

## **Penatalaksanaan Holistik Anak dengan Tonsilitis Kronis melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Puskesmas Tanjung Bintang**

### **Holistic Management of Children with Chronic Tonsillitis Through a Family Medicine Approach at Tanjung Bintang Community Health Center**

**Ardila Putri Maharani<sup>1</sup>, Febriyani Dyah Kusuma Dewi<sup>1</sup>, Winda Trijayanthi Utama<sup>2</sup>, Retno Suci Fadhillah<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, Lampung, Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, Lampung, Indonesia

<sup>3</sup>Puskesmas Rawat Inap Tanjung Bintang, Lampung, Indonesia

Korespondensi Penulis: ardilaputri10@gmail.com

#### **ABSTRACT**

Tonsillitis is inflammation of the palatine tonsils which are part of Waldeyer's ring. The spread of this infection can occur through the air and hands. Tonsillitis has become one of the causes of decreased learning achievement and children's absence from school. Tonsillitis sufferers are also patients who often come to the practice of ear, nose, throat-head and neck surgery (ENT-KL), pediatricians, and other health care settings. This study is a case report. Primary data is obtained through anamnesis (autoanamnesis and alloanamnesis from family and patient), physical examination, and home visits. Assessments are carried out qualitatively and quantitatively. The results were obtained patient An. C, 12 years with chronic tonsillitis with internal and external risk. Internal risk aspects include the child's age, patient knowledge, clean and healthy lifestyle, dental and oral hygiene, and poor diet. External risk aspects that affect the patient's condition include lack of supervision of the patient's food consumption, lack of knowledge of the disease suffered and slow decision-making. Furthermore, holistic management is carried out through poster intervention media. From the study, it can be concluded that holistic and comprehensive management of chronic tonsillitis patients is very necessary so that they can be managed properly and change behavior.

**Keywords:** Family Medicine, Chronic Tonsillitis, Holistic Management

#### **ABSTRAK**

Tonsilitis merupakan peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Penyebaran infeksi ini dapat terjadi melalui udara dan tangan. Tonsilitis telah menjadi salah satu penyebab penurunan prestasi belajar dan ketidakhadiran anak di sekolah. Penderita tonsilitis juga merupakan pasien yang sering datang pada praktek dokter ahli bagian telinga hidung tenggorok-bedah kepala dan leher (THT-KL), dokter anak, maupun tempat pelayanan kesehatan lainnya.. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari keluarga dan pasien), pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah. Penilaian dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif. Hasil penelitian diperoleh yaitu pasien An. C, usia 12 tahun dengan diagnosis tonsilitis kronik serta aspek risiko internal dan eksternal. Aspek risiko internal berupa usia anak, pengetahuan pasien, pola hidup bersih dan sehat, higiene gigi dan mulut, serta pola makan yang kurang baik. Aspek risiko eksternal yang memengaruhi kondisi pasien berupa kurangnya pengawasan konsumsi makanan pasien, kurangnya pengetahuan penyakit yang diderita serta lambatnya pengambilan keputusan tindak lanjut. Selanjutnya penatalaksanaan secara holistik dilakukan melalui media intervensi poster. Dari penelitian dapat disimpulkan bahwa penatalaksanaan pasien tonsilitis kronik secara holistik dan komprehensif sangat diperlukan agar dapat ditatalaksana dengan tepat dan merubah perilaku.

**Kata Kunci:** Dokter Keluarga, Tonsilitis Kronis, Penatalaksanaan Holistik

## PENDAHULUAN

Tonsilitis merupakan peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Penyebaran infeksi ini dapat terjadi melalui udara (air borne droplets), dan tangan. Dapat terjadi pada semua umur, terutama pada anak.1 Tonsilitis kronis adalah infeksi tonsil persisten yang berpotensi membentuk formasi batu tonsil. Tonsilitis kronis umumnya terjadi akibat komplikasi tonsilitis kronis, terutama yang tidak mendapat terapi adekuat. Faktor predisposisi lainnya yang dapat menyebabkan timbulnya tonsilitis kronis adalah rangsangan menahun dari rokok, beberapa jenis makanan, higiene mulut yang buruk, pengaruh cuaca (udara dingin, lembab, suhu yg berubah-ubah), keadaan umum (kurang gizi dan kelelahan fisik) (Mangunkusumo, 2019; Ron dkk, 2019).

Tonsilitis merupakan bagian dari infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). Di Indonesia, ISPA masih merupakan penyebab tersering morbiditas dan mortalitas pada anak. Data Riskesdas 2013 menyatakan bahwa period prevalence ISPA yang dihitung dalam kurun waktu 1 bulan terakhir berdasarkan diagnosis tenaga medis dan keluhan penduduk sebesar 25%. Angka ini tidak jauh berbeda dengan Riskesdas 2007, yaitu sebesar 25,5%. Adapun data yang lebih spesifik mengenai tonsilitis di Indonesia masih belum ada (Kemenkes RI, 2018). Menurut Rokhaeni (2018), penderita tonsilitis kronik yang tercatat pada bagian data rekam medis Poliklinik THT-KL RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2016 ialah sebesar 125 dari 350 (35,7%) jumlah pasien rawat jalan yang mengunjungi bagian laring-faring poliklinik tersebut (Rokhaeni, 2018).

Tonsilitis dapat menyerang segala usia, namun paling sering dialami oleh anak-anak terutama usia 5-15 tahun (Basuki, 2021). Umumnya penyebab tonsilitis kronis sama dengan penyebab tonsilitis kronis yaitu 25% biasanya berasal dari Streptokokus  $\beta$  hemolitikus, sedang sisanya adalah Streptokokus golongan lain, Pneumokokus, Stafilocokus, dan Hemofilus influenza (Kemenkes RI, 2018; Anderson dan Paterek, 2023). Keluhan pada tonsilitis kronis berupa nyeri pada tenggorokan

atau nyeri telan ringan yang bersifat kronik, menghebat bila terjadi serangan akut, rasa mengganjal di tenggorok, mulut berbau, badan lesu, nafsu makan berkurang, sakit kepala, buntu hidung dan tidur mendengkur (ngorok). (Anderson dan Paterek, 2023). Tonsilitis yang menyebabkan obstruksi saluran pernafasan pada waktu tidur dengan hipoventilasi alveoli dan hipoksia pada malam hari dapat mengganggu efek fisiologis dan psikologis (Sax dkk, 2024). Gejala yang ditimbulkan berupa mengantuk pada siang hari, perhatian berkurang, berat badan berkurang, penurunan fungsi intelektual dan prestasi belajar berkurang. Penelitian Rahman (2015), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna pada proporsi tonsilitis kronis terhadap penurunan prestasi belajar (Rachman, 2015).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tonsilitis telah menjadi salah satu penyebab penurunan prestasi belajar dan ketidakhadiran anak di sekolah. Penderita tonsilitis juga merupakan pasien yang sering datang pada praktek dokter ahli bagian telinga hidung tenggorok-bedah kepala dan leher (THT-KL), dokter anak, maupun tempat pelayanan kesehatan lainnya. Oleh karena itu, pembinaan terhadap pasien An. C perlu dilakukan karena dari hasil pemeriksaan diketahui pasien mengalami tonsilitis, dimana jika penyakit ini terus dibiarkan dan tidak ditatalaksana dengan adekuat dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas pada anak. Tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu mengidentifikasi faktor resiko internal dan eksternal serta masalah klinis dan memperoleh penatalaksanaan holistik pada pasien. Selain itu, untuk penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* pada pasien serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*.

## LAPORAN KASUS

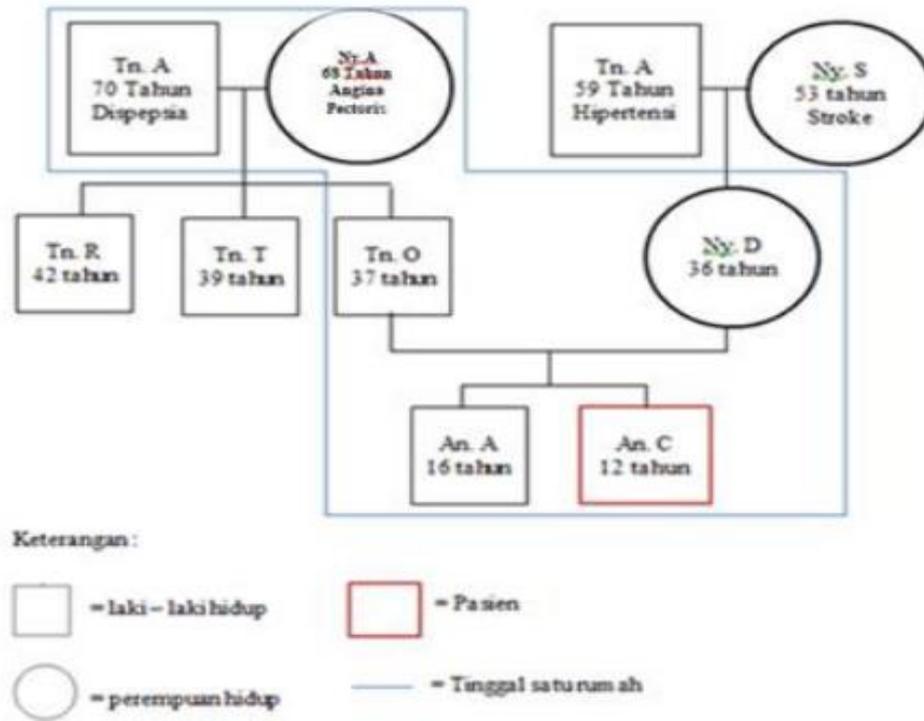
Pasien anak, laki-laki, usia 12 tahun, datang ke Puskesmas ditemani Ibunya dengan keluhan utama demam sejak lima hari sebelumnya. Demam timbul mendadak, tidak terlalu tinggi, hilang di siang hari, dan timbul di malam

hari. Demam tidak disertai menggigil, kejang, berkeringat, penurunan kesadaran dan tidak terdapat bercak merah pada kulit. Pasien juga merasakan batuk, pilek, dan mual. Batuk dan pilek dirasakan sejak 1 minggu sebelumnya, batuk berdahak namun sulit dikeluarkan. Terdapat keluhan nyeri menelan, bau mulut, serta tidur mengorok. Keluhan dirasakan memberat pada malam hari. Pasien menjadi lemas dan tidak nafsu makan semenjak sakit. Ibunya telah memberikan obat paracetamol namun keluhan tidak kunjung sembuh. Keluhan lainnya seperti sakit di daerah wajah, gangguan penghidu, sakit kepala, bau mulut dan suara serak tidak ada. Riwayat tidak dapat mencium bau dan merasakan makanan disangkal. Pasien juga tidak merasakan ada benjolan di daerah kepala dan leher. BAB dan BAK masih dalam batas normal.

Riwayat penyakit dahulu, didapati riwayat penyakit yang sama satu tahun yang lalu namun dapat sembuh setelah mengkonsumsi obat-obatan. Keluhan sering kali berulang setidaknya dua bulan sekali. Riwayat alergi dan asma disangkal. Di keluarga, terdapat keluhan yang sama dengan pasien yaitu kakak pasien yang tinggal satu rumah dengan pasien. Tidak ada penyakit hereditier/degenerative dalam keluarga. Namun, ayah pasien merupakan perokok aktif. Pasien mempunyai status gizi normal dengan tinggi badan 132 cm dan berat 33 kg. Pasien memiliki kebiasaan makan 3 – 4 kali sehari. Sumber karbohidrat didapatkan dari nasi, protein hewani dari telur dan protein nabati didapat dari tahu

dan tempe. Pasien gemar membeli es marimas dan jajan sembarangan di warung dekat rumah, serta mengonsumsi mie instan. Ibu pasien mengatakan bahwa pasien kurang diawasi mengenai perilaku jajan nya dikarenakan kedua orang tua pasien sibuk bekerja. Untuk personal hygiene, pasien mandi sehari dua kali yaitu pagi dan sore hari. Pasien hanya menggosok gigi pada saat pagi dan sore ketika mandi. Pasien jarang menggosok gigi sebelum tidur. Pasien juga jarang mencuci tangan saat sebelum makan. Pasien memiliki kucing di rumah dan seringkali tidak mencuci tangan setelah memegang kucingnya tersebut.

Pasien tinggal berlima dengan kakek, nenek, ayah, ibu, dan kakak laki-laki. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin dengan baik. Untuk berangkat ke sekolah pasien biasanya diantar oleh orang tuanya. Di sekolah pasien tidak terdapat kantin atau tempat jajan sehingga pasien selalu membawa bekal. Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya masih bersifat kuratif. Ibu pasien mengatakan selama ini jika sakit, pasien berobat ke Puskesmas yang berjarak kurang lebih 3 km dari rumahnya. Saat berobat biasanya pasien menggunakan motor untuk menuju ke puskesmas. Pendapatan dalam keluarga berasal dari gaji ayah dan ibu pasien. Ayah pasien bekerja sebagai buruh sedangkan ibu pasien merupakan ibu rumah tangga. Menurut ibu pasien, pendapatan cukup digunakan hanya untuk memenuhi kebutuhan primer dikarenakan harus mencukupi kedua orang tua mereka yang tinggal serumah.



Gambar 1. Genogram Keluarga An. C (Dibuat oleh Ardila Putri Maharani pada November 2023)

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian laporan kasus. Penelitian dilakukan dengan memperoleh data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari keluarga dan pasien), pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medis. Diagnosis pasien diperoleh berdasarkan hasil penegakan dari dokter umum. Analisis faktor risiko internal dan eksternal pasien dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Analisis data dilakukan sesuai dengan hasil penegakan diagnosis menurut ICD 10. Kemudian dilakukan wawancara terhadap pasien dan keluarganya untuk menjawab beberapa pertanyaan terkait penyakit yang dialami pasien serta tindak lanjut yang telah dilakukan dan sebagainya. Lalu, hasil diagnosis dan wawancara di analisis untuk memperoleh keterkaitan penyakit dengan dengan perilaku pasien dan keluarganya secara komprehensif untuk mendapatkan penatalaksanaan holistik bagi pasien.

## HASIL

### Diagnostik Holistik Awal

- 1) Aspek Personal
  - a. Alasan kedatangan: Demam sejak 5 hari yang lalu yang tidak kunjung sembuh meskipun sudah diberikan obat paracetamol.
  - b. Kekhawatiran: Demam, nyeri saat menelan, batuk pilek, tidur mengorok.
  - c. Harapan: Keluhan dapat membaik, dan dapat beraktivitas dengan normal.
  - d. Persepsi: Keluhan yang dirasakan sulit untuk hilang karena pasien masih mengonsumsi mie instan dan gemar minum-minuman dingin/es dan berasa.
- 2) Aspek Klinis
  - Tonsilitis kronik (ICD-X:J35; ICPC-2: R90)
- 3) Aspek Resiko Internal
  - Perilaku masih mengonsumsi makanan dan minuman pencetus penyakit (ICD X-Z72.4)
  - Perilaku kurang menjaga hygiene gigi dan mulut (ICD X- Z91.84)
- 4) Aspek Resiko Eksternal
  - Psikososial keluarga: Pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya dalam

- pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari keluhan pasien (ICD X-Z76.8)
  - Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita (ICD X- Z55.9)
- 5) Derajat Fungsional
- Derajat fungsional 1, yaitu pasien mampu melakukan aktivitas fisik serta tidak ada hambatan seperti sebelum sakit.

**Intervensi**

Penatalaksanaan intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah tatalaksana non-medikamentosa berupa edukasi dan konseling kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang harus dimodifikasi dan harus diketahui untuk mencegah kemungkinan terjadinya keluhan berulang. Intervensi yang dilakukan terdiri atas *patient centered* dan *family focused*.

Tabel 1. Intervensi

Diagnosis Holistik	Target Terapi
Tonsilitis kronik (ICD-X: J35; ICPC-2: R90)	Menghilangkan keluhan nyeri tenggorokkan pasien serta meningkatkan kualitas hidup
Penerapan PHBS yang belum maksimal	Pasien memiliki personal hygiene yang baik, tidak jajan sembarangan serta menjaga hygiene gigi dan mulut
Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit yang dialami	Pasien dan keluarga dapat mengerti mengenai penyakit yang diderita, tatalaksana, pencegahan, dan komplikasi

**Patient-Centered**

Tabel 2. Patient Centered

Non medikamentosa	Medikamentosa
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Istirahat cukup</li> <li>b. Makan – makanan bergizi</li> <li>c. Jaga kebersihan mulut dan gigi (<i>Oral Hygiene</i>)</li> <li>d. Hindari makanan pencetus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Antipiretik: Paracetamol 10 – 15 mg/kgBB tiga kali sehari jika demam. Sediaan tablet 500mg. BB anak 33 kg sehingga dosis 330 – 495 mg per kali pemberian. Sekali minum 1 tablet.</li> <li>b. Kortikosteroid: Prednison tab 3 x 5 mg</li> <li>c. Antibiotik: Amoksisilin peroral 50 mg/kgbb sekali sehari (dosis maksimum 1 g), atau 25 mg/kgbb dua kali sehari (dosis maksimum 500 mg), selama 10 hari. BB anak 33 kg sehingga dosis 825mg dibagi dalam dua dosis pemberian.</li> </ul>

**Family Focus**

- 1) Edukasi keluarga pasien mencakup penjelasan penyakit tonsilitis, penyebabnya, tanda dan gejalanya, pengobatan serta pencegahannya.
- 2) Edukasi kepada keluarga di rumah untuk ikut melakukan tindakan menjaga pola makan yang bergizi dan menjaga higien mulut.
- 3) Edukasi pasien dan keluarga mengenai pentingnya upaya preventif dalam penanganan

- penyakit (melakukan gaya hidup sehat) dan melakukan pemeriksaan diri ke pelayanan kesehatan terdekat.
- 4) Menjaga kebersihan lingkungan rumah dan menjaga agar ventilasi rumah baik
- 5) Membatasi pasien mengonsumsi makanan pencetus.
- 6) Edukasi keluarga pasien, tentang penatalaksanaan yang tepat bagi pasien.

### Diagnosis Holistik Akhir

- 1) Aspek Personal
  - a. Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien berkurang dengan mengetahui faktor resiko yang dapat membuat keluhan kambuh kembali
  - b. Harapan: Keluhan tidak timbul lagi, dan dapat beraktivitas dengan normal.
  - c. Persepsi: Keluarga bisa dapat mengontrol lebih ketat perihal jajan pasien agar keluhan tidak kambuh lagi.
- 2) Aspek Klinis  
Tonsilitis kronik (ICD-X: J35; ICPC-2: R90)
- 3) Aspek Resiko Internal
  - Pasien tidak lagi mengonsumsi makanan dan minuman pencetus penyakit (ICD X-Z72.4)
  - Perilaku sudah menjaga hygiene gigi dan mulut (ICD X- Z91.84)
- 4) Aspek Resiko Eksternal
  - Psikososial keluarga: Pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien lebih ketat, dan pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari keluhan pasien lebih cepat (ICD X-Z76.8)
  - Keluarga pasien sudah mengetahui tentang penyakit yang diderita (ICD X- Z55.9)
- 5) Derajat Fungsional  
Derajat fungsional 1, yaitu pasien mampu melakukan aktivitas fisik serta tidak ada hambatan seperti sebelum sakit.

### PEMBAHASAN

Pembinaan dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap An. C berusia 12 tahun dengan tonsilitis kronis yang dikaji menurut mandala of health dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit pada pasien tergolong penyakit menahun dan dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Masalah kesehatan yang dibahas pada kasus ini adalah seorang anak laki-laki berusia 12

tahun yang datang ke Puskesmas dengan keluhan utama demam sejak lima hari sebelumnya.

Pada pertemuan pertama kali tanggal 25 Oktober 2023 di Puskesmas Rawat Inap Tanjung Bintang, dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien dan orang tua serta menerangkan maksud dan tujuan serta persetujuan dari orang tua pasien untuk dijadikan pasien sebagai keluarga binaan, diikuti dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik perihal penyakit yang telah diderita. Pasien mengeluhkan demam sejak lima hari yang tidak kunjung sembuh. Demam timbul mendadak, tidak terlalu tinggi, hilang di siang hari, dan timbul di malam hari. Pasien juga merasakan batuk, pilek, dan mual. Batuk dan pilek dirasakan sejak 1 minggu sebelumnya, batuk berdahak namun sulit dikeluarkan. Terdapat keluhan nyeri menelan, bau mulut, serta tidur mengorok. Keluhan dirasakan memberat pada malam hari. Pasien menjadi lemas dan tidak nafsu makan semenjak sakit. Ayahnya telah memberikan obat paracetamol, namun keluhan tidak kunjung sembuh. Riwayat sering membeli es marimas dan jajan sembarangan di warung dekat rumah, serta mengonsumsi mie instan sebelumnya.

Pasien pernah mengalami keluhan yang sama satu tahun yang lalu dan membaik setelah mengonsumsi obat-obatan. Keluhan sering kali berulang setidaknya dua bulan sekali. Riwayat alergi dan asma disangkal. Di keluarga, terdapat keluhan yang sama dengan pasien yaitu paman pasien namun tidak tinggal satu rumah dengan pasien. Pada pemeriksaan fisik ditemukan pada tenggorokan pasien terdapat faring yang hiperemis, didapatkan pembesaran tonsil T3-T2 hiperemis, dengan arkus anterior hiperemis, kripta melebar (+/+), detritus (+/+), dan permukaan tidak rata (Mangunkusumo, 2019).

Peradangan pada tonsil dapat disebabkan oleh bakteri atau virus, termasuk strain bakteri streptokokus, adenovirus, virus influenza, virus Epstein-Barr, enterovirus, dan virus herpes simplex. Salah satu penyebab tersering pada tonsilitis adalah bakteri grup A Streptococcus beta hemolitik (GABHS), 30% dari tonsilitis anak dan 10% kasus

dewasa dan juga merupakan penyebab radang tenggorokan. Kemudian pada pemeriksaan fisik ditemukan pada tenggorokan pasien terdapat faring yang hiperemis, didapatkan pembesaran tonsil T3-T2 hiperemis, dengan arkus anterior hiperemis, kripta melebar (+/+), detritus (+/+), dan permukaan tidak rata. Pada pemeriksaan fisik tonsilitis dapat ditemukan peningkatan suhu tubuh, antara 38,3-40°C, pembengkakan tonsil disertai eksudat dan hiperemis, pembengkakan kelenjar submandibula, kelenjar anterior servikal, disertai adanya nyeri tekan, pada kulit dapat muncul ruam scarlatiniform, dimana kulit teraba seperti sandpaper; inflamasi pada daerah faring dan atau eksudat. Tonsilitis dapat mengakibatkan kekambuhan sakit tenggorokan dan keluar nanah pada lekukan tonsil (Kemenkes RI, 2018).

Pemeriksaan klinis tonsil dilakukan dengan bantuan spatula lidah dengan menilai warna, besar, pelebaran muara kripta, ada tidaknya detritus, nyeri tekan, dan hiperemis pada arkus anterior. Besar tonsil dinyatakan dalam T0, T1, T2, T3, dan T4. Grading of palatine tonsils hypertrophy:

- T1: Batas medial tonsil melewati pilar anterior sampai  $\frac{1}{4}$  jarak pilar anterior
- T2: Batas medial tonsil melewati  $\frac{1}{4}$  jarak pilar anterior-uvula sampai  $\frac{1}{2}$  jarak pilar anterior-uvula
- T3: Batas medial tonsil melewati  $\frac{1}{2}$  jarak pilar anterior-uvula sampai  $\frac{3}{4}$  jarak pilar anterior-uvula
- T4: Batas medial tonsil melewati  $\frac{3}{4}$  jarak pilar anterior-uvula sampai uvula atau lebih (Maulana dkk, 2016)

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan apabila gejala dan tanda ternyata tidak cukup untuk menegakkan diagnosis, diperlukan kombinasi dari beberapa faktor untuk dapat digunakan sebagai prediksi klinik. IDSA (Infectious Disease Society of America) dan AHA (American Heart Association) merekomendasikan konfirmasi status bakteriologi untuk menegakkan diagnosis tonsilitis, baik menggunakan kultur swab tenggorok maupun menggunakan rapid antigen detection test (Kemenkes RI, 2018). Namun pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Tatalaksana tonsilitis dapat berupa tata laksana non-operatif

(medikamentosa dan non-medikamentosa) dan operatif. Tatalaksana umum tonsilitis menganjurkan setiap pasien untuk istirahat dan minum yang cukup. Tata laksana medikamentosa meliputi pemberian analgetik dan antibiotik. Antibiotika golongan penisilin masih merupakan terapi pilihan untuk kasus tonsilitis. Tatalaksana operatif berupa tonsilektomi dan atau adenoidektomi (Ron dkk, 2019).

Pengobatan medikamentosa yang dilakukan adalah Paracetamol 10 - 15 mg/kgBB tiga kali sehari jika demam. Sediaan tablet 500mg. BB anak 33 kg sehingga dosis 330 - 495 mg per kali pemberian. Sekali minum 1 tablet. Paracetamol merupakan pilihan utama sebagai analgetika pada anak. Ibuprofen merupakan terapi alternatif dan tidak diberikan secara rutin pada anak dengan risiko dehidrasi. Selain itu pada pasien diberikan pengobatan medikamentosa berupa Antibiotik Amoksisilin peroral 50 mg/kgbb sekali sehari (dosis maksimum 1 g), atau 25 mg/kgbb dua kali sehari (dosis maksimum 500 mg), selama 10 hari. BB anak 33 kg sehingga dosis 825mg dibagi dalam dua dosis pemberian serta Kortikosteroid: Prednison tab 3 x 5 mg. Pemberian kortikosteroid pada anak dan dewasa dapat memberikan perbaikan yang signifikan terhadap gejala dan memberikan efek samping yang minimal. Penggunaan kortikosteroid kombinasi dengan antibiotik tidak diberikan secara rutin sebagai terapi tonsilitis, tetapi dapat dipertimbangkan pada pasien dengan gejala yang berat. Pemberian steroid lebih dari 3 hari mungkin tidak memberikan hasil yang lebih efektif dibandingkan dosis tunggal pada anak dan remaja dengan infeksi streptokokus. (level bukti II, derajat rekomendasi B) Dosis kortikosteroid sebagai antiinflamasi 3x1 tablet prednison selama 3 hari (Mangunkusumo, 2019).

Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 21 November 2023 untuk menganalisis mandala of health yang dirangkum dalam aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. Pola jajan pasien yang kurang baik, karena pasien gemar jajan sembarangan dengan higienitas

yang kurang baik terutama sering mengkonsumsi es marimas dan jajan sembarangan di warung dekat rumah, serta mengonsumsi mie instan sebelumnya. Pengetahuan orang tua tentang kebersihan dan kesehatan kurang. Pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien yang kurang ketat. Kebiasaan berobat keluarga yang masih bersifat kuratif, hanya jika ada keluhan. Keluarga pasien tidak memiliki tingkat pemahaman yang cukup mengenai penyakit tonsillitis sehingga diperlukan konseling mengenai penyakitnya.

Setelah didapatkan permasalahan dan faktor yang memengaruhi masalah pada pasien, kegiatan selanjutnya dilakukan intervensi pada tanggal 30 November 2023. Intervensi diberikan secara non farmakologis. Sebelum dilakukan intervensi dilakukan anamnesis kembali dan pemeriksaan fisik. Hasil anamnesis pasien sudah tidak mengeluhkan demam dan nyeri saat menelan, namun pasien masih sering jajan sembarangan. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien dan ibu pasien diminta untuk mengerjakan soal pretest sebanyak 10 soal. Pada saat dilakukan penilaian pasien mendapatkan skor 3 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait tonsilitis masih kurang. Sedangkan ibu pasien mendapatkan nilai 7.

Penatalaksanaan non farmakologis meliputi modifikasi pola asuh. Ikut serta menjalankan peran serta sebagai pelaku rawat, merupakan cara yang paling tepat untuk mencegah terjadinya pola asuh yang kurang baik, menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak terkontrol dengan baik. Penatalaksanaan pasien tidak terlepas dari penatalaksanaan pola asuh yang baik. Modifikasi pola asuh paling utama untuk menstabilkan asupan makanan bergizi seimbang, menjelaskan kepada pasien akan bahaya makanan jajan di luar rumah. Modifikasi ini diharapkan bisa memperbaiki pola hidup pasien menjadi lebih baik. Pada pasien ini tidak terlalu perlu dilakukan perubahan gaya hidup ataupun perubahan pola makan, karena berat badan dan tinggi badan pasien sudah termasuk ideal. Oleh karena itu kami hanya menyarankan pada keluarga

pasien untuk tetap menjaga pola makan pasien (Alatas, 2021).

Edukasi yang diberikan berupa menjaga pola makanan teratur serta memperhatikan hygiene personal dengan mencuci tangan sebelum makan dan hygiene pengolahan makanan minuman di rumah, ditekankan akan pentingnya penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan cara mencuci tangan yang baik dan benar. Memperhatikan bahan pangan agar dicuci bersih dan tidak menggunakan air yang terkontaminasi. Setelah intervensi dilaksanakan, kemudian dilakukan evaluasi 3 hari berikutnya. Dari hasil anamnesis, pasien sudah tidak merasakan keluhan. Pasien sudah tidak pernah jajan sembarangan lagi. Orang tua pasien selalu memasak. Pasien hanya memakan makanan yang di masak oleh ibunya dirumah. Orang tua pasien juga sudah mulai menerapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan setelah makan. Pasien belum dapat mengingat dengan baik gerakan mencuci tangan berdasarkan WHO akan tetapi dapat dituntun oleh orang tuanya. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga sudah dilaksanakan di rumah pasien. Serta kembali dilakukan posttest pada pasien dan ibunya dan didapatkan adanya peningkatan pengetahuan mengenai tonsilitis dimana baik pasien dan ibunya mendapatkan nilai 8 dan 10.

Evaluasi intervensi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit tonsilitis kepada pasien dan keluarga dilakukan dengan menggunakan pre dan post intervensi dan didapatkan hasil yang memuaskan. Pengetahuan pasien dan keluarga yang pada awalnya masih tergolong rendah sudah mengalami peningkatan.

## **SIMPULAN**

Penyakit tonsilitis pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa usia anak, pengetahuan pasien, pola hidup bersih dan sehat, hygiene gigi dan mulut, serta pola makan yang kurang baik. Faktor eksternal yang memengaruhi kondisi pasien berupa kurangnya pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari

keluhan pasien, keluarga pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita. Telah terjadi peningkatan pengetahuan bagi pasien dan keluarga mengenai tonsilitis, faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit dan perilaku yang harus dilakukan untuk mencegah berulangnya penyakit. Dukungan dari keluarga mampu memberikan hasil yang lebih baik bagi pengobatan dan kesehatan pasien.

#### **SARAN**

Pelaku rawat harus menjaga kebersihan lingkungan sekitar rumah agar pasien terhindar dari paparan polutan yang menyebabkan terjadinya keluhan serupa, dan lebih memperhatikan pemberian makanan dan pola jajan anak. Keluarga sebaiknya mulai menerapkan upaya preventif dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Alatas, F. (2021). Penatalaksanaan Holistik Dan Komprehensif Pada Batita Dengan Tonsilitis Kronis Dan Riwayat Kejang Demam. *JIMKI J Ilmu Mahasiswa Kedokt Indonesia*, Volume 7, No. 1.
- Anderson, J., Paterek, E. (2023). *Tonsillitis*. Treasure Island: StatPearls Publishing.
- Basuki, S.W., Utami, F., Ardilla, N. (2021). Tonsilitis. *Publikasi Ilmiah UMS*. 483-494.
- Kemendes RI. 2018. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tonsilitis*. Jakarta: Kemendes RI.
- Mangunkusumo, E. (2019). *Buku Teks Komprehensif Ilmu THT-KL*. Jakarta: EGC.
- Maulana, F.I., Novialdi, N., Elmatris, E. (2016). Karakteristik Pasien Tonsilitis Kronis pada Anak di Bagian THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2013. *J Kesehatan Andalas*, Volume 5, No. 2.
- Paulsen, F., Waschke, J. (2015). *Sobotta Atlas Anatomi Manusia: Organ-Organ Dalam*. Edisi 23. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rachman, F. (2015). *Perbedaan Prestasi Belajar Antara Siswa*

Tonsilitiskronis Dengan Siswa Tidak Tonsilitis Kronis. [Naskah Publikasi]. Surakarta: FK Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Rokhaeni. (2018). *Hubungan Antara Gejala Dan Tanda Klinis Dengan Jenis Histopatologi Tonsilitis Kronik Pada Anak*. Tesis. Surakarta: Universitas Sebelas Maret. Universitas Sebelas Maret Repository.

<https://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/59894/Hubungan-Antara-Gejala-Dan-Tanda-Klinis-Dengan-Jenis-Histopatologi-Tonsilitis-Kronik-Pada-Anak>

- Ron, B.M., Sanford, M.A., Lorraine, C.N. (2019). *Clinical Practice Guideline : Tonsillectomy in Children*. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Volume 160, February 2019.

<https://doi.org/10.1177/0194599818807917>

- Sax, L.A., Cristina, M.B. (2024). *Quality Of Life Outcomes Of Pediatric Obstructive Sleep Apnea Snoring and Obstructive Sleep Apnea in Children*.