

Lampiran 1. *Informed Consent*

LEMBAR INFORMED CONSENT

Assalamualaikum Wr. Wb

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No Telp :

Menyatakan bersedia untuk menjadi sampel penelitian mengenai Hubungan Peningkatan Jumlah *Staphylococcus* sp. dan *Streptococcus* sp. pada Anak-Anak Rhinitis Alergi dengan Otitis Media Akut.

Demikian pernyataan ini saya buat, terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang,

Mengetahui

()

LEMBAR INFORMED CONSENT

Assalamualaikum Wr. Wb

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : GHAFISA HASNADIA A.

Umur : 18 Th

Alamat : Jl. PADI VII BLOK C NOMOR 209, BENOL

No Telp : 082136022393

Menyatakan bersedia untuk menjadi sampel penelitian mengenai

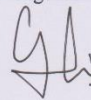
**Hubungan Jumlah Mikrobiota Nasal Pada Anak-Anak Rhinitis Alergi
dengan Otitis Media Akut.**

Demikian pernyataan ini saya buat, terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang,

Mengetahui



(GHAFISA HASNADIA A.)

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian Rhinitis Alergi

KUESIONER RHINITIS ALERGI

Karakteristik responden

Nama :
 Usia :
 Alamat sekarang :
 Kota/ Kabupaten asal :
 No hp :
 ID Line :

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda mengalami gangguan pada hidung ?		
2	Apakah anda pernah mengalami hidung berair saat anda tidak menderita flu?		
3	Apakah anda mengalami hidung beringsus lebih dari 1 jam saat tidak menderita pilek atau flu?		
4	Apakah anda pernah mengalami bersin-bersin yang terus menerus, saat anda tidak menderita flu?		
5	Apakah anda bersin-bersin lebih dari 5 kali dalam satu serangan?		
6	Apakah anda pernah mengalami hidung gatal saat anda tidak menderita flu?		
7	Apakah anda pernah mengalami hidung tersumbat saat anda menderita flu?		
8	Apakah masalah hidung ini juga disertai mata gatal?		
9	Apakah masalah hidung ini juga disertai dengan mata merah dan berair?		
10	Adakah gejala-gejala seperti yang disebutkan di atas hilang timbul?		
11	Apakah masalah pada hidung ini mempengaruhi aktivitas anda sehari-hari?		
12	Apakah ada diantara anggota keluarga anda yang mengalami gejala yang sama seperti anda?		
13	Apakah ada diantara anggota keluarga anda yang didiagnosa dengan riwayat stigma atopi (contoh : asma bronchial, rhinitis alergi, konjungtivitis alergik, dermatitis atopik) oleh dokter?		

Lampiran 3. Data Pemeriksaan Fisik

DATA PASIEN

A. Identitas pasien

Nama :
 Usia :
 Alamat sekarang :
 Kota/Kabupaten asal :
 No hp :
 ID Line :

B. Keadaan umum

BB :
 TB :
 BMI :
 Sedang mengonsumsi obat : Ya/Tidak
 Jika Ya, obat apa yang sedang dikonsumsi :

C. Pemeriksaan Fisik Hidung

1. Mukosa
 - () merah muda/normal
 - () hiperemis
 - () pucat
 - () negatif
2. Sekret
 - () negatif
 - () positif
3. Konka
 - () hipertofi
 - () Atrofi
4. Septum Deviasi
 - () Ya (Berat)
 - () Ya (Ringan)
 - () Tidak
5. Massa
 - () Ada massa
 - () Tidak ada massa

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian Mikrobiota Nasal

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK	KETERANGAN
1.	Apakah anda lahir dengan spontan?			
2.	Apakah pada waktu bayi “ASI exclusive”?			
3.	Apakah pada saat bayi diberi susu tambahan? Jika YA umur berapa?			
4.	Apakah pada saat bayi diberi makanan tambahan? Jika YA umur berapa?			
5.	Apakah pada waktu bayi/balita sering sakit dan diberi obat Antibiotik?			
6.	Kapan terakhir penggunaan Antibiotik? (2-6 bulan, 6-12 bulan, >12 bulan)			
7.	Apakah anda mengonsumsi Probiotik?			
8.	Apakah anda mengonsumsi Vitamin?			
9.	Apakah anda mempunyai hewan peliharaan di dalam rumah? Misal kucing/anjing dll.?			
10.	Berapa jumlah anggota keluarga di rumah?			
11.	Apakah daerah tempat tinggal dekat peternakan?			
12.	Apakah daerah tempat tinggal dekat pertanian ?			
13.	Apakah daerah tempat tinggal anda dikota?			
14.	Apakah orang tua anda mengidap alergi?			
15.	Apakah anda menderita alergi terhadap makanan? Jika YA sebutkan, misal : kacang – kacangan, ikan laut, kerang, telur, susu, dll.			
16.	Apakah anda memiliki alergi terhadap yang lain? Misal : a. Obat? b. Bulu hewan peliharaan?			
17.	Apakah anda memiliki penyakit alergi? Misal : a. Eksim (gatal – gatal di kulit) b. Asma (mengi)			
18.	Apakah anda perokok aktif?			
19.	Apakah anda perokok pasif?			
20.	Apakah ada anggota keluarga di rumah yang merokok?			

Lampiran 5. Kuesioner Penelitian Otitis Media Akut

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					
4.	Apakah telinga terasa penuh?					
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➤ Demam		
	➤ Diare		
	➤ Batuk pilek		

RAR (21)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR (19)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR (17)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR (13)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR¹²

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	1 - II - 18		✓		
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	1 - II - 18		✓		
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	1 - II - 18		✓		
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	1 - II - 18		✓		
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

RAR¹¹

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	4 - II - 18			✓	
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR¹⁰

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR⁹

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	3 / II / 18	✓			
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	3 / II / 18	✓			
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	3 / II / 18	✓			
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	3 / II / 18	✓			
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?	3 / II / 18	✓			

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	

OMA

RAR ⑧

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR ⑥

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR ①

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAR ④

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	29 - 10 - 18	✓			
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	29 - 10 - 18	✓			
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	29 - 10 - 18	✓			
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	29 - 10 - 18	✓			
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?	29 - 10 - 18	✓			

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

RAB₍₃₎

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	1/11/18		✓		
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	1/11/18		✓		
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?	-				✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	8/11/18		✓		
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	1/11/18		✓		
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	

UMA

RAB₍₂₎

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB₍₂₇₎

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB₍₂₁₎

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	✓

RAB (15)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB (14)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	20/10/18		✓		
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	20/10/18		✓		
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	20/10/18		✓		
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	20/10/18		✓		
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?	20/10/18		✓		

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	

OMA

RAB (13)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	✓

RAB (12)

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB ⑦

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	15 - 10 - 18		✓		
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	15 - 10 - 18		✓		
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	15 - 10 - 18		✓		
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	15 - 10 - 18		✓		
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

RAB ⑧

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB ⑤

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	19 - 10 - 18	✓			
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	19 - 10 - 18	✓			
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	19 - 10 - 18	✓			
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	19 - 10 - 18	✓			
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

RAB ④

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	19 - 10 - 18	✓			
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	15 - 10 - 18	✓			
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	12 - 10 - 18	✓			
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	12 - 10 - 18	✓			
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek	✓	

OMA

RAB³RAB³

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	20 - 02 - 18		✓		
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	20 - 02 - 18		✓		
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	20 - 10 - 18		✓		
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	20 - 10 - 18		✓		
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?					✓
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

RAB¹RAB²²

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?	10 - 10 - 18	✓			
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?	10 - 10 - 18	✓			
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	10 - 10 - 18	✓			
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?	10 - 10 - 18	✓			
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam	✓	
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

OMA

Kuesioner 2

No.	Pertanyaan	Sejak Kapan (DD/MM/YY)	YA			TIDAK
			Kanan	Kiri	Keduanya	
1.	Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?					✓
2.	Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?					✓
3.	Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?					✓
4.	Apakah telinga terasa penuh?	06 - 10 - 18			✓	
5.	Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?					✓
6.	Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?					✓

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK
7.	Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :		
	➢ Demam		✓
	➢ Diare		✓
	➢ Batuk pilek		✓

Lampiran 6. Hasil identifikasi Kuesioner Otitis Media Akut

No	Kode	Pertanyaan							Sejak Kapan (DD/MM/YY)	Interpretasi
		1	2	3	4	5	6	7		
1	RAB 1	D	D	-	D	D	-	G1	10/10/18	OMA
2	RAB 2	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
3	RAB 3	S	S	-	S	S	-	-	20/10/18	OMA
4	RAB 4	S	S	-	S	S	-	G1,G3	P1, P2 = 15/10/18 P4, P5 = 12/10/18	OMA
5	RAB 5	D	D	-	D	D	-	-	19/10/18	OMA
6	RAB 6	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
7	RAB 7	S	S	-	S	S	-	-	15/10/18	OMA
8	RAB 12	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
9	RAB 13	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
10	RAB 14	S	S	-	S	S	S	G1,G3	20/10/18	OMA
11	RAB 15	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
12	RAB 21	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
13	RAB 27	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
14	RAB 28	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
15	RAR 3	S	S	-	S	S	-	G1,G3	P1, P2, P5 = 1/11/18 P4 = 5/11/18	OMA
16	RAR 4	D	D	-	D	D	D	G1	29/10/18	OMA
17	RAR 5	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
18	RAR 6	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
19	RAR 8	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
20	RAR 9	D	D	-	D	D	D	G1,G3	3/11/18	OMA
21	RAR 10	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
22	RAR 11	-	-	-	DS	-	-	-	4/11/18	Tidak OMA
23	RAR 12	S	S	-	S	S	-	G1	1/11/18	OMA
24	RAR 13	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
25	RAR 14	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
26	RAR 18	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
27	RAR 21	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak OMA
28	RAR 22	-	-	-	DS	-	-	-	6/10/18	Tidak OMA

Keterangan

1. Pertanyaan (P)

1 : Apakah terdapat rasa sakit di telinga pada saat diam?

2 : Apakah terdapat rasa sakit saat menarik telinga?

3 : Apakah terdapat cairan yang keluar dari telinga?

4 : Apakah telinga terasa penuh?

5 : Apakah anda merasa ada penurunan pendengaran?

6 : Apakah anda merasa telinga berbunyi / berdenging?

7 : Apakah gejala diatas disertai dengan gejala :

Demam (G1), Diare (G2), Batuk pilek (G3)

2. Ya : Kanan (D), Kiri (S), Keduanya (DS)

3. Tidak = (-)

Lampiran 7. *Ethical Clearance*

KOMISI BIOETIKA PENELITIAN KEDOKTERAN/KESEHATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
 Sekretariat : Gedung C Lantai I Fakultas Kedokteran Unissula
 Jl. Raya Kaligawe Km 4 Semarang, Telp. 024-6583584, Fax 024-6594366

Ethical Clearance
No. 355/IX/2018/ Komisi Bioetik

Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang, setelah melakukan pengkajian atas usulan penelitian yang berjudul :

HUBUNGAN JUMLAH MIKROBIOTA NASAL PADA ANAK – ANAK RHINITIS
ALERGI DENGAN OTITIS MEDIA AKUT
Studi Observasional di SMP Islam Sultan Agung 4 Semarang dan SMA Islam Sultan Agung 3 Semarang

Peneliti Utama : Mila Camelia
 Pembimbing : Anggari Linda Destiana., S.Si., M.Sc
 dr. Hj. Andriana, Sp.THT-KL., M.Si.Med
 Tempat Penelitian : SMP 4 dan SMA 3 Islam Sultan Agung Semarang

dengan ini menyatakan bahwa usulan penelitian diatas telah memenuhi prasyarat etik penelitian. Oleh karena itu Komisi Bioetika merekomendasikan agar penelitian ini dapat dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki dan panduan yang tertuang dalam Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI tahun 2004.

Semarang, 14 September 2018
 Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/Kesehatan
 Fakultas Kedokteran Unissula
 Ketua,

 (dr. Sofwan Dahlan, Sp.F(K))

Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian di Rumah Sakit



RSI SULTAN AGUNG
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL

Semarang, 28 Rabiul 'Akhir 1440 H
5 Januari 2019 M

Nomor : 018 /B/RSI-SA/I/2019
Lamp : -
Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth
Dekan
Fakultas Kedokteran
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Di Semarang

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

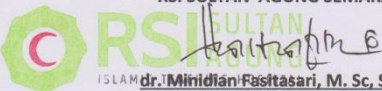
Teriring rasa syukur semoga limpahan kasih sayang Allah SWT menyertai didalam melaksanakan tugas dan pengabdian kita. Aamiin.

Menjawab surat saudara nomor: 530/SKRIPSI/SA-K/XII/2018 perihal ijin penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, maka dengan ini kami sampaikan bahwa Direktur RSI Sultan Agung dapat menerima mahasiswa berikut :

Nama	: Mila Camelia.
NIM	: 30101507491
Fakultas / Prodi	: Kedokteran
Universitas	: Universitas Islam Sultan Agung Semarang
Judul Penelitian	: Hubungan Jumlah <i>Mikrobiota</i> Nasal Pada Anak – Anak Rhinitis Alergi Dengan Otitis Media Akut.
Pembimbing	: Anggari Linda, S.Si., M.Sc. (Pembimbing I). dr. Hj. Andriana Tjitria W, Sp. THT-KL, M.Si.Med. (Pembimbing II).

Untuk melakukan pengambilan data di Poli THT-KL Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Billahittaufiq wal hidayah
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.


dr. Minidjan Fastasari, M. Sc, Sp. GK.
 Direktur Pendidikan

Tembusan

1. Penjab Poliklinik.
2. Arsip.

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Jawa Tengah, Indonesia
 Telp. +62 2465 800 19 | Fax. +62 2465 819 28 | Hotline : +62 85 100 41 2424
 email : rs@rsisultanagung.co.id | www.rsisultanagung.co.id

Lampiran 9. Surat Keterangan Selesai Penelitian di Rumah Sakit

 **RSI SULTAN AGUNG**
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL

**SURAT KETERANGAN
SELESAI PENELITIAN**

NOMOR : 07 /B/RSI-SA/I/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama ; dr. Minidian Fasitasari, M. Sc, Sp. GK.
Jabatan ; Direktur Pendidikan

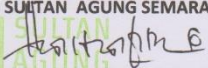
Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa:

Nama : Mila Camelia.
NIM : 30101507491.
Fakultas ; Kedokteran.
Universitas ; Universitas Islam Sultan Agung.

Telah melaksanakan penelitian di poli THT-KL Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 24 September 2018 sampai dengan tanggal 17 Desember 2018 dalam rangka penyusunan skripsi dengan judul **Hubungan Jumlah *Mikrobiota* Nasal Pada Anak – Anak Rhinitis Alergi Dengan Otitis Media Akut.**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 28 Rabiul 'Akhir 1440 H
5 Januari 2018 M


RSI SULTAN AGUNG SEMARANG
ISLAMIC **dr. Minidian Fasitasari, M. Sc, Sp. GK.**
Direktur Pendidikan

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Jawa Tengah, Indonesia
Telp. +62 2465 800 19 | Fax. +62 2465 819 28 | Hotline : +62 85 100 41 2424
email : rs@rsisultanagung.co.id | www.rsisultanagung.co.id

Lampiran 10. Surat Hasil Penelitian di Laboratorium Mikrobiologi



YAYASAN BADAN WAKAF SULTAN AGUNG

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Telp. (024) 6583584 (8 Sal) Fax.(024)6582455
email : informasi@unissula.ac.id web : www.unissula.ac.id

FAKULTAS KEDOKTERAN

Bismillah Membangun Generasi Khaira Ummah

SURAT KETERANGAN

No. /Pen/MK-FK/II/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Rahayu, Sp.MK

Jabatan : Kepala Laboratorium Mikrobiologi Klinik FK Unissula Semarang

Menerangkan bahwa mahasiswa :

Nama : Mila Camelia

NIM : 30101507491

Fakultas : Fakultas Kedokteran Umum

Universitas : Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Judul : Hubungan Jumlah Mikrobiota Nasal Pada Anak – Anak Rhinitis Alergi Dengan Otitis Media

Telah melakukan penelitian di Laboratorium Mikrobiologi Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang untuk menunjang penyusunan skripsi. Adapun penelitian dilakukan pada tanggal Desember 2018 s/d Februari 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Semarang, 14 Februari 2019

Mengetahui,

Ka.Lab. Mikrobiologi Klinik

Fakultas Kedokteran UNISSULA Semarang



dr. Rahayu, Sp.MK

Lampiran 11. Hasil Identifikasi Mikrobiota Nasal Pasien Rhinitis Alergi

No	Kode	Mikrobiota	Koloni	Jumlah Koloni
1	RAB 1	<i>Staphylococcus</i> sp.	30	30
2	RAB 2	<i>Staphylococcus</i> sp.	13	13
3	RAB 3	<i>Staphylococcus</i> sp.	6	6
4	RAB 4	<i>Staphylococcus</i> sp.	48	48
5	RAB 5	<i>Staphylococcus</i> sp.	17	17
6	RAB 6	<i>Staphylococcus</i> sp.	4	4
7	RAB 7	<i>Streptococcus</i> sp.	17	17
8	RAB 12	<i>Staphylococcus</i> sp.	12	12
9	RAB 13	<i>Staphylococcus</i> sp.	14	17
		<i>Streptococcus</i> sp.	3	
10	RAB 14	<i>Staphylococcus</i> sp.	35	35
11	RAB 15	<i>Staphylococcus</i> sp.	3	3
12	RAB 21	<i>Staphylococcus</i> sp.	15	15
13	RAB 27	<i>Staphylococcus</i> sp.	67	67
14	RAB 28	<i>Staphylococcus</i> sp.	10	10
15	RAR 3	<i>Staphylococcus</i> sp.	43	43
16	RAR 4	<i>Staphylococcus</i> sp.	38	38
17	RAR 5	<i>Staphylococcus</i> sp.	8	8
18	RAR 6	<i>Staphylococcus</i> sp.	4	4
19	RAR 8	<i>Streptococcus</i> sp.	12	12
20	RAR 9	<i>Staphylococcus</i> sp.	150	211
		<i>Streptococcus</i> sp.	61	
21	RAR 10	<i>Staphylococcus</i> sp.	143	143
22	RAR 11	<i>Staphylococcus</i> sp.	84	84
23	RAR 12	<i>Staphylococcus</i> sp.	42	42
24	RAR 13	<i>Staphylococcus</i> sp.	32	66
		<i>Streptococcus</i> sp.	34	
25	RAR 14	<i>Staphylococcus</i> sp.	7	7
26	RAR 18	<i>Staphylococcus</i> sp.	15	15
27	RAR 21	<i>Staphylococcus</i> sp.	15	15
28	RAR 22	<i>Staphylococcus</i> sp.	18	18

Lampiran 12. Hasil Identifikasi Mikrobiota Nasal Pasien Non Rhinitis Alergi

No	Kode	Mikrobiota	Koloni	Jumlah Koloni
1	CO 1	-	0	0
2	CO 2	<i>Staphylococcus</i> sp.	21	21
3	CO 3	<i>Staphylococcus</i> sp.	14	14
4	CO 4	<i>Staphylococcus</i> sp.	59	59
5	CO 5	<i>Staphylococcus</i> sp.	15	15
6	CO 6	<i>Staphylococcus</i> sp.	42	42
7	CO 7	<i>Streptococcus</i> sp.	23	23
8	CO 8	<i>Streptococcus</i> sp.	13	13
9	CO 9	<i>Staphylococcus</i> sp.	4	4
10	CO 10	<i>Staphylococcus</i> sp.	64	64
11	CO 11	<i>Staphylococcus</i> sp.	7	7
12	CO 12	<i>Staphylococcus</i> sp.	34	34
13	CO 13	<i>Staphylococcus</i> sp.	59	59
14	CO 14	<i>Staphylococcus</i> sp.	59	59
15	CO 15	<i>Staphylococcus</i> sp.	83	95
		<i>Streptococcus</i> sp.	12	
16	CO 16	-	0	0
17	CO 17	<i>Staphylococcus</i> sp.	12	12
18	CO 18	<i>Staphylococcus</i> sp.	46	46
19	CO 19	<i>Staphylococcus</i> sp.	65	65
20	CO 20	-	0	0
21	CO 21	-	0	0
22	CO 22	-	0	0
23	CO 23	-	0	0
24	CO 24	-	0	0
25	CO 25	-	0	0
26	CO 26	<i>Streptococcus</i> sp.	5	5
27	CO 27	<i>Staphylococcus</i> sp.	57	57
28	CO 28	<i>Staphylococcus</i> sp.	43	43
Rata - Rata				26,28

Lampiran 13. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MIKROBIOTA	RA dengan OMA	.433	10	.000	.594	10	.000
	RA tidak dengan OMA	.476	18	.000	.520	18	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
MIKROBIOTA	Based on Mean	.712	1	26	.406
	Based on Median	.194	1	26	.663
	Based on Median and with adjusted df	.194	1	25.634	.663
	Based on trimmed mean	.712	1	26	.406

Lampiran 14. Hasil Uji Non Parametrik *Chi-Square*

RA_OMA * MIKROBIOTA Crosstabulation

Count

		MIKROBIOTA		Total
		Meningkat	Tidak Meningkat	
RA_OMA	RA dengan OMA	7	3	10
	RA tidak dengan OMA	4	14	18
Total		11	17	28

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.152 ^a	1	.013		
Continuity Correction ^b	4.312	1	.038		
Likelihood Ratio	6.234	1	.013		
Fisher's Exact Test				.020	.019
Linear-by-Linear Association	5.933	1	.015		
N of Valid Cases ^b	28				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 15. Hasil Uji Koefisien Kontingensi dan Rasio Prevalensi

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.424	.013
N of Valid Cases	28	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RA_OMA (RA dengan OMA / RA tidak dengan OMA)	8.167	1.419	47.016
For cohort MIKROBIOTA = Meningkat	3.150	1.212	8.184
For cohort MIKROBIOTA = Tidak Meningkat	.386	.145	1.026
N of Valid Cases	28		

Lampiran 16. Dokumentasi Penelitian



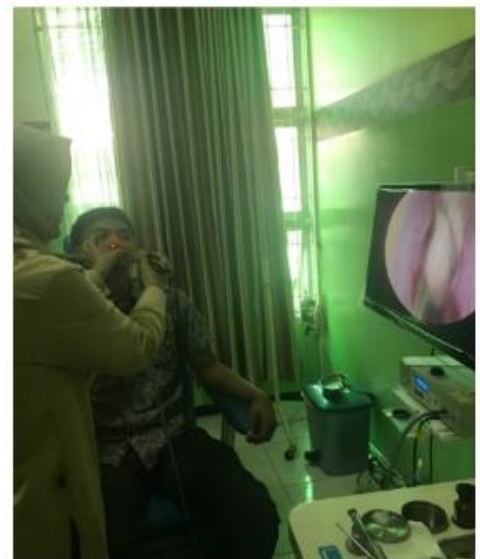
Responden mengisi *Informed Consent* dan kuesioner



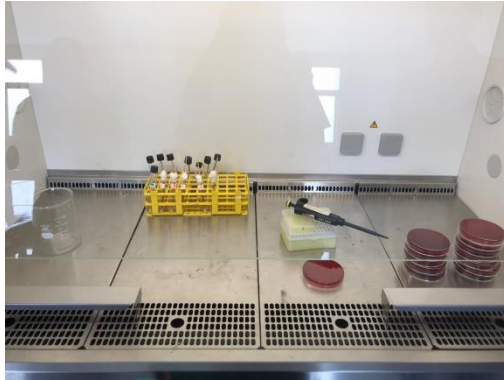
Pemeriksaan Fisik oleh dokter yang bertugas



Pemeriksaan Fisik oleh dokter yang bertugas



Pemeriksaan Fisik oleh dokter yang bertugas



Proses pengkulturan koloni di
Laboratorium Mikrobiologi

Lampiran 17. Hasil Kultur Bakteri