. ICD X : M 43.6

Tingkat Kemampuan: 3A

Masalah Kesehatan

Tortikolis (*torticollis* : *tortio*=putar; *collum*= leher) adalah suatu keadaan keterbatasan gerak leher dimana kepala miring ke sisi yang terkena dan dagu mengarah ke sisi berlawanan yang disebabkan oleh pemendekan otot sternokleidomastoideus (SCM) karena terjadi fibrosis otot tersebut. Tortikolis sering terjadi pada anak. Etiologi pasti masih belum diketahui (idiopatik). Dibedakan menjadi 2, yaitu :

- a. Kongenital. Terjadi karena trauma pada jaringan lunak leher sebelum atau selama persalinan.
- b. Didapat (*acquired*). Disebabkan oleh trauma tumpul pada epala dan leher, atau karena kebiasaan posisi yang salah saat tidur. Dapat juga karena efek ekstrapiramidal dari obat-obatan, seperti metoclopramide, phenytoin, carbamazepin.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :
 - Kepala miring ke satu sisi
 - Nyeri kepala satu sisi
- Faktor Risiko :
 - Iskemik otot SCM intrauterin karena posisi yang menyimpang (presentasi bokong)

- Trauma saat melahirkan. Misal karena traksi kepala yang berlebihan.
- Riwayat kelahiran sungsang.
- Kebiasaan posisi leher yang salah (*acquired*)
- Minum obat yang memberi efek ekstrapiramidal.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :
Pada pemeriksaan fisik didapatkan posisi kepala miring, letak telinga dan leher sisi yang sakit saling berdekatan, dan adanya benjolan pada leher yang terkena. Palpasi leher tidak nyeri.
- Pemeriksaan penunjang :
 - USG leher
 - MRI leher

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

- Diagnosis Klinis :
Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.
- Diagnosis Banding :
 - Anomali tulang
 - limfadenitis
- Komplikasi :
Asimetri bentuk wajah dan kepala, diplopia

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :
 - Tortikolis akut biasanya sembuh sendiri dalam beberapa hari sampai beberapa minggu.

- Terapi fisik, dengan masase otot leher , mobilisasi sendi.
- Dapat dibantu dengan menggunakan penyangga (*torticollis brace*).
- Obat berfungsi membantu mengurangi kejang otot dan pergerakan diluar sadar dan biasanya bisa membantu meringankan nyeri karena kejang. Biasanya digunakan obat antikolinergik (menghambat rangsangan saraf tertentu) dan benzodiazepin (obat penenang).
- Kadang diberikan obat pengendur otot (muscle relaxant) dan obat anti-depresi
- Kadang dilakukan pembedahan untuk mengangkat saraf dari otot yang mengalami kelainan. Pembedahan dilakukan jika pengobatan lainnya tidak berhasil.
- Jika diakibatkan emosional, maka gunakan terapi psikis
- **Konseling & Edukasi :**
 - Saat bekerja dalam posisi duduk menetap lama, usahakan melemaskan otot-otot leher dengan cara menggerakkan kepala ke kanan kiri, depan belakang setiap 2 jam sekali selama 10 menit. Demikian juga disaat anda mengemudi dalam waktu yang cukup lama, berhentilah tiap 2-3 jam untuk melemaskan leher.
 - Periksa kandungan secara teratur pada ibu hamil, terutama dengan menggunakan USG agar mengetahui posisi janin secara jelas dan kemungkinan persalinan yang aman bagi bayi dan ibunya.
 - Saat hendak tidur, biasakan untuk menggerakkan/ senam leher sejenak 5-10 menit agar otot leher menjadi lemas dan minumlah 2-3 gelas air putih agar peredaran darah lebih lancar saat tidur.
 - Berpindahlah posisi disaat tidur dengan bergantian miring kanan dan kiri,lalu telentang setiap 2-3 jam sekali.
 - Gunakanlah bantal yang nyaman/comfortable,jangan terlalu rendah/tinggi.
 - Jangan suka menggerakkan leher/kepala secara menghentak apabila anda merasa ada rasa tidak nyaman pada salah satu sisi leher anda, berikan saja pijatan ringan atau penguluran (stretching) dengan perlahan-lahan

pada leher yang nyeri tersebut, boleh juga dengan diberikan kompres hangat pada otot leher yang nyeri tersebut

Sarana Prasarana

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : dubia ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : dubia ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : dubia ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed

1.2 TONSILITIS DIFTERI

No. ICD X : J.03

Tingkat Kemampuan: 3B

Masalah Kesehatan

Tonsilitis difteri merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri gram positif *Corynebacterium diphtheriae* yang menghasilkan eksotoksin. Bakteri ini biasanya menyerang saluran pernafasan, terutama terutama hidung, laring, dan faring. Tidak semua orang yang terinfeksi menjadi sakit. Hal ini tergantung pada titer antitoksin yang ada pada tubuh seseorang.

Tonsilitis difteri sering ditemukan pada anak usia <10 tahun, paling sering pada usia 2-5 tahun. Meskipun demikian infeksi juga dapat terjadi pada usia dewasa.

Hasil Anamnesis (*Subjective*)

- Keluhan :
 - Demam (tidak begitu tinggi)
 - Nyeri kepala
 - Tidak nafsu makan
 - Nyeri telan
 - Sulit menelan

Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana (*Objective*)

- Pemeriksaan fisik :
 - Keadaan umum tampak lemah, nadi lambat
 - Demam subfebris
 - Intraoral : tonsil membesar, terdapat pseudomembran (membran putih keabuan) yang melekat erat pada permukaan tonsil. Membran dapat meluas ke palatum mole uvula, nasofaring laring, trakea, dan bronkus. Jika membran dilepas (dengan tongue spatel) akan sulit dilepas mudah berdarah. Pseudomembran → khas.
 - Jika berlanjut, pembesaran kelenjar limfe leher akan terus membesar membentuk seperti leher sapi (bull neck / burgermeester's hals) → berpotensi sesak nafas
 - Jika berlanjut, terdapat gangguan jantung (miokarditis), kelumpuhan otot pernafasan. (sesak nafas)
- Pemeriksaan penunjang :
 1. Untuk pemeriksaan bakteriologis dapat dilakukan dengan :
 - Pengambilan preparat langsung dari membran dan bahan di bawah membran
 - Kultur dengan medium Loeffler, tellurite dan media agar darah

2. ECG (electrocardiografi)
3. Tes Schick (imunitas) : Tes kulit ini digunakan untuk menentukan status imunitas penderita menghitung jumlah titer antitoksin dalam darah. Tes ini tidak berguna untuk diagnosis dini karena baru dapat dibaca beberapa hari. Tetapi tes ini berguna untuk menentukan kerentanan penderita, diagnosis serta penatalaksanaan defisiensi kekebalan.

Penegakan Diagnosis (*Assessment*)

Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis pasti dengan isolasi *C. Diphtheriae* dengan pembiakan pada media Loeffler, dapat dilanjutkan dengan tes toksinogenitas secara in-vivo dan in-vitro dengan tes Elek.

Diagnosis banding : infeksi mononukleosis, angina plaut vincent

Penatalaksanaan komprehensif (*Plan*)

- Penatalaksanaan :

Mengingat progresifitas penyakit, terapi segera dilakukan sambil menunggu diagnosis pasti (kultur).

Perawatan umum:

1. Isolasi Penderita, karena sangat menular
2. Bed rest 2-3 minggu
3. Makanan lunak atau cair
4. Kebersihan jalan nafas dan pengisapan lendir
5. Monitor jalan nafas dan tanda vital.
6. Pembebasan jalan nafas, bila diperlukan tindakan trakeostomi

Pengobatan khusus:

1. Antibiotika selama 14 hari : Penisilin prokain dosis 1,2 juta unit 2 kali sehari, intra muskuler. Atau Eritromisin 25-50 mg per kg berat badan dibagi dalam 3 dosis.

2. Anti difteri serum (ADS) diberikan sedini mungkin, tidak perlu menunggu hasil pemeriksaan bakteriologis. Dosis 20.000 – 100.000 unit (tergantung usia).
3. Kortikosteroid 1,2 mg/kg BB/ hari.
4. Terapi simptomatik

Sarana Prasarana

1. Lampu kepala
2. Tongue spatel

Prognosis

- Ad vitam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan : dubia ad bonam
- Ad functionam, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya : dubia ad bonam
- Ad sanationam, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa : dubia ad bonam

Referensi

1. Buku Ajar Ilmu THT FK UI
2. BOIES
3. Bailey 4th ed