

Penatalaksanaan Holistik Pada Anak Usia 9 Tahun dengan Tonsilitis Kronis Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Attisya Milenty Putri Djuardi¹, Diana Mayasari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tonsilitis dapat terjadi pada semua umur, terutama pada anak. 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. Laporan kasus ini menjelaskan anak usia 9 tahun dengan keluhan demam disertai batuk pilek, nyeri menelan, bau mulut, serta tidur mengorok. Keluhan ini sering kali dirasakan pasien setidaknya dua bulan sekali. Pemeriksaan status lokalis didapatkan faring hiperemis, pembesaran tonsil T3-T2, kripta melebar (+/+), detritus (+/+), dan permukaan tidak rata. Penatalaksanaan yang diberikan berupa terapi medikamentosa dan nonmedikamentosa sebagai intervensi secara holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga. Tujuan artikel ini untuk mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan dengan pendekatan *patient centred* dan *family approach*. Studi ini merupakan Laporan Kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan ke rumah. Hasil dari studi ini pasien didiagnosis dengan tonsilitis kronik. Aspek resiko internal yang mempengaruhi kondisi pasien berupa usia pasien, pengetahuan pasien, pola hidup bersih dan sehat, higiene gigi dan mulut, serta pola makanyang kurang baik. Aspek resiko eksternal yang mempengaruhi kondisi pasien berupa kurangnya pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari keluhan pasien, dan keluarga pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita. Selanjutnya telah dilakukan penatalaksanaan secara holistik terhadap pasien dan keluarga melalui media intervensi poster berwarna berupa informasi mengenai penyakit, pencetus, dan komplikasi.

Kata Kunci: Dokter keluarga, penatalaksanaan holistic, tonsilitis akut

Holistic Management Of 9-Years-Old Child With Chronic Tonsillitis Through Family Medical Approach

Abstract

Tonsillitis can occur at any age, especially in children. Tonsillitis has become one of the causes of decreased academic achievement and absenteeism from school. Patients with tonsillitis are also patients who often come to the practice of ear, nose, throat, head and neck surgeons (ENT-KL), pediatricians, and other health care facilities. This case report describes a 9 year old child who complained of fever accompanied by cold, cough, pain of swallowing, bad breath, and snoring. Patients often experience this complaints at least once every two months. Local status examination revealed a hyperemic pharynx, enlarged T3-T2 tonsils, widened crypts (+/+), detritus (+/+), and an uneven surface. The management provided is in the form of medical and non-medical therapy as a holistic intervention with a family medicine approach. The aim of this article is to identify risk factors, clinical problems, and management using a patient centered and family approach. This study is a case report. Primary data was obtained through history taking, physical examination and home visits. As a result of this study, the patient was diagnosed with chronic tonsillitis. Internal risk aspects that influence the patient's condition include the patient's age, patient's knowledge, patient's lifestyle, dental and oral hygiene, and poor diet. External risk aspects that influence the patient's condition include a lack of family supervision regarding the patient's snack consumption, and slow decision making regarding follow-up actions based on patient complaints, the patient's family does not know enough about patient's disease. Furthermore, holistic management has been carried out for patients and families through colored poster intervention media in the form of information about diseases, triggers and complications.

Keywords: Family doctor, holistic management, chronic tonsillitis

Korespondensi: Attisya Milenty Putri Djuardi, alamat Jl. Leo No. 18 Rajabasa Indah, Rajabasa, Bandar Lampung, HP 0895605997697, e-mail attisyamilenty@gmail.com

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 akut, 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).^{1,2}

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.³ 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.⁴ Tonsilitis dapat menyerang segala usia, namun paling sering dialami oleh anak-anak terutama usia 5-15 tahun.⁵

Umumnya penyebab tonsilitis kronis sama dengan penyebab tonsilitis akut yaitu 25% biasanya berasal dari Streptokokus β hemolitikus, sedang sisanya adalah Streptokokus golongan lain, Pneumokokus, Stafilokokus, dan Hemofilus influenza.^{3,6} 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).⁶ Tonsilitis yang menyebabkan obstruksi saluran pernafasan pada waktu tidur dengan hipoventilasi alveoli dan hipoksia pada malam hari dapat mengganggu efek fisiologis dan psikologis.⁷ 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.⁸

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. N 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 dari penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor resiko internal dan eksternal serta masalah klinis pada pasien; dan 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.

Kasus

Pasien anak 9 tahun, datang ke Puskesmas ditemani Ayahnya 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. Ayahnya 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 dua 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 paman pasien namun tidak tinggal satu rumah dengan pasien. Tidak ada penyakit hereditier/degenerative dalam keluarga. Namun, ayah pasien merupakan perokok aktif.

Pasien mempunyai status gizi *overweight* 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 cincau 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 berenam dengan ayah, ibu, adik laki-laki, kakek, dan nenek. 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. Ayah pasien mengatakan selama ini jika sakit, pasien berobat ke Puskesmas yang berjarak kurang lebih 1 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 PNS (Pegawai Negeri Sipil) sedangkan ibu pasien merupakan guru. Menurut ibu pasien, pendapatan cukup digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, kebutuhan sekunder serta kebutuhan tersier.

Diskusi

Pasien An. N, anak perempuan usia 9 tahun, datan ditemani Ayahnya ke Poliklinik Puskesmas Rawat Inap Way Kandis pada tanggal 21 Maret 2023 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. Ayahnya telah memberikan obat paracetamol, namun keluhan tidak kunjung sembuh. Riwayat sering membeli es cincau dan jajan sembarangan di warung dekat rumah, serta mengonsumsi mie instan sebelumnya.

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. Pasien pernah mengalami keluhan yang sama dua tahun yang lalu dan membaik 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 paman pasien namun tidak tinggal satu rumah dengan pasien.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum: tampak sakit ringan, kesadaran: *compos mentis*, frekuensi nadi: 109

kali/menit, reguler, isi cukup, frekuensi napas: 24 kali/menit, reguler dengan kedalaman cukup, suhu tubuh: 37,6°C, berat badan: 33 kg, dan tinggi badan: 132 cm. Status gizi *overweight* dilihat dari kurva CDC.

Pemeriksaan kepala didapatkan normocephal, rambut hitam merata, tidak ada kebotakan. Mata konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pembesaran KGB (-). Thorax dan abdomen dalam batas normal. Ekstremitas bagian superior, akral hangat, edem (-/-), CRT < 2 detik.

Tenggorokan faring hiperemis, didapatkan pembesaran tonsil T3-T2 hiperemis, dengan arkus anterior hiperemis, kripta melebar (+/+), detritus (+/+), dan permukaan tidak rata.

Pasien merupakan anak ke 1 dari 2 bersaudara dengan kedua orangtua masih lengkap. Saat ini pasien tinggal bersama, ayah Tn. M (36 tahun), ibu Ny. S (35 tahun), adik laki-laki kandung An. Y (7 tahun). Pasien juga tinggal bersama kakek Tn A (70 tahun), dan nenek Ny, A (65 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah *extended family*.

Komunikasi dalam keluarga berjalan lancar. Ayah pasien jarang berkumpul bersama membicarakan aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh masing-masing anggota keluarga dikarenakan pekerjaan sebagai PNS yang mengharuskannya untuk sehari-hari bekerja diluar dan baru pulang keesokan harinya. Pemecahan masalah di keluarga pasien melalui diskusi antara kedua orang tuanya saat ayah dan ibu bertemu sedangkan anak-anak tidak dilibatkan. Keputusan di keluarga biasanya ditentukan oleh ayah pasien selaku kepala keluarga.

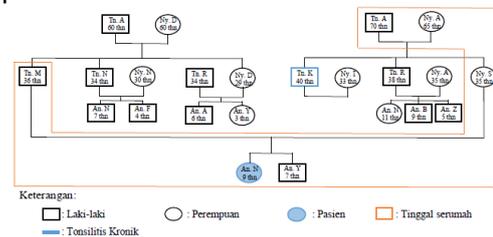
Untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga ini memiliki dua sumber penghasilan yaitu dari ayah sebagai PNS yang pendapatnya perbulan Rp. 3.000.000,- dan dari ibu sebagai guru yang pendapatan perbulan Rp. 4.000.000,- yang digunakan untuk menghidupi 6 orang di keluarga ini.

Pemenuhan gizi keluarga dilakukan dengan penyediaan makanan setiap hari. Makanan disediakan dan dimasak sendiri di rumah yang dilakukan oleh ibunya. Keluarga makan 2-3 kali dalam sehari. Makanan terutama nasi putih, sayur, ikan, telur, tahu,

tempe atau terkadang daging. Ibu pasien menggunakan penyedap makanan yang terbuat dari kaldu jamur ketika masak. Di rumah pasien tersedia air dingin di kulkas yang sering kali di konsumsi oleh pasien.

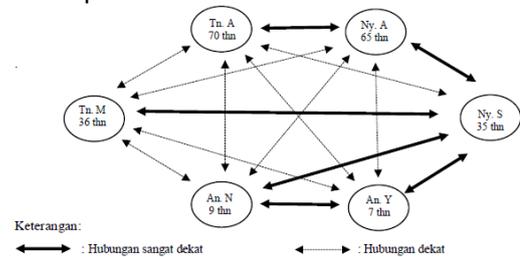
Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan anggota keluarganya yang sakit ke layanan kesehatan atau perilaku kuratif. Pasien memiliki jaminan kesehatan yang terdaftar di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS). Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Rawat Inap Way Kandis yang berjarak kurang lebih 1 km dari rumah pasien.

Genogram keluarga An. N dapat dilihat pada Gambar 1



Gambar 1. Genogram Keluarga An. N

Hubungan antar keluarga An. N dapat dilihat pada Gambar 2



Gambar 2. Hubungan Keluarga An. N

Family APGAR Score

Adaptation: 2

Partnership: 2

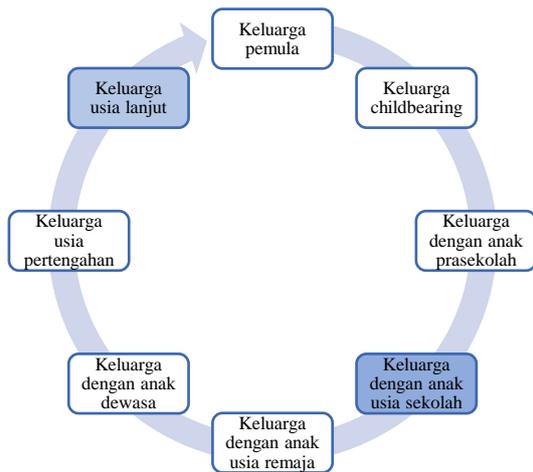
Growth: 2

Affection: 2

Resolve: 2

Total *Family APGAR score* 10 (nilai 8 –10, fungsi keluarga baik)

Siklus hidup keluarga An. N dapat dilihat sebagai berikut.



Gambar 3. Family Lifecycle keluarga An N

Pasien tinggal bersama 6 orang anggota keluarganya di dalam satu rumah yang berada di lingkungan kota pinggir yang tidak terlalu padat penduduk dan cukup bersih. Rumah berukuran 20 m x 15 m terdiri 1 ruang tamu, 2 ruang keluarga, 4 kamar tidur, 1 ruang makan dan 2 dapur, 2 kamar mandi, 1 tempat jemuran dan halaman.

Lantai pada seluruh ruangan di dalam rumah adalah keramik, dinding terbuat dari tembok bata yang seluruhnya sudah diberikan cat dinding, langit-langit rumah sudah dilapisi oleh plafon. Penerangan sudah cukup baik dengan beberapa jendela yang berlokasi di kamar pasien dan di bagian ruang tamu dan ruang keluarga. Rumah tampak sedikit berdebu dan penuh akan barang-barang yang menumpuk serta jendela jarang dibuka. Rumah sudah menggunakan listrik.

Sumber air berasal dari sumur bor, digunakan untuk mandi dan mencuci. Sumber air minum dari air rebusan yang didapat dari sumber air dirumah yaitu toren air. Limbah dan sampah dibuang tempat sampah di teras depan rumah pasien. Limbah dialirkan ke selokan, memiliki 2 kamar mandi dengan bentuk jamban jongkok yang langsung menuju septitank. Kamar mandi terlihat rapih namun sedikit kotor.



Gambar 4. Denah Rumah Keluarga An. N

Diagnosis 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 higiene 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*.

Patient-Centered

1) Non medikamentosa

- Istirahat cukup
- Makan – makanan bergizi
- Jaga kebersihan mulut dan gigi (*Oral Hygiene*)
- Hindari makanan pencetus

2) Medikamentosa

- 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.
- Kortikosteroid: Prednison tab 3 x 5 mg
- 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.

Family Focus

- Edukasi keluarga pasien mencakup penjelasan penyakit tonsilitis, penyebabnya, tanda dan gejalanya, pengobatan serta pencegahannya.
- 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

- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien berkurang dengan mengetahui faktor resiko yang dapat membuat keluhan kambuh kembali
- Harapan: Keluhan tidak timbul lagi, dan dapat beraktivitas dengan normal.
- 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. N berusia 9 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 berusia 9 tahun yang datang ke Puskesmas dengan keluhan utama demam sejak lima hari sebelumnya.

Pada pertemuan pertama kali tanggal 21 Maret 2023 di Puskesmas Rawat Inap Way Kandis, 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 cincau dan jajan sembarangan di warung dekat rumah, serta mengonsumsi mie instan sebelumnya.

Pasien pernah mengalami keluhan yang sama dua 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.

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.^{1,9}

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.³

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 T4.³

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.¹⁰

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan apabila gejala dan tanda ternyata tidak cukup untuk menegaskan 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 menegaskan diagnosis tonsilitis, baik menggunakan kultur swab

tenggorok maupun menggunakan *rapid antigen detection test*.³ Namun pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Tata laksana tonsilitis dapat berupa tata laksana non-operatif (medikamentosa dan non-medikamentosa) dan operatif. Tata laksana 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. Tata laksana operatif berupa tonsilektomi dan atau adenoidektomi.³

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.³

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.³

Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 22 Maret 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 cincau 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 4 April 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 ayah 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 ayah 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.¹¹

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.¹¹

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 2 minggu berikutnya. Dari hasil anamnesis, pasien sudah tidak merasakan keluhan. Pasien sudah tidak pernah jajan sembarangan lagi. Orang tua pasien selalu memasak masakan kesukaan pasien. 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 ayahnya dan didapatkan adanya peningkatan pengetahuan mengenai tonsilitis dimana baik pasien dan ayahnya 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 mempengaruhi 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.

Pada pasien dan keluarga diberikan intervensi secara non farmakologis. Sebelumnya pasien dan ayah pasien diminta untuk mengerjakan soal pretest sebanyak 10 soal. Hasilnya menunjukkan bahwa pengetahuan pasien dan ayah pasien terhadap tonsilitis kronik masih kurang. Keluarga pasien kemudian diberikan intervensi berupa edukasi untuk modifikasi pola asuh dan ikut serta menjalankan peran serta sebagai pelaku rawat. Sedangkan untuk pasien diberikan edukasi berupa menjaga pola makanan teratur serta memperhatikan hygiene personal dengan mencuci tangan sebelum makan, serta ditekankan akan pentingnya penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Setelah itu dilakukan evaluasi dan 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.

Daftar Pustaka

1. Rusmarjono, Kartoesoediro S. Tonsilitis kronik. In: Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher ed Keenam. Jakarta: FKUI. 2007; p212-25.
2. Amarudin T, Anton C. Kajian manfaat tonsilektomi. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2007; 155:61-8.
3. Kemenkes RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tonsilitis. Jakarta: Kemenkes RI; 2018.
4. Rokhaeni. Hubungan antara gejala dan tanda klinis dengan jenis histopatologi tonsilitis kronik pada anak. [Thesis, Universitas Sebelas Maret]. 2018. Tersedia di 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>
5. Basuki SW, Utami F, dan Ardilla N. Tonsilitis. *Publikasi Ilmiah UMS*. 2021; 483–494.

6. Anderson J, Paterek E. Tonsillitis. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
7. Franco RA, Rosenfeld RM. Quality of life for children with obstructive sleepapnea. *Otolaryngology, head, and Neck surgery*. 2008; 123:9-16.
8. Rachman, F. Perbedaan Prestasi Belajar Antara Siswa Tonsilitiskronis Dengan Siswa Tidak Tonsilitis Kronis. [Naskah Publikasi]. Surakarta: FK Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015.
9. Hansen JT. Head and Neck. *Netter's Clinical Anatomy*. 2nd ed. USA: Saunders Elsevier. 2010.
10. Maulana Fakh I, Novialdi N, Elmatris E. Karakteristik Pasien Tonsilitis Kronis pada Anak di Bagian THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2013. *J Kesehat Andalas*. 2016; 5(2):436- 442.
11. Alatas F. Penatalaksanaan Holistik Dan Komprehensif Pada Batita Dengan Tonsilitis Kronis Dan Riwayat Kejang Demam. *JIMKI J Ilm Mhs Kedokt Indones*. 2021; 7(1):14-22.