LAPORAN KASUS INTERNSIP

OTITIS EKSTERNA DIFUSA AURIS DEXTRA

Oleh:

dr. Anggita Rahmanisa Santosa

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)

PERIODE AGUSTUS 2025 – AGUSTUS 2026

PUSKESMAS AMBAL II

KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

OTITIS EKSTERNA DIFUSA AURIS DEXTRA

Disusun oleh:

dr. Anggita Rahmanisa Santosa

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia

Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Agustus 2026

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP

OTITIS EKSTERNA DIFUSA AURIS DEXTRA

Disusun oleh:

dr. Anggita Rahmanisa Santosa

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia

Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Agustus 2026

Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, M.M

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan kasus yang berjudul "Otitis Eksterna Difusa Auris Dextra" ini dapat diselesaikan dengan baik. Laporan ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan syarat penyelesaian tugas dalam Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Laporan ini bertujuan untuk memberikan gambaran komprehensif kasus yang telah ditangani, termasuk diagnosis dan tatalaksana, serta membahas tinjauan literatur terkait sebagai upaya mendalami keilmuan dan meningkatkan kualitas pelayanan medis.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis menyadari bahwa tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Tyas Ratna Pangestika, dokter umum Puskesmas Ambal II sekaligus dokter pembimbing internsip, atas arahan, bimbingan, dan masukannya selama proses penyusunan laporan ini.
2. Teman-teman internsip Puskesmas Ambal II, atas diskusi dan masukannya selama penyusunan laporan ini.
3. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II, atas bantuannya selama proses internsip berlangsung

Penulis menyadari laporan kasus tidak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis terbuka untuk kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang. Dengan demikian, semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta membantu pelayanan pasien di Puskesmas Ambal II.

Ambal, 7 Agustus 2026

dr. Anggita Rahmanisa Santosa

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
BAB I 1
STATUS PASIEN 1
1.1 IDENTITAS PASIEN 1
1.2 ANAMNESIS 1
1.2.1 Keluhan Utama 1
1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang 1
1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu 1
1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga 2
1.2.5 Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan 2
1.3 PEMERIKSAAN FISIK 2
1.3.1 Pemeriksaan Umum 2
1.3.2 Pemriksaan Sistematis 2
1.4 DIAGNOSIS KERJA 4
1.5 TATALAKSANA 4
1.5.1 Tatalaksana Non-Farmakologi 4
1.5.2 Tatalaksana Farmakologi 4
1.6 PROGNOSIS 4
BAB II 5
TINJAUAN PUSTAKA 5
2.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi 5
2.2 Patogenesis dan Patofisiologi 6
2.3 Diagnosis 6
2.4 Diagnosis Banding 7
2.5 Tatalaksana 7
2.6 Komplikasi 8
2.7 Prognosis 8
BAB III 10
PEMBAHASAN 10

BAB IV 13
KESIMPULAN 13
DAFTAR PUSTAKA 14

BAB I

STATUS PASIEN

1.1 IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny.S
Jenis kelamin	: Perempuan
TTL/Usia	: 8 September 1995 / 31 tahun
Alamat	: Pagedangan
Poli	: Poli Umum Puskesmas Ambal II
Tanggal Pemeriksaan	: 2 April 2026

1.2 ANAMNESIS

1.2.1 Keluhan Utama

Nyeri telinga sejak 4 hari yang lalu.

1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke poli umum Puskesmas Ambal II pada tanggal 2 April 2026 dengan keluhan nyeri telinga kanan yang sudah dirasakan sejak 4 hari sebelum datang ke Puskesmas. Nyeri telinga yang dirasakan pasien terasa pegal dan seperti berdenyut dengan skala sakit 5/10 serta tidak menjalar. Nyeri terasa semakin berat ketika membuka mulut terlalu besar dan membaik jika meminum obat anti nyeri. Pasien juga terkadang merasa keluar cairan telinga dari telinga kanannya. Pasien mengaku tidak ada penurunan pendengaran pada telinga kanan. Pasien mengaku sering membersihkan telinganya dengan cotton bud dan merupakan pengguna *earphone* dalam kesehariannya. Pasien bukan seseorang yang sering berenang dalam kesehariannya.

1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit kuning, asma, penyakit autoimun, penyakit imunodefisiensi, alergi obat atau makanan disangkal.

1.2.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Saat ini keluarga pasien tidak mengalami keluhan serupa. Ayah pasien menderita hipertensi.

1.2.5 Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan sudah berkeluarga. Pasien tidak ada kebiasaan merokok dan minum alkohol.

1.3 PEMERIKSAAN FISIK

1.3.1 Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Tampak sakit ringan
Kesadaran	: Compos mentis
Tekanan Darah	: 122/91 mmHg
Nadi	: 97 kali/menit
Pernapasan	: 20 x/menit
Suhu	: **36,7 Celcius**
Tinggi Badan	: 152 cm
Berat Badan	: 53 kg

1.3.2 Pemriksaan Sistematis

a. Pemeriksaan Kepala

- Mata : konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)
- Leher :pembesaran tiroid (-), Pembesaran KGB (-)

b. Pemeriksaan Thoraks Paru

- Inspeksi : bentuk dada simetris, gerak napas tertinggal (-)
- Palpasi : fremitus diseluruh lapang dada (+/+)
- Perkusi : sonor diseluruh lapang paru (+/+)
- Auskultasi : suara dasar vesikuler (+/+), rh (-/-), wh (-/-)

c. Pemeriksaan Thoraks Jantung

- Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
- Palpasi : iktus kordis tidak teraba
- Perkusi : batas jantung dalam batas normal
- Auskultasi : BJ I-II reguler, murmur (-), gallop (-)

d. Pemeriksaan Abdomen

- Inspeksi : distensi (-), simetris (+), benjolan (-), striae (-)
- Palpasi : supel (+), hepatomegali (-), splenomegaly (-)
- Perkusi : timpani (+), ascites (-)
- Auskultasi : peristaltik (+) normal

e. Pemeriksaan Ekstremitas

- Ekstremitas atas : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)
- Ekstremitas bawah : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)

f. Pemeriksaan Telinga

- Daun telinga : Normotia, tidak ada deformitas, **hiperemis**, tidak ada edema. **Nyeri tarik aurikula (+). Nyeri tekan tragus (+)**.
- Retroaurikuler : Tidak ada edema, tidak hiperemis, tidak ada nyeri tekan mastoid, tidak ada fistula.
- Liang telinga : Liang telinga lapang, **hiperemis (+)**, **edem (+) minimal, terdapat serumen dan sekret kekuningan**
- Membran timpani : Membran timpani sulit dinilai.



Gambar klinis telinga (kanan) pasien

g. Pemeriksaan Hidung

- Hidung luar : Bentuk normal; tidak terlihat adanya deformitas. Tidak ada nyeri tekan
- Vestibulum : Lapang; tidak ditemukan deformitas, tidak ada massa, tidak hiperemis, tidak ada edema
- Rongga Hidung : Lapang; tidak tampak adanya sekret,

septum tidak deviasi

- Konka : Eutrofi
- Meatus : Edem(-), Sekret (-)
- Sinus : Tidak ada nyeri tekan sinus maksilaris, frontalis, dan ethmoidalis

h. Pemeriksaan Tenggorokan

- Lidah : Simetris, tidak atrofi, tidak hiperemis, tidak tampak adanya massa, tidak ada deviasi lidah pada posisi statis dan dinamis.
- Gigi : Higienitas cukup baik, tidak terdapat karies dentis
- Arkus Faring : Simetris, tidak hiperemis dan tidak ada massa
- Uvula : Letak di tengah
- Faring : Tidak hiperemis**,** tidak ada post nasal drip
- Tonsil : T1-T1, kripta tidak melebar, tidak hiperemis, tidak tampak detritus, dan tidak tambak massa

1.4 DIAGNOSIS KERJA

Otitis Eksterna Difusa Auris Dextra

1.5 TATALAKSANA

1.5.1 Tatalaksana Non-Farmakologi

- Edukasi gejala klinis yang dialami merupakan kumpulan gejala dari penyakit yang dialami
- Edukasi penyebab adalah bakteri dan pengobatannya akan diberikan antibiotik yang perlu diteteskan di telinga terkait

1.5.2 Tatalaksana Farmakologi

Chloramphenicol 5% tetes telinga 3 x 3 tetes selama 7 hari dan Paracetamol 500mg 3x1 jika nyeri

1.6 PROGNOSIS

1.6.1 Ad Vitam : bonam

1.6.2 Ad Sanationam: dubia ad bonam

1.6.3 Ad Functionam: dubia ad bonam

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi

Otitis eksterna merupakan peradangan pada saluran pendengaran eksternal yang dapat disebabkan oleh faktor infeksi maupun non-infeksi. Peradangan dapat terbatas pada liang telinga luar atau meluas hingga mengenai pinna dan tragus. Berdasarkan durasinya, otitis eksterna diklasifikasikan menjadi akut apabila berlangsung kurang dari enam minggu dan kronis apabila menetap lebih dari tiga bulan. Kondisi ini sering disebut swimmer's ear karena insidensinya meningkat pada individu yang sering terpapar air, terutama di daerah beriklim tropis atau selama musim panas. Retensi air di liang telinga merupakan salah satu faktor predisposisi penting. Infeksi bakteri merupakan penyebab tersering otitis eksterna akut, sementara faktor lain yang dapat berperan meliputi penyakit kulit seperti eksim, dermatitis alergi, dan psoriasis (Blasini & Sharman, 2023). Berdasarkan gambaran klinis dan perjalanan penyakitnya, otitis eksterna dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk, yaitu otitis eksterna difusa akut, otitis eksterna sirkumskripta (furunkulosis liang telinga), otitis eksterna kronis, dan otitis eksterna maligna atau nekrotikan. Dalam menegakkan diagnosis, perlu dilakukan diagnosis banding dengan beberapa kondisi lain yang dapat menimbulkan gejala serupa, antara lain perikondritis, erisipelas, otomikosis, herpes zoster otikus, otitis eksterna bulosa hemoragika, otitis media dengan perforasi membran timpani, serta kelainan pada liang telinga luar seperti eksem, kolesteatoma, dan karsinoma (Wiegand, et al, 2019).

Otitis eksterna merupakan salah satu penyakit telinga yang cukup sering dijumpai dan dapat terjadi pada hampir semua kelompok usia. Namun, kondisi ini jarang ditemukan pada anak berusia di bawah 2 tahun. Meskipun angka insidensinya secara pasti belum diketahui, kejadian otitis eksterna dilaporkan paling sering terjadi pada kelompok usia 7–14 tahun. Diperkirakan sekitar 10% populasi akan mengalami otitis eksterna setidaknya satu kali selama hidupnya, dengan sekitar 95% kasus berupa otitis eksterna akut. Penyakit ini tidak menunjukkan perbedaan kejadian yang bermakna antara laki-laki dan perempuan. Sebagian besar kasus ditemukan pada musim panas dan di wilayah

beriklim tropis, yang diduga berkaitan dengan tingginya tingkat kelembapan lingkungan sehingga meningkatkan risiko terjadinya otitis eksterna (Blasini & Sharman, 2023).

2.2 Patogenesis dan Patofisiologi

Kulit liang telinga luar mengandung folikel rambut dan kelenjar seruminosa yang menghasilkan serumen. Serumen memiliki fungsi protektif dengan membentuk sawar fisik serta mempertahankan suasana asam pada liang telinga, yang berperan dalam menghambat kolonisasi bakteri dan jamur. Patogenesis otitis eksterna diyakini melibatkan gangguan terhadap pH normal serta mekanisme pertahanan lokal liang telinga. Kerusakan epitel menyebabkan hilangnya lapisan serumen pelindung, yang kemudian diikuti oleh retensi kelembapan. Kondisi tersebut meningkatkan pH liang telinga dan memfasilitasi pertumbuhan mikroorganisme sehingga memicu terjadinya proses inflamasi dan infeksi(Blasini & Sharman, 2023).

Pada otitis eksterna, dapat terjadi berbagai perubahan patologis pada liang telinga, seperti hiperkeratosis epidermis, pembentukan jaringan granulasi kronis, edema, dan fibrosis pada dermis. Perubahan-perubahan tersebut menyebabkan penyempitan liang telinga. Dalam kondisi normal, liang telinga memiliki mekanisme pembersihan alami melalui migrasi sel epitel yang berfungsi mengeluarkan serumen, debris seluler, dan mikroorganisme dari liang telinga. Apabila proses ini terganggu akibat peradangan atau stenosis liang telinga, maka kemampuan pembersihan alami akan menurun sehingga meningkatkan risiko terjadinya serta mempertahankan proses otitis eksterna(Wiegand, et al, 2019). Adanya peradangan dan edem di dalam liang telinga menyebabkan timbulnya rasa sakit pada liang telinga pasien. Beberapa pasien dapat merasakan pendengaran sedikit menurun pada telinga yang sakit atau telinga terasa seperti tertutup, hal tersebut mungkin terjadi karena adanya penyempitan liang telinga. Keterlibatan bakteri menyebabkan adanya aktivasi sistem tubuh untuk melawan bakteri tersebut dengan mengeluarkan cairan telinga lebih banyak yang berisi zat-zat antimikroba sehingga muncul sekret pada telinga yang sakit.

Sebagian besar kasus otitis eksterna akut (Acute Otitis Externa/AOE) disebabkan oleh infeksi. Mikroorganisme yang paling sering diisolasi sebagai

penyebab penyakit ini adalah Pseudomonas aeruginosa dan Staphylococcus aureus. Pada sejumlah kasus, infeksi dapat bersifat polimikroba, yaitu melibatkan lebih dari satu jenis mikroorganisme. Bakteri Gram negatif lainnya ditemukan lebih jarang sebagai penyebab. Selain itu, meskipun relatif jarang, infeksi jamur juga dapat menyebabkan otitis eksterna, terutama yang disebabkan oleh spesies Aspergillus dan Candida. Pemeriksaan kultur melalui pengambilan swab dari liang telinga luar perlu diinterpretasikan secara hati-hati karena hasil yang diperoleh dapat mencerminkan flora normal atau mikroorganisme yang hanya berkolonisasi tanpa menyebabkan infeksi. Oleh karena itu, pengambilan swab dan pemeriksaan kultur umumnya dianjurkan pada kasus yang berat, berulang, atau tidak menunjukkan perbaikan setelah terapi standar (Hui, et al, 2013).

2.3 Diagnosis

Diagnosis otitis eksterna umumnya bersifat klinis dan dilakukan melalui anamnesis serta pemeriksaan fisik. Gejala yang sering ditemukan meliputi nyeri pada liang telinga luar (external auditory canal/EAC) yang biasanya terjadi pada satu sisi, rasa gatal, sensasi penuh atau tersumbat pada telinga, nyeri rahang, serta penurunan pendengaran. Pada pemeriksaan fisik umumnya ditemukan nyeri tekan pada telinga luar, edema dan eritema pada liang telinga, serta berkurangnya jumlah serumen. Selain itu, dapat ditemukan otore (keluar cairan dari telinga), limfadenitis regional, eritema membran timpani, maupun selulitis yang melibatkan daun telinga dan kulit di sekitarnya. Pada kasus otitis eksterna akut yang berat, pasien biasanya mengalami nyeri yang sangat hebat disertai obstruksi liang telinga akibat edema atau sekret, keluarnya cairan purulen, pembesaran kelenjar getah bening, dan edema pada jaringan sekitar telinga (periauricular edema) (Ellis, et al, 2024). Pasien dengan otitis eksterna akut (Acute Otitis Externa/AOE) umumnya datang dengan keluhan utama berupa nyeri telinga (otalgia), yang ditemukan pada sekitar 70% kasus. Keluhan lain yang sering menyertai adalah rasa gatal pada telinga (60%), sensasi penuh atau tersumbat (22%), penurunan pendengaran (32%), serta nyeri pada liang telinga yang bertambah saat mengunyah. Sebagian pasien juga mengalami keluarnya cairan dari liang telinga (otore). Salah satu tanda klinis yang membedakan otitis

eksterna akut dari otitis media akut dengan otore adalah adanya nyeri tekan pada tragus saat ditekan dan nyeri pada daun telinga saat ditarik. Tanda tersebut sering kali tampak lebih berat dibandingkan derajat inflamasi yang terlihat pada pemeriksaan. Pada pemeriksaan otoskopi langsung biasanya ditemukan edema dan eritema pada liang telinga, yang dapat disertai selulitis pada jaringan sekitarnya. Pada beberapa kasus, inflamasi juga dapat meluas hingga menyebabkan selulitis atau kondritis pada daun telinga (pinna) (Hui, et al, 2013).

Pada pemeriksaan otoskopi umumnya ditemukan liang telinga yang hiperemis dan edema disertai adanya debris atau sekret berwarna kuning, putih, maupun abu-abu. Pada beberapa kasus, membran timpani tampak hiperemis atau sulit dievaluasi secara menyeluruh akibat pembengkakan liang telinga. Adanya otitis media yang menyertai perlu dicurigai apabila ditemukan air-fluid level atau efusi telinga tengah di belakang membran timpani (Blasini & Sharman, 2023).Pemeriksaan penunjang biasanya tidak diperlukan kecuali pada kasus berat, berkepanjangan, atau dicurigai keganasan.

.

2.4 Diagnosis Banding

Dalam mengevaluasi pasien dengan keluhan nyeri telinga (otalgia) dan/atau keluarnya cairan dari telinga (otore), klinisi perlu mempertimbangkan berbagai kemungkinan diagnosis banding. Pada populasi anak, salah satu kondisi yang penting untuk dipertimbangkan adalah otitis media akut dengan perforasi membran timpani, yang dapat menyebabkan keluarnya sekret dari telinga dan memberikan gambaran klinis yang menyerupai otitis eksterna. Dalam beberapa kasus, membedakan otitis eksterna dengan otitis media yang disertai perforasi dapat menjadi sulit. Oleh karena itu, apabila diagnosis belum dapat dipastikan, penatalaksanaan terhadap kedua kondisi tersebut dapat dipertimbangkan. (Blasini & Sharman, 2023).

Diagnosis banding otitis eksterna meliputi otitis media akut, mastoiditis, furunkulosis liang telinga, kolesteatoma, herpes zoster otikus (Sindrom Ramsay Hunt), otomikosis, dermatitis kontak pada liang telinga, psoriasis, sindrom sendi temporomandibular (TMJ syndrome), benda asing pada liang telinga, serta karsinoma liang telinga. Otitis media akut biasanya disertai dengan riwayat infeksi saluran napas atas sebelumnya dan terdapat keluhan penurunan

pendengaran pada telinga yang sakit. Furunkulosis liang telinga ditandai dengan ditemukan benjolan terlokalisasi pada liang telinga. Otomikosis memiliki gambaran khas berupa debris jamur berwarna hitam atau putih menyerupai kapas di liang telinga. Berbagai kondisi tersebut dapat memberikan manifestasi klinis yang menyerupai otitis eksterna, seperti nyeri telinga, otore, rasa gatal, gangguan pendengaran, maupun tanda-tanda inflamasi pada liang telinga, sehingga diperlukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat untuk menegakkan diagnosis yang tepat (Ellis, et al, 2024).

Otitis eksterna terdiri dari dua jenis yaitu otitis eksterna sirkumskripta dan otitis eksterna difusa, keduanya merupakan diagnosis banding satu sama lain. Otitis eksterna sirkumskripta dan otitis eksterna difusa merupakan dua bentuk otitis eksterna akut yang memiliki perbedaan pada lokasi, luas peradangan, etiologi, dan gambaran klinis. Otitis eksterna sirkumskripta merupakan infeksi lokal yang terbatas pada satu folikel rambut di bagian kartilaginosa liang telinga luar sehingga membentuk furunkel atau abses kecil. Penyebab tersering adalah Staphylococcus aureus. Secara klinis, pasien biasanya mengeluhkan nyeri telinga yang terlokalisasi dan sering kali sangat hebat, terutama ketika furunkel membesar. Pada pemeriksaan otoskopi tampak benjolan kemerahan yang terlokalisasi pada dinding liang telinga. Sebaliknya, otitis eksterna difusa merupakan peradangan yang melibatkan hampir seluruh kulit liang telinga luar secara menyeluruh, umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri seperti Pseudomonas aeruginosa dan Staphylococcus aureus. Pemeriksaan fisik menunjukkan edema dan eritema yang menyebar pada liang telinga, sering disertai debris, sekret, rasa penuh pada telinga, gatal, dan gangguan pendengaran konduktif akibat penyempitan liang telinga (Wiegand, et al, 2019).

2.5 Tatalaksana

Sebagian besar pasien dengan otitis eksterna dapat ditatalaksana secara rawat jalan. Penatalaksanaan utama pada otitis eksterna tanpa komplikasi adalah pemberian antibiotik topikal dan pengendalian nyeri. Nyeri pada otitis eksterna dapat bersifat cukup berat sehingga memerlukan terapi analgetik yang adekuat. Pada nyeri ringan hingga sedang, parasetamol atau obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) umumnya sudah memadai. Sementara itu, pada nyeri yang berat dapat

dipertimbangkan penggunaan opioid oral dalam jumlah terbatas karena gejala biasanya mulai membaik dalam waktu 48 jam setelah terapi antibiotik topikal diberikan. Apabila nyeri tidak menunjukkan perbaikan dalam 48–72 jam, pasien perlu dievaluasi kembali untuk menilai kemungkinan komplikasi atau diagnosis lain (Hui, et al, 2013).

Antibiotik tetes telinga merupakan terapi yang aman dan efektif untuk sebagian besar kasus otitis eksterna. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa antibiotik topikal memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan plasebo, dengan tingkat kesembuhan klinis mencapai sekitar 65–90% dalam waktu 7–10 hari. Beberapa sediaan yang mengandung kombinasi antibiotik dan kortikosteroid juga dilaporkan dapat mengurangi inflamasi, menurunkan produksi sekret, serta mempercepat perbaikan gejala. Antibiotik topikal yang umum digunakan meliputi kombinasi polimiksin B, neomisin, dan hidrokortison sebanyak 3–4 tetes pada telinga yang sakit sebanyak empat kali sehari, ofloksasin 5 tetes dua kali sehari, atau kombinasi siprofloksasin dan hidrokortison sebanyak 3 tetes dua kali sehari (Hui, et al, 2013).

Pada pasien dengan edema liang telinga yang berat, dapat dipasang ear wick (sumbu telinga) untuk membantu penghantaran obat ke area yang terinfeksi sekaligus mengurangi pembengkakan liang telinga. Ear wick dibasahi dengan antibiotik tetes telinga sebelum dimasukkan ke liang telinga dan biasanya akan lepas dengan sendirinya dalam beberapa hari. Jika tidak terlepas spontan, alat tersebut dapat dilepas oleh tenaga kesehatan setelah sekitar 2–3 hari. Apabila dicurigai terdapat perforasi membran timpani, penggunaan preparat yang mengandung neomisin, polimiksin B, alkohol, maupun antibiotik golongan aminoglikosida harus dihindari karena berpotensi menyebabkan ototoksisitas. Pada kondisi tersebut, antibiotik golongan fluorokuinolon seperti siprofloksasin atau ofloksasin lebih direkomendasikan karena tidak bersifat ototoksik dan aman digunakan pada telinga tengah (Hui, et al, 2013).

Pembersihan liang telinga (aural toilet) juga dapat dipertimbangkan untuk menghilangkan sekret dan debris yang menghambat penetrasi obat. Tindakan ini dapat dilakukan dengan irigasi ringan atau pengisapan sekret, namun hanya apabila tidak terdapat perforasi membran timpani. Pada pasien diabetes melitus,

tindakan irigasi harus dilakukan dengan hati-hati karena berpotensi meningkatkan risiko terjadinya otitis eksterna maligna (Hui, et al, 2013).

Antibiotik oral tidak direkomendasikan secara rutin karena belum terbukti memberikan manfaat tambahan pada sebagian besar kasus otitis eksterna dan penggunaannya yang tidak tepat dapat meningkatkan resistensi bakteri. Antibiotik sistemik hanya diberikan pada kondisi tertentu, seperti pasien dengan diabetes melitus, HIV/AIDS atau keadaan imunokompromais lainnya, kecurigaan otitis eksterna maligna, maupun apabila terdapat otitis media akut yang menyertai. Penggunaan antijamur topikal bukan merupakan terapi lini pertama pada otitis eksterna. Obat antijamur hanya diberikan apabila terdapat kecurigaan infeksi jamur berdasarkan hasil pemeriksaan otoskopi atau kultur mikrobiologi (Hui, et al, 2013).

2.6 Komplikasi

Otitis eksterna akut dapat menimbulkan gangguan terhadap aktivitas sehari-hari pada sekitar seperempat pasien yang mengalaminya. Apabila tidak ditangani dengan baik, penyakit ini dapat berkembang menjadi otitis eksterna kronis yang berpotensi menyebabkan stenosis liang telinga dan gangguan pendengaran. Komplikasi yang paling sering dijumpai adalah selulitis periaurikular dan otitis eksterna maligna (nekrotikan). Selain itu, beberapa komplikasi lain yang dapat terjadi meliputi miringitis, perikondritis, selulitis wajah, serta osteomielitis tulang temporal (Blasini & Sharman, 2023).

Otitis eksterna maligna atau necrotizing otitis externa (NOE) merupakan komplikasi yang paling serius dan berpotensi mengancam jiwa. Kondisi ini terutama terjadi pada pasien usia lanjut dengan diabetes melitus serta individu yang mengalami gangguan sistem imun. Pada keadaan ini, infeksi tidak lagi terbatas pada liang telinga luar, tetapi meluas ke tulang temporal dan jaringan di sekitarnya. Sekitar 90% kasus disebabkan oleh Pseudomonas aeruginosa (Blasini & Sharman, 2023).

Diagnosis dini sangat penting karena otitis eksterna maligna memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Kondisi ini harus dicurigai pada pasien diabetes atau imunokompromais yang mengalami otitis eksterna disertai demam dan tidak menunjukkan perbaikan setelah terapi standar.

Penatalaksanaan utama berupa pemberian antibiotik yang memiliki aktivitas terhadap Pseudomonas aeruginosa. Penyebaran infeksi pada otitis eksterna maligna dapat menyebabkan osteomielitis tulang temporal dan kelumpuhan saraf kranial. Saraf yang paling sering terkena adalah nervus fasialis (N. VII) sehingga dapat menimbulkan paralisis wajah perifer. Pada kasus yang lebih lanjut, infeksi juga dapat menyebabkan komplikasi intrakranial yang berat, seperti meningitis, trombosis sinus dura, dan abses intrakranial(Blasini & Sharman, 2023).

2.7 Prognosis

Prognosis otitis eksterna akut umumnya baik, terutama apabila mendapatkan terapi yang adekuat. Pada pasien yang diobati dengan kombinasi antibiotik dan kortikosteroid topikal, gejala biasanya membaik secara bertahap dan dapat bertahan hingga sekitar enam hari sejak pengobatan dimulai sebelum terjadi resolusi klinis yang optimal. Pada beberapa kasus, otitis eksterna akut dapat mengalami perbaikan spontan tanpa terapi khusus. Meskipun demikian, episode akut dapat berulang, walaupun angka kekambuhannya belum diketahui secara pasti (Blasini & Sharman, 2023).

Peradangan yang berlangsung terus-menerus atau berulang dapat menyebabkan perubahan struktural pada liang telinga, seperti stenosis liang telinga dan gangguan pendengaran. Komplikasi tersebut terutama berkaitan dengan proses inflamasi kronis, namun pada beberapa kasus dapat mulai berkembang bahkan setelah satu episode otitis eksterna akut yang berat (Blasini & Sharman, 2023).

BAB III

PEMBAHASAN

Pada pasien dalam kasus ini yang datang ke Poli Umum Puskesmas Ambal II dengan keluhan utama nyeri telinga kanan sejak empat hari sebelum pemeriksaan. Nyeri dirasakan pegal dan berdenyut dengan intensitas sedang, memberat saat membuka mulut terlalu lebar, serta disertai keluarnya cairan dari telinga kanan. Berdasarkan definisi otitis eksterna pada tinjauan pustaka, kondisi ini sesuai dengan peradangan pada liang telinga luar yang ditandai oleh otalgia, otore, dan tanda inflamasi pada saluran pendengaran eksternal. Oleh karena itu, diagnosis kerja otitis eksterna difusa auris dextra pada pasien ini dapat ditegakkan secara klinis dan sesuai dengan konsep teoretis yang telah dibahas.

Ditinjau dari aspek epidemiologi, otitis eksterna merupakan penyakit yang cukup sering ditemukan pada praktik pelayanan kesehatan primer dan dapat terjadi pada hampir semua kelompok usia. Pada kasus ini terdapat beberapa faktor risiko yang mendukung terjadinya otitis eksterna, yaitu kebiasaan membersihkan telinga menggunakan *cotton bud* serta penggunaan earphone dalam aktivitas sehari-hari. Kebiasaan tersebut dapat menyebabkan trauma mikro pada epitel liang telinga dan mengganggu lapisan serumen yang berfungsi sebagai pertahanan alami telinga. Kondisi ini sejalan dengan tinjauan pustaka yang menyebutkan bahwa kerusakan sawar pelindung liang telinga merupakan salah satu faktor predisposisi utama terjadinya otitis eksterna. Dalam kasus ini, pasien memiliki faktor risiko tersebut, yaitu kebiasaan rutin membersihkan telinga dengan *cotton bud.*

Berdasarkan klasifikasi klinis, pasien termasuk dalam kelompok otitis eksterna difusa akut karena keluhan berlangsung kurang dari enam minggu dan peradangan melibatkan sebagian besar liang telinga luar. Hal ini didukung oleh hasil pemeriksaan fisik yang menunjukkan hiperemis dan edema pada liang telinga disertai adanya sekret kekuningan. Dari sisi keparahan, kondisi pasien tergolong ringan hingga sedang karena keadaan umum masih baik, tanda vital stabil, dan tidak ditemukan tanda penyebaran infeksi ke jaringan sekitar maupun komplikasi sistemik.

Patogenesis otitis eksterna pada pasien ini bermula dari gangguan mekanisme pertahanan lokal liang telinga akibat penggunaan *cotton bud* yang berulang. Trauma

pada epitel liang telinga menyebabkan berkurangnya lapisan serumen yang berfungsi menjaga kelembapan dan pH asam liang telinga. Hilangnya perlindungan tersebut mempermudah kolonisasi bakteri, terutama bakteri yang sering menjadi penyebab otitis eksterna akut seperti Pseudomonas aeruginosa dan Staphylococcus aureus. Proses infeksi kemudian memicu respons inflamasi lokal yang menyebabkan edema, eritema, serta peningkatan produksi sekret pada liang telinga.

Secara patofisiologis, keluhan nyeri telinga yang dialami pasien dapat dijelaskan oleh proses inflamasi yang menyebabkan edema dan iritasi jaringan pada liang telinga luar. Nyeri yang bertambah saat membuka mulut lebar berkaitan dengan pergerakan sendi temporomandibular yang memberikan tekanan pada dinding liang telinga yang sedang mengalami inflamasi. Adanya sekret kekuningan yang keluar dari telinga merupakan manifestasi respons tubuh terhadap infeksi melalui peningkatan produksi cairan yang mengandung berbagai komponen pertahanan antimikroba. Pada anamnesis, pasien menyebutkan nyeri semakin terasa saat membuka mulut dan pada pemeriksaan fisik juga ditemukan nyeri tarik aurikula dan nyeri tekan tragus yang merupakan tanda khas otitis eksterna akut.

Penegakan diagnosis pada pasien ini dilakukan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang tambahan. Diagnosis didasarkan pada adanya keluhan otalgia, otore, nyeri tragus, nyeri tarik aurikula, serta temuan liang telinga yang hiperemis dan edema dengan sekret kekuningan. Pendekatan ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang menyatakan bahwa sebagian besar kasus otitis eksterna dapat ditegakkan secara klinis tanpa pemeriksaan laboratorium maupun radiologis. Tidak ditemukan tanda infeksi berat, gangguan neurologis, maupun faktor risiko imunokompromais yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Pada proses evaluasi, beberapa diagnosis banding turut dipertimbangkan, antara lain otitis media akut dengan perforasi membran timpani, furunkulosis liang telinga, otomikosis, dan dermatitis liang telinga. Namun, diagnosis otitis media akut menjadi kurang mendukung karena tidak ditemukan riwayat infeksi saluran napas atas sebelumnya maupun penurunan pendengaran yang bermakna. Furunkulosis liang telinga juga kurang sesuai karena tidak ditemukan benjolan terlokalisasi pada liang telinga. Otomikosis tidak didukung oleh tidak adanya gambaran khas berupa debris

jamur berwarna hitam atau putih menyerupai kapas. Dengan demikian, diagnosis otitis eksterna difusa auris dextra tetap menjadi diagnosis yang paling sesuai.

Tatalaksana pada pasien ini meliputi terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis yang disarankan sesuai tinjauan pustaka adalah polimiksin B, neomisin, dan hidrokortison sebanyak 3–4 tetes pada telinga yang sakit sebanyak empat kali sehari, atau ofloksasin 5 tetes dua kali sehari, atau kombinasi siprofloksasin dan hidrokortison sebanyak 3 tetes dua kali sehari, namun di Puskesmas hanya tersedia tetes telinga chloramphenicol 5%. Pasien diberikan chloramphenicol tetes telinga 5% sebanyak tiga kali tiga tetes selama tujuh hari sebagai terapi antibiotik topikal dan paracetamol 500 mg tiga kali sehari bila nyeri sebagai analgetik. Terapi nonfarmakologis berupa edukasi mengenai penyakit yang dialami pasien, penyebab infeksi, serta pentingnya kepatuhan dalam penggunaan obat tetes telinga. Selain terapi kuratif, pasien juga diberikan edukasi preventif untuk menghindari penggunaan *cotton bud* secara berlebihan, menjaga kebersihan telinga dengan cara yang benar, serta membatasi penggunaan *earphone* apabila menimbulkan iritasi pada liang telinga. Pendekatan ini sesuai dengan tinjauan pustaka yang menekankan pentingnya menghilangkan faktor predisposisi untuk mencegah kekambuhan.

Prognosis pada pasien ini dinilai baik. Prognosis ad vitam adalah bonam karena tidak ditemukan kondisi yang mengancam jiwa. Prognosis ad sanationam dan ad functionam dinilai dubia ad bonam mengingat sebagian besar kasus otitis eksterna akut menunjukkan perbaikan yang baik dengan terapi topikal yang adekuat. Pasien juga tidak memiliki faktor risiko seperti diabetes melitus atau kondisi imunokompromais yang dapat meningkatkan risiko komplikasi. Dengan kepatuhan terhadap pengobatan dan menghindari faktor predisposisi, diharapkan pasien dapat sembuh tanpa gangguan fungsi pendengaran maupun komplikasi jangka panjang.

BAB IV

KESIMPULAN

Otitis eksterna merupakan peradangan pada liang telinga luar yang dapat disebabkan oleh faktor infeksi maupun non-infeksi dan merupakan salah satu penyakit telinga yang cukup sering dijumpai di pelayanan kesehatan primer. Berdasarkan tinjauan pustaka, sebagian besar kasus otitis eksterna akut disebabkan oleh infeksi bakteri, terutama Pseudomonas aeruginosa dan Staphylococcus aureus. Terjadinya otitis eksterna umumnya diawali oleh gangguan mekanisme pertahanan alami liang telinga, seperti hilangnya lapisan serumen pelindung, trauma pada epitel liang telinga, atau peningkatan kelembapan yang mempermudah pertumbuhan mikroorganisme. Kondisi tersebut memicu proses inflamasi yang menyebabkan edema, hiperemis, nyeri telinga, rasa penuh pada telinga, hingga keluarnya sekret dari liang telinga. Diagnosis otitis eksterna umumnya ditegakkan secara klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, terutama dengan ditemukannya nyeri tekan tragus, nyeri saat aurikula ditarik, serta tanda-tanda inflamasi pada liang telinga. Penatalaksanaan berfokus pada pemberian antibiotik topikal, pengendalian nyeri, edukasi pasien, serta menghindari faktor predisposisi yang dapat menyebabkan kekambuhan. Prognosis otitis eksterna akut umumnya baik apabila mendapatkan terapi yang adekuat dan tidak disertai komplikasi.

Pada makalah yang dilaporkan, pasien Ny. S usia 31 tahun datang ke Poli Umum Puskesmas Ambal II dengan keluhan nyeri telinga kanan sejak empat hari yang lalu yang disertai keluarnya cairan dari telinga kanan. Pasien memiliki faktor risiko berupa kebiasaan membersihkan telinga menggunakan cotton bud dan penggunaan *earphone* dalam aktivitas sehari-hari. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik menunjukkan adanya nyeri tarik aurikula, nyeri tekan tragus, hiperemis dan edema pada liang telinga, serta sekret kekuningan yang sesuai dengan gambaran klinis otitis eksterna difusa akut. Diagnosis ditegakkan secara klinis tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang tambahan. Penatalaksanaan berupa edukasi, pemberian antibiotik tetes telinga, dan paracetamol sebagai analgetik telah sesuai dengan prinsip penatalaksanaan otitis eksterna pada pelayanan kesehatan primer. Tidak ditemukan penyakit penyerta, faktor imunokompromais, maupun tanda komplikasi sehingga prognosis pasien dinilai baik dan sesuai dengan teori yang telah

dijelaskan pada tinjauan pustaka yang relevan secara ilmiah.

DAFTAR PUS TAKA

Blasini, Y.M., Thariq S. 2023. Otitis Externa. National Center of Biotechnology Information. Vol.1(1):234.

Ellis, J, Allison D.L.L, Emily R., Matthew T.W.S., Michael M. B., Jason A.B. 2024. Approach to Otitis Externa. Official Publication of The College of Family Physicians of Canada. Vol.70(10):617-623.

Hui, C., Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. 2013. Acute Otitis Externa. Paediatr Child Health. Vol.18(2):96-98.

Wiegand, S., Reinhard B., Antonius S., Ellen S., Andreas D. 2019. Otitis Externa. Deutsches Arzteblatt International. Vol.116(13):224-234.