

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

Tonsilitis atau Radang Amandel adalah suatu peradangan umum, pembengkakan pada jaringan tonsil dengan lekosit, sel-sel epitel mati dan bakteri patogen dalam kript. Secara epidemiologi penyakit Tonsilitis paling sering terjadi pada anak-anak. Tonsilitis pada balita umumnya disebabkan karena infeksi virus, sedangkan infeksi bakterial lebih sering terjadi pada anak yang berusia 5-15 tahun. Penyebab utama dari tonsilitis bakterial adalah Group A *betahemolytic streptococcus* (Adi & Sanjaya, 2020).

Tonsilektomi atau operasi pengangkatan amandel untuk mengatasi hal tersebut. Nyeri setelah operasi tonsilektomi muncul karena kerusakan mukosa dan serabut saraf trigeminal dan glosofaringeus (vagus), inflamasi dan spasme otot faringeus yang menyebabkan iskemia. Nyeri setelah operasi tonsilektomi dapat terjadi karena mediator yang dikeluarkan selama operasi merangsang ujung saraf nyeri. Sehingga pada pasien post operasi Tonsilektomi perlu dilakukan penanganan nyeri. Program terapi non farmakologi dapat membantu mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi tonsilektomi, salah satunya adalah pemberian madu. Madu diketahui memiliki efek yang bermanfaat terhadap penyembuhan luka. Telah diobservasi melalui studi klinis dan eksperimental bahwa madu selain mencegah infeksi, tetapi juga mengurangi inflamasi dan mempercepat proses

penyembuhan jaringan serta epitelisasi, sehingga dapat membantu mengurangi nyeri (Adi & Sanjaya, 2020).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan madu dapat menurunkan tingkat nyeri tenggorokan setelah operasi tonsilektomi secara signifikan, hal ini juga didukung oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa madu sangat bermanfaat sebagai pereda nyeri pasca operasi tonsilektomi. Berdasarkan hasil penelitian Katharina, dkk (2020) didapatkan bahwa pada kelompok madu, rasa sakit tenggorokan dapat berkurang tanpa peningkatan rasa sakit lebih lanjut. Dalam penelitian ini juga menyebutkan bahwa aplikasi madu oral dapat mengurangi kemerahan dan pembengkakan pada luka yang terinfeksi dan mempercepat waktu penyembuhan. Madu memiliki efek yang sebanding dengan antibiotik topik pada infeksi bakteri patogen pada luka bedah. Madu juga dapat mempengaruhi peradangan lokal dan mengurangi durasi nyeri luka.

Penelitian Manpreet Singh, dkk (2016) menyebutkan bahwa rasa nyeri pada kelompok yang diberi madu lebih cepat berkurang daripada kelompok yang tidak diberi madu. Penelitian ini menggunakan 40 pasien berusia 18-50 tahun yang menjalani tonsilektomi. Dalam penelitian ini menyebutkan bahwa pemberian madu secara oral pasca operasi tonsilektomi dapat mempercepat proses penyembuhan luka, mencegah infeksi serta tidak menyebabkan efek samping. Selain itu madu juga mudah didapatkan dan murah serta dapat dijadikan sebagai obat tambahan bersama obat farmakologis yang berkaitan dengan pasca operasi tonsilektomi.

Berdasarkan hasil penelitian dari beberapa jurnal diatas, dapat disimpulkan bahwa pemberian madu oral pada pasien pasca operasi tonsilektomi terbukti dapat mengurangi nyeri, membantu mempercepat proses penyembuhan luka, mencegah infeksi, tidak menimbulkan iritasi serta tidak menyebabkan efek samping, ini terjadi karena didalam madu terdapat zat kimia yang mempengaruhi efek antinosiseptik, zat kimia tersebut berpotensi memperkuat efek imunomodulasi pada madu. Selain itu madu juga mudah didapatkan dan murah serta dapat dijadikan sebagai obat tambahan bersama obat farmakologi yang berkaitan dengan pasca operasi tonsilektomi (Adi & Sanjaya, 2020).

2.2 Tonsilitis

2.2.1 Pengertian Tonsilitis

Tonsilitis merupakan peradangan pada tonsil yang disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus. Selain virus dan bakteri, penyakit ini juga bisa disebabkan karena kegagalan atau ketidaksesuaian pemberian antibiotik pada saat pertama kali menderita (tonsilitis akut) sehingga penyakit ini semakin meradang jika timbul untuk kedua kalinya dan menjadi tonsilitis kronis. Penyakit ini dapat mengenai semua umur namun umumnya menyerang pada anak-anak (Ramadhan et al., 2017).

Tonsilitis diartikan sebagai peradangan pada tonsil palatina yang ditandai dengan peradangan tonsil, sakit tenggorok, gangguan menelan, dan pembesaran ringan kelenjar limfe di leher. Peradangan biasanya meluas hingga ke adenoid maupun tonsil lingual (melibatkan cincin Waldeyer) dan seringkali bersamaan dengan faringitis yang dinamakan

faringotonsilitis. Penyebaran infeksi ini ditransmisikan melalui udara (*air borne droplet*), tangan, dan ciuman (Klarisa dan Fardizza F, 2014).

2.2.2 Anatomi Fisiologi

1. Tonsil Palatina

Tonsil palatina dibatasi dari anterior oleh pilar anterior yang dibentuk otot palatoglossus, posterior oleh pilar posterior dibentuk oleh otot palatofaringeus, bagian medial oleh ruang orofaring, bagian lateral dibatasi oleh otot konstriktor faring superior, bagian superior oleh palatum mole, bagian inferior oleh tonsil lingual. Permukaan lateral tonsil ditutupi oleh jaringan alveolar yang tipis dan permukaan bebas tonsil ditutupi oleh epitel yang meluas ke dalam tonsil membentuk kantong yang dikenal dengan kript (Novialdi, 2011).

a. Fosa Tonsil

Fosa tonsil terdiri dari tiga otot Fosa tonsil terdiri dari tiga otot yaitu, batas anterior oleh otot palatoglossus, batas posterior oleh otot palatofaringeus dan batas lateral atau dinding luar oleh otot konstriktor faring superior (Anil, 2017).

b. Pendarahan

Aliran darah kutub bawah tonsil diperdarahi oleh arteri lingualis (anterior), arteri palatine asenden (posterior) dan diantara kedua daerah diperdarahi oleh arteri tonsilaris cabang dari arteri fasialis (Novialdi 2011). Kutub bawah tonsil mendapatkan perdarahan dari arteri faringeal (posterior) dan arteri lesser palatine (anterior). Aliran balik melalui

pleksus vena sekitar kapsul tonsil, vena lidah dan pleksus faringeal (Cummings, 2015).

c. Aliran Getah Bening

Aliran getah bening dari daerah tonsil akan menuju rangkaian getah bening servikal profunda (deep jugular node) bagian superior di bawah muskulus sternokleidomastoideus, selanjutnya ke kelenjar toraks dan akhirnya menuju duktus torasikus. Tonsil hanya mempunyai pembuluh getah bening eferen sedangkan pembuluh getah bening aferen tidak ada (Wanri A, 2017).

d. Persarafan

Tonsil bagian bawah mendapat sensasi dari cabang saraf ke IX (nervus glossofaringeal) dan juga cabang desenden lesser palatine nerve (Cummings, 2015).

e. Immunologi Tonsil

Adenoid dan tonsil terdiri dari limfosit B dan limfosit T. Limfosit B terbentuk kira-kira 50-65% dari semua adenoid dan limfosit tonsilar. Limfosit T terbentuk kira-kira 40% dari adenoid dan limfosit tonsilar dan 3% adalah sel plasma matang. Sel limfoid immunoreaktif adenoid dan tonsil dapat dijumpai di empat area yaitu, epitel sel reticular, area ektrafolikular, mantle zone pada folikel limfoid dan pusat germinal pada limfoid (Cummings, 2015).

2. Tonsil Faringeal

Fosa faringeal juga dikenal sebagai adenoid. Adenoid terdiri dari jaringan limfoid dan terletak di bagian superior dan posterior dinding nasofaring (Anil, 2017).

3. Tonsil Lingual

Tonsil lingual terletak di dasar lidah dan dibagi menjadi dua oleh ligamentumglosoepiglotika. Digaris tengah, disebelah anterior massa ini terdapat foramen sekum pada apeks, yaitu sudut yang terbentuk oleh papilla sirkumvalata (Kartosoediro S, 2017).

2.2.3 Etiologi Tonsilitis

Gejala umum tonsilitis kronis yaitu sakit tenggorok, disfagia, dan demam. Penyakit tonsil mempengaruhi struktur terkait anatomi lainnya seperti celah telinga tengah, sinus paranasal, dan gabungan saluran pernafasan dengan bagian atas saluran pencernaan. Anak-anak yang mengalami tonsilitis kronis memiliki pembesaran tonsil dan pembuluh darah membesar pada permukaan tonsil (Triola, Zuhdi, & Vani, 2020). Penyebab tonsilitis adalah infeksi bakteri streptococcus atau infeksi virus. Tonsil berfungsi membantu menyerang bakteri dan mikroorganisme lainnya sebagai tindakan pencegahan terhadap infeksi. Tonsil bisa dikalahkan oleh bakteri maupun virus, sehingga membengkak dan meradang, menyebabkan tonsilitis. Hal-hal yang dapat memicu peradangan pada tonsil adalah seringnya kuman masuk kedalam mulut bersama makanan atau minuman (Manurung, 2016). Tonsillitis berhubungan juga dengan infeksi

mononukleosis, virus yang paling umum adalah EBV, yang terjadi pada 50% anak-anak (Allotoibi, 2017).

Tanda-tanda maupun gejala tonsilitis yang sering ditemukan diantaranya perasaan mudah lelah dan lesu, sulit berkonsentrasi, rasa tidak enak pada tenggorokan, sulit menelan hingga rasa sakit saat menelan, nafas atau mulut berbau serta terkadang muncul juga gangguan pada telinga dan siklus tidur seseorang. Pengaruh non mikroba juga menjadi penyebab dari penyakit ini seperti refluks esofagus, imunomodulator dan radikal bebas. Radikal bebas sendiri merupakan molekul tidak stabil dan sangat reaktif sehingga bisa menyebabkan kerusakan jaringan terutama di membrane sel (Liwikasari, 2018).

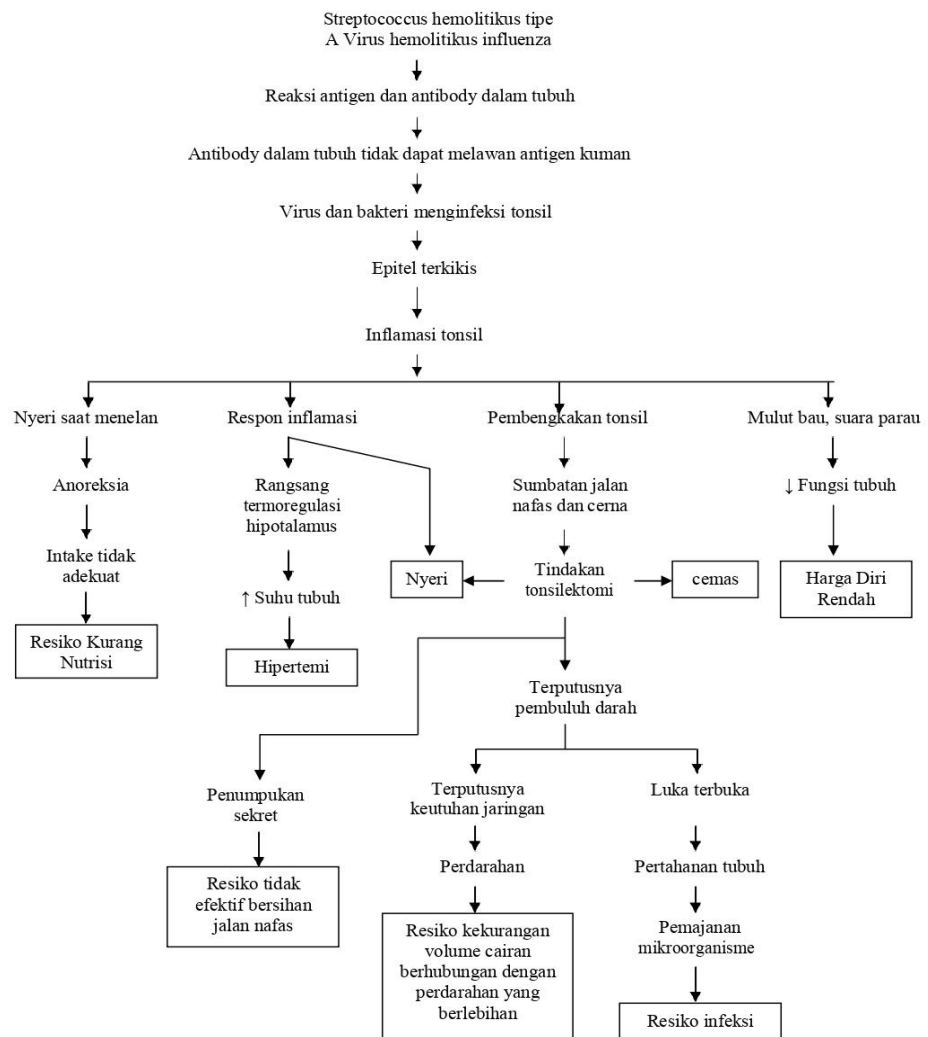
Peradangan tonsil akan mengakibatkan pembesaran yang menyebabkan kesulitan menelan atau seperti ada yang mengganjal di tenggorok. Pada anak biasanya keadaan ini juga dapat mengakibatkan keluhan berupa ngorok saat tidur karena pengaruh besarnya tonsil mengganggu pernafasan bahkan keluhan sesak nafas juga dapat terjadi apabila pembesaran tonsil telah menutup jalur pernafasan. Jika peradangan telah ditanggulangi, kemungkinan tonsil kembali pulih seperti semula atau bahkan tidak dapat kembali sehat seperti semula. Apabila tidak terjadi penyembuhan yang sempurna pada tonsil, dapat terjadi infeksi berulang. Apabila keadaan ini menetap, bakteri patogen akan bersarang di dalam tonsil dan terjadi peradangan yang kronis atau yang disebut dengan tonsilitis kronis (Maulana Fakh, Novialdi, & Elmatris, 2016)

2.2.4 Patofisiologi

Bakteri atau virus memasuki tubuh melalui hidung atau mulut, amandel berperan sebagai filter atau penyaring yang menyelimuti organisme berbahaya, sel-sel darah putih ini akan menyebabkan infeksi ringan pada amandel. Hal ini akan memicu tubuh untuk membentuk antibodi terhadap infeksi yang akan datang, akan tetapi kadang-kadang amandel sudah kelelahan menahan infeksi atau virus. Infeksi bakteri dari virus inilah yang menyebabkan tonsilitis. Kuman menginfiltrasi lapisan epitel, bila epitel terkikis maka jaringan limfoid superficial mengadakan reaksi. Terdapat pembendungan radang dengan infiltrasi leukosit poli morfonuklear. Proses ini secara klinik tampak pada korpus tonsil yang berisi bercak kuning yang disebut detritus. Detritus merupakan kumpulan leukosit, bakteri dan epitel yang terlepas, suatu tonsilitis akut dengan detritus disebut tonsilitis folikularis, bila bercak detritus berdekatan menjadi satu maka terjadi tonsilitis lakunaris (Hanung, 2018).

Tonsilitis dimulai dengan gejala sakit tenggorokan ringan hingga menjadi parah. Pasien hanya mengeluh merasa sakit tenggorokannya sehingga nafsu makan berkurang. Radang pada tonsil dapat menyebabkan kesukaran menelan, panas, bengkak, dan kelenjar getah bening melemah di dalam daerah sub mandibuler, sakit pada sendi dan otot, kedinginan, seluruh tubuh sakit, sakit kepala dan biasanya sakit pada telinga. Sekresi yang berlebih membuat pasien mengeluh sukar menelan, belakang tenggorokan akan terasa mengental. Hal-hal yang tidak menyenangkan tersebut biasanya berakhir setelah 72 jam. Bila bercak melebar, lebih besar lagi sehingga

terbentuk membran semu (Pseudomembran), sedangkan pada tonsilitis kronik terjadi karena proses radang berulang maka epitel mukosa dan jaringan limfoid terkikis. Sehingga pada proses penyembuhan, jaringan limfoid diganti jaringan parut. Jaringan ini akan mengkerut sehingga ruang antara kelompok melebar (kriptus) yang akan diisi oleh detritus, proses ini meluas sehingga menembus kapsul dan akhirnya timbul perlengketan dengan jaringan sekitar fosa tonsilaris. Pada anak proses ini disertai dengan pembesaran kelenjar limfe submandibula (Hanung, 2018).



Sumber : Hanung (2018)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang muncul akan berbeda-beda pada setiap kategori tonsilitis sebagai berikut (Rusmarjono & Soepardi, 2016) :

1. Tonsilitis akut

a. Tonsilitis viral

Gejala tonsilitis viral lebih menyerupai common cold yang disertai rasa nyeri tenggorok dan beberapa derajat disfagia dan pada kasus berat dapat meolak untuk minum atau makan melalui mulut. Penderita mengalami malaise, suhu tinggi, dan nafasnya bau.

b. Tonsilitis bacterial

Gejala dan tanda Masa inkubasi 2 – 4 hari. Gejala dan tanda yang sering ditemukan adalah nyeri tenggorok dan nyeri waktu menelan, demam dengan suhu tubuh yang tinggi, rasa lesu, rasa nyeri di sendisendi, tidak nafsu makan dan rasa nyeri di telinga karena nyeri alih (referred pain) melalui saraf N. glosafaringeus (N. IX). Pada pemeriksaan tampak tonsil membengkak, hiperemis dan terdapat detritus berbentuk folikel, lakuna atau tertutup oleh membran semu. Kelenjar sub-mandibula membengkak dan nyeri tekan. (otalgia).

2. Tonsilitis Membranosa

1. Tonsilitis difteri

Gejala umum seperti juga gejala infeksi lainnya yaitu kenaikan suhu tubuh biasanya subfebris, nyeri kepala, tidak nafsu makan, badan lemah, nadi lambat serta keluhan nyeri menelan. Gejala lokal

yang tampak berupa tonsil membesar ditutupi bercak putih kotor yang makin lama makin meluas dan bersatu membentuk membran semu. Membran ini dapat meluas ke palatum mole, uvula, nasofaring, laring trakea dan bronkus dan dapat menyumbat saluran napas. Membran semu ini melekat erat pada dasarnya, sehingga bila diangkat akan mudah berdarah. Pada perkembangan penyakit ini bila infeksiya berjalan terus, kelenjar limfa leher akan membesar sedemikian besarnya sehingga leher menyerupai leher sapi (bull neck) atau disebut juga Burgemeester's.

2. Tonsilitis Septik Disebabkan oleh *Streptococcus hemolyticus* pada susu sapi, tapi di Indonesia jarang.

3. Angina Plaut Vincent

Gejala demam sampai dengan 39 C, nyeri kepala, badan lemah, dan kadang-kadang terdapat gangguan pencernaan. Rasa nyeri di mulut, hipersalivasi, gigi dan gusi mudah berdarah. Pada pemeriksaan tampak mukosa mulut dan faring hiperemis, tampak membran putih keabuan di atas tonsil, uvula, dinding faring, gusi, serta terdapat bau mulut dan kelenjar sub mandibula membesar

Menurut Fahrul (2019) tanda dan gejala tonsillitis antara lain :

1. Demam
2. Sakit tenggorokan
3. Bau napas (Halitosis)
4. Disfagia (kesulitan menelan)
5. Odynophagia (nyeri menelan)

6. Pembesaran kelenjar getah bening leher
7. Pembesaran tonsil

Menurut Bulan & Zulfito (2010) tanda dan gejala tonsillitis antara lain :

1. Suhu tubuh naik hingga 40 C
2. Rasa gatal di tenggorokan
3. Lesu
4. Nyeri sendi
5. Tidak nafsu makan
6. Nyeri telinga

Obstruksi jalan napas dapat bermanifestasi dengan adanya pernapasan tambahan mulut, mendengkur, pernapasan yang tidak teratur, pernapasan nocturnal berhenti, atau apnea tidur (Fahrul, 2019).

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan pada tonsil akan didapati tonsil hipertrofi, tetapi kadang-kadang atrofi, hiperemi dan edema yang tidak jelas. Didapatkan detritus atau detritus baru tampak jika tonsil ditekan dengan spatula lidah. Kelenjar leher dapat membesar tetapi tidak terdapat nyeri tekan Ukuran tonsil pada tonsillitis kronik dapat membesar (hipertrofi) atau atrofi. Thane & Cody (2017) membagi pembesaran tonsil dalam ukuran T1 – T4 :

T1 = batas medial tonsil melewati pilar anterior sampai $\frac{1}{4}$ jarak pilar anterior uvula.

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 samapi $\frac{3}{4}$ jarak pilarr anterior-uvula.

T4 = batas medial tonsil melewati $\frac{3}{4}$ jarak pilar anterior-uvula atau lebih.

1. Tes Massase Tonsil

Salah satu tonsil digosok-gosok selama kurang lebih 5 menit dengan kain kasa, jikalau 3 jam kemudian didapati kenaikan leukosit lebih dari $10.000/\text{mm}^3$ atau kenaikan laju endap darah (LED) lebih dari 10 mm dibandingkan sebelum tes dilakukan, maka tes dianggap positif. Penyinaran dengan UKG : tonsil mendapat UKG selama 10 menit dan 4 jam kemudian diperiksa jumlah leukosit dan LED. Jika terdapat kenaikan jumlah leukosit lebih dari $2000/\text{mm}^3$ atau kenaikan LED lebih dari 10 mm dibandingkan sebelum tes dilakukan, maka tes dianggap positif. Tes hialuronidase : periksa terlebih dahulu jumlah leukosit, LED dan temperature oral. Injeksikan hialuronidase ke dalam tonsil. Satu jam setelah diinjeksi, jika didaptai kenaikan temperature $0,30\text{C}$, kenaikan jumlah leukosit lebih dari $1000/\text{mm}^3$ serta kenaikan LED lebih dari 10 mm maka tes ini dianggap positif. (Herawati, 2013).

2. Pemeriksaan laboratorium

Salah satunya pemeriksaan mikrobiologi, yakni melewati swab jaringan inti tonsil maupun permukaan tonsil (Slouka, D, et al. 2021). Gold standard pemeriksaan tonsil adalah kultur dari dalam tonsil. Pemeriksaan kultur pada inti tonsil bisa memberikan gambaran dari penyebab tonsilitis yang lebih akurat karena bakteri yang menginfeksi tonsil merupakan bakteri yang masuk kedalam parenkim tonsil,

meskipun pada permukaan tonsil mengalami kontaminasi dengan flora-flora normal disaluran pernapasan atas kemudian bisa jadi bukan bakteri yang menginfeksi tonsil (Wiratama, 2023). Pemeriksaan permukaan tonsil ini dilakukan setelah pasien sudah dalam keadaan dibius dan sudah diswab dengan lidi kapas steril. Sedangkan pemeriksaan inti tonsil dikerjakan dengan cara mengambil swab sesaat sesudah tonsilektomi (Wiratama, 2023)

3. Pemeriksaan histopatologi yang dikatakan dapat dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis tonsilitis kronis. Pada pemeriksaan histopatologi ini, terdapat tiga kriteria yang dapat digunakan yakni ditemukan ringan-sedang infiltrasi limfosit, infiltrasi limfosit yang difus, dan adanya abses Ugra. Kemudian dengan gabungan ketiga kriteria itu ditambah dengan beberapa histopatologi lainnya dapat diketahui jelas dalam menegakkan diagnosis dari tonsilitis kronis (Wiratama, 2023).

2.2.7 Penatalaksanaan

Pengobatan radang amandel akut pada anak yaitu dengan pemberian antibiotik polongan penisilin atau sulfonamide selama 5 hari, obat penurun panas dan obat kumur. Apabila angka mengalami radang amandel yang berulang (lebih dari 3 kali dalam setahun) maka merupakan indikasi untuk melakukan operasi tonsilektomi (pengangkatan tonsil) (Bulan. & Zulfito, 2010).

Amandel yang terlalu besar sehingga mengganggu jalan pernapasan perlu juga dioperasi, namun bila amandel agak besar dan tidak mengganggu

jalan pernafasan maupun tidak menimbulkan sakit, tidak perlu diapa-apakan, karena amandel berguna untuk memerangi infeksi. Orang yang telah dioperasi masih dapat terjadi peradangan kerongkongan. Untuk mengatasi panasnya, diberi aspirin atau parasetamol, banyak minum, dan istirahat yang cukup. Anak yang panas tidak boleh pergi sekolah (Hasanah, 2020).

Pengobatan tonsillitis akut sebagian besar terapi suportif dan berfokus pada pemeliharaan hidrasi dan asupan kalori yang cukup dan mengendalikan rasa nyeri dan demam. Kortikosteroid dapat memperpendek durasi demam dan faringitis. Infeksi bakteri merupakan indikasi antibiotik (Fahrul, 2019). Pengobatan menurut Fahrul (2019) yaitu :

1. Terapi suportif
 - a. Istirahat cukup
 - b. Pemberian cairan yang sesuai
2. Terapi medikamentosa
 - a. Analgetik & Antipiretik
 - Paracetamol 10-15 mg/kgBB/pemberian 3-4 kali sehari
 - Ibu profem : 20 mg/kg/hari dosis terbagi 3-4
 - b. Antibiotik
 - Amoxilin : 10-15 mg/kgBB/pemberian 2 kali sehari, jika berat 3 kali sehari
 - Amoxiclav : 40 mg/kgBB/hari dibagi dalam 3 dosis
 - Klindamisin : 20-30 mg/kgBB/hari
 - Eritromisin : 30-50 mg/kgBB/hari dibagi 2 sampai 4 kali

- Cefalexin : 25-50mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 sampai 4 kali untuk faringitis streptococcus grup A
- Cefadroxil : 30 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 kali
- Penisilin V oral 15-30 mg/kgBB/hari dibagi 3 dosis
- Benzatin penisilin G intramuscular dengan dosis 600.000 IU (BB < 30 kg) dan 1.200.000 IU (BB > 30 kg)

3. Tonsilektomi diindikasikan jika :

- a. Lebih dari enam episode faringitis streptokokus (dikonfirmasi dengan kultur positif) dalam 1 tahun
- b. Lima episode faringitis streptokokus dalam 2 tahun berturut-turut
- c. Tiga atau lebih infeksi tonsil dan/atau adenoid per tahun selama 3 tahun berturut-turut meski ada terapi medis yang memadai
- d. Tonsillitis kronik atau rekuren yang terkait dengan keadaan pembawa streptokokus yang tidak respon dengan terapi antibiotik resisten betalaktamase (Fahrul, 2019).

2.2.8 Komplikasi

Radang kronis dapat menimbulkan komplikasi ke daerah sekitarnya berupa berupa rhinitis kronis, sinusitis atau otitis media secara perkontinuitatum. Komplikasi jauh terjadi secara hematogen atau limfogen dan dapat timbul endocarditis, myositis, nefritis, artritis, dermatitis, pruritus, dan furunkulosis. Adapun peradangan kronis pada tonsil yang dapat menimbulkan beberapa komplikasi lainnya, seperti:

1. Abses parafaring yang terjadi akibat proses supurasi kelenjar getah bening leher bagian dalam, tonsil, faring, hidung, sinus paranasal dan mastoid (Shalihat AO, 2015)
2. Obstructive sleep apnea biasanya terjadi pada anak-anak, tetapi tidak menutup kemungkinan dapat terjadi pada orang dewasa. Hal ini dapat terjadi jika terdapat pembesaran pada tonsil dan adenoid terutama pada anak-anak. (Shalihat AO, 2015)
3. Abses peritonsillar, untuk abses ini bisa terjadi karena adanya perluasan infeksi pada kapsul tonsil sehingga mengenai jaringan sekitarnya.

Pasien biasanya akan mengeluhkan nyeri tenggorok, sulit menelan, kesulitan membuka mulut, adanya pembesaran tonsil unilateral dan membutuhkan penanganan berupa pemberian antibiotik dan tonsilektomi. Biasanya komplikasi ini sangat sering terjadi pada kasus tonsilitis berulang. (Shalihat AO, 2015).

2.3 Tonsilektomi

2.3.1 Pengertian Tonsilektomi

Tonsilektomi merupakan salah satu jenis operasi Telinga Hidung Tenggorokan (THT) yang paling sering dilakukan pada anak-anak, remaja maupun dewasa. Tonsilektomi juga merupakan prosedur yang dapat dilakukan bila terjadinya infeksi kronik atau pada infeksi yang berulang dan tonsilektomi juga dapat mengakibatkan nyeri karena spasme otot orofaring dan iritasi serabut saraf aferen yang disebabkan oleh daerah orofaring yang terpapar (Mustofa, dkk, 2020).

2.3.2 Indikasi Tonsilektomi

Menurut *The American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Clinical Indicators Compendium* menetapkan:

1. Serangan tonsilitis lebih dari tiga kali per tahun walaupun telah mendapatkan terapi yang adekuat
2. Tonsil hipertrofi yang menimbulkan maloklusi gigi dan menyebabkan gangguan pertumbuhan orofasial
3. Sumbatan jalan napas yang berupa hipertrofi dengan sumbatan jalan napas, sleep apnea, gangguan menelan, gangguan berbicara, dan cor pulmonae
4. Sinusitis dan rhinitis yang kronis, peritonsilitis, dan abses peritonsil yang tidak berhasil hilang dengan pengobatan
5. Napas bau yang tidak berhasil hilang dengan pengobatan
6. Tonsilitis berulang yang disebabkan oleh bakteri A Streptococcus Beta hemolyticus.
7. Hipertrofi tonsil yang dicurigai adanya keganasan
8. Otitis media supuratif / otitis media efusa

2.3.3 Kontraindikasi Tonsilektomi

Kontraindikasi dari Tindakan tonsilektomi (Inuzuka Y, et al. 2020) yakni :

1. Risiko anastesi penyakit berat
2. Anemia
3. gangguan perdarahan
4. Infeksi akut yang berat

2.3.4 Efek Samping Tonsilektomi

Menurut Dewi (2019) efek samping tindakan tonsilektomi yaitu :

1. Perdarahan
2. Nyeri
3. Mual-muntah
4. Asupan per oral yang tidak adekuat
5. Dehidrasi
6. Infeksi
7. Pneumonitis yang disebabkan aspirasi darah

2.4 Nyeri Akut

2.4.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain sehingga individu merasa tersiksa dan menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas.

Kejadian, intensitas dan durasi nyeri postoperasi berbeda-beda dari pasien ke pasien, dari operasi ke operasi, dan dari rumah sakit ke rumah sakit yang lain. Lokasi pembedahaan mempunyai efek yang sangat penting yang hanya dapat dirasakan oleh pasien yang mengalami nyeri postoperasi. Aspek dari postoperasi adalah untuk menyelidiki adanya pengalaman nyeri yang mencakup persepsi dan perilaku tentang nyeri. Nyeri post operasi

adalah suatu reaksi yang kompleks pada jaringan yang terluka pada proses pembedahaan yang dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi (Ainuhikma, 2018).

2.4.2 Etiologi Nyeri

Etiologi nyeri akut dibedakan menjadi (PPNI, 2018):

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.4.3 Fisiologi Nyeri

Nyeri mempunyai empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak) yaitu transduksi transmisi, persepsi dan modulasi. Stimulus suhu, kimia atau mekanik, biasanya dapat menyebabkan nyeri. Energi dari stimulus-stimulus ini dapat diubah menjadi energi listrik. Perubahan energi ini dinamakan transduksi. Transduksi dimulai dari perifer, ketika stimulus terjadinya nyeri mengirim impuls yang melewati serabut perifer yang terdapat di panca indera, maka akan menimbulkan potensial aksi. Setelah transduksi selesai, transmisi impuls nyeri dimulai (Ainuhikma, 2018).

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan

menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E₂, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (Bahrudin, 2017). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K⁺ ekstraseluler dan H⁺ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosiseptor (Bahrudin, 2017).

Selanjutnya substansi P dilepaskan di tulang belakang yang menyebabkan terjadinya transmisi sinapsis dari saraf perifer eferen ke sistem saraf spinotalamik, impuls-impuls nyeri berjalan melintasi medula spinalis. Setelah impuls nyeri naik ke medula spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak, termasuk pembentukan jaringan, sistem limbik, korteks somatosensori dan gabungan korteks. Ketika stimulus nyeri sampai ke korteks serebral maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi dari pengalaman yang telah lalu, pengetahuan serta faktor budaya yang berhubungan dengan persepsi nyeri (Ainuhikma, 2018).

Persepsi merupakan salah satu poin dimana seseorang sadar akan timbulnya nyeri. Korteks somatosensori mengidentifikasi lokasi dan

intensitas nyeri dan gabungan korteks terutama sistem limbik yang menentukan bagaimana seseorang merasakan nyeri. Dengan kata lain, pusat nyeri tidak pernah berjumlah satu. Bersamaan dengan seseorang menyadari adanya nyeri maka reaksi kompleks mulai terjadi (Ainuhikma, 2018). Faktor-faktor psikologis dan kognitif berinteraksi dengan neurofisiologi dalam mempersepsikan nyeri. Persepsi memberikan seseorang perasaan sadar dan makna terhadap nyeri sehingga membuat orang tersebut kemudian bereaksi. Sesaat setelah otak menerima adanya stimulus nyeri, terjadi pelepasan neurotransmitter inhibitor yang bekerja untuk menghambat transmisi impuls nyeri merupakan fase keempat dari proses nosiseptif yang dikenal sebagai modulasi (Ainuhikma, 2018).

2.4.4 Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Nyeri

Rasa nyeri merupakan suatu hal yang bersifat kompleks, mencakup pengaruh psikologis, fisiologis, spiritual dan budaya. Oleh karena itu pengalaman nyeri masing-masing orang berbeda. Berikut faktor yang dapat mempengaruhi nyeri (Ainuhikma, 2018):

1. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis. Karena dari manusia berasal dari kebudayaan yang berbeda satu sama lain, karena orang dari budaya yang berbeda yang mengalami nyeri dengan intensitas yang sama dapat tidak

melaporkannya atau berespon terhadap nyeri tersebut dengan cara yang sama.

2. Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

3. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

4. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

5. Dukungan keluarga dan social

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.4.5 Pengukuran Numerik Pain Rating Scales

Skala penilaian Numerik Pain Rating Scales (NPRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendiskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 1-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Hartiningsih, 2020).

Interpretasi skala nyeri diatas dibagi menjadi:

1. Angka 1-3 nyeri ringan

Skala 1-3 merupakan nyeri ringan, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri hanya sedikit dirasakan.

2. Angka 4-6 nyeri sedang

Skala 4-6 merupakan nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai dengan menunjukan lokasi nyeri. Klien dapat mendeskripsikan rasa nyeri dan dapat mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan alih posisi.

3. Angka 7-10 nyeri berat

Skala 7-10 merupakan nyeri berat, klien tidak dapat mengikuti perintah, namun masih dapat menunjukan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi. Pasien sudah tidak dapat berkomunikasi dengan terapis.

2.4.6 Penatalaksanaan Nyeri

1. Terapi Nyeri Farmakologis

Beberapa agen farmakologis digunakan untuk menangani nyeri. Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada 3 jenis analgesik diantaranya : non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau opiat, dan obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik. NSAID umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang. Biasanya terapi pada nyeri pascaoperasi ringan sampai sedang dimulai dengan menggunakan terapi NSAID. Nonsteroid bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Tidak seperti opiat, NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernapasan dan tidak mengganggu fungsi berkemih atau defekasi. Analgesik opiat atau narkotik umumnya digunakan untuk nyeri yang sedang sampai berat seperti nyeri pascaoperasi dan maligna. Sedangkan adjuvan atau koanalgesik seperti sedatif, anti cemas, dan relaksan otot akan meningkatkan kontrol nyeri dan menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri (Ainuhikma, 2018).

2. Terapi Nyeri Non Farmakologis

a. Teknik Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian klien pada sesuatu hal yang lain, sehingga menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri. Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden yang mengakibatkan stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak berkurang (Ainuhikma, 2018).

b. Teknik Relaksasi

Relaksasi adalah cara yang paling efektif dalam menurunkan nyeri pascaoperasi. Teknik relaksasi merupakan tehnik penanganan nyeri non-farmakologi yang dapat membantu memperlancar sirkulasi darah sehingga suplai oksigen meningkat dan dapat membantu mengurangi tingkat nyeri serta mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien post operasi (Ainuhikma, 2018). Ada bermacam-macam teknik relaksasi diantaranya adalah relaksasi otot skeletal. Relaksasi otot skeletal dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang adanya nyeri. Selanjutnya adalah relaksasi nafas abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dilakukan dengan mengitung di dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi dan ekshalasi (Ainuhikma, 2018).

Langkah-langkah teknik relaksasi otot skeletal sebagai berikut :

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
- 2) Anjurkan pasien memilih tempat yang disenangi
- 3) Anjurkan pasien mengambil posisi tidur terlentang atau duduk yang dirasakan paling nyaman
- 4) Anjurkan pasien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata

- 5) Anjurkan pasien untuk merelaksasi tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah
- 6) Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan
- 7) Anjurkan pasien mulai bernafas dengan lambat dan tarik nafas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk menahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan.
- 8) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- 9) Usahakan agar tetap konsentrasi.
- 10) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- 11) Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

c. Pemberian Madu

Madu adalah cairan alami yang umumnya mempunyai rasa manis yang dihasilkan oleh lebah madu dari sari bunga tanaman (floral nektar) atau bagian lain dari tanaman (ekstra floral nektar) atau ekskresi serangga (Gebremariam & Brhane, 2014).

Madu mengandung senyawa yang bersifat antioksidan yang telah banyak diketahui. Sifat antioksidan madu berasal dari zat-zat enzimatik dan non enzimatik. Senyawa enzimatik madu berupa katalase, glukosa oksidase dan peroksidase, sedangkan zat nonenzimatik madu dapat berupa asam askorbat, α -tokoferol,

karotenoid, asam amino dan protein, produk reaksi Maillard, flavonoid serta asam fenolat.

Madu mengandung banyak mineral seperti natrium, kalsium, magnesium, aluminium, besi, fosfor, dan kalium. Vitamin-vitamin yang terdapat dalam madu adalah thiamin (B1), riboflavin (B2), asam askorbat (C), piridoksin (B6), niasin, asam pantotenat, biotin, asam folat, dan vitamin K. Sedangkan enzim yang penting dalam madu adalah enzim diastase, invertase, glukosa oksidase, peroksidase, dan lipase. Selain itu unsur kandungan lain madu adalah memiliki zat antibiotik atau antibakteri (Minarti, 2016).

Enzim yang penting dalam madu adalah enzim diastase yang mengubah polisakarida menjadi monosakarida, enzim invertase yang memecah molekul sukrosa menjadi glukosa dan fruktosa, enzim glukosa oksidase yang membantu oksidasi glukosa menjadi asam peroksida, dan enzim peroksidase yang melakukan proses oksidasi metabolisme dan enzim lipase (Adji, 2007). Madu terutama terdiri dari gula sebanyak 79,6% dan air sebanyak 17,2%. Gula yang paling banyak terdapat pada madu adalah fruktosa sebanyak 38,5% dan glukosa sebanyak 31,0%. Fruktosa dan glukosa merupakan monosakarida. Madu juga mengandung gula jenis disakarida, yaitu sukrosa sebanyak 1,3%, maltosa sebanyak 7,3%, turanosa, isomaltosa, dan maltulosa. Selain monosakarida

dan disakarida, madu juga mengandung oligosakarida (Tomayahu, 2022).

Secara umum madu berkhasiat menghasilkan energi, meningkatkan daya tahan tubuh, dan stamina. Madu cepat berdifusi melalui darah, dan karena itu merupakan sumber energi yang cepat. Madu mendukung pembentukan darah serta membersihkan darah. Selain itu, juga ada efek positif dalam mengatur dan membantu peredaran darah tetap lancar (Shaikh, 2015).

Madu mengandung zat antibakteri sehingga baik untuk mengobati luka bakar dan penyakit infeksi. Adanya rasio perbandingan karbon terhadap nitrogen yang tinggi, kekentalan madu yang membatasi pelepasan oksigen, oksidasi glukosa yang menghasilkan H_2O_2 dan sifat osmolaritas yang tinggi membuat bakteri sulit untuk hidup (Sari, 2021).

Kandungan flavonoid yang terdapat dalam madu dapat menghambat nyeri yaitu dengan mekanisme kerja menghambat pembentukan prostaglandin melalui penghambatan enzim cyclooxygenase sama seperti obat-obat analgesik antipiretik lain. Kandungan flavonoid dalam madu dapat mencegah produksi enzim cyclooxygenase. Enzim cyclooxygenase adalah suatu enzim yang mengkatalisis sintesis prostaglandin dari asam arakhidonat. Flavonoid memblokir aksi dari enzim cyclooxygenase yang menurunkan produksi mediator prostaglandin, prostaglandin inilah

yang akan menyebabkan nyeri sehingga nyeri akan berkurang (Pratiwi, dkk., 2016).

Berdasarkan penelitian madu bisa diberikan 6 jam setelah operasi. Pemberian madu bisa dilakukan dengan cara berkumur dengan 15 cc madu dicampur 5 cc air, lalu diamkan madu didalam orofaring selama 2 menit setelah itu pasien diminta untuk menelan madu. Terapi ini bisa dilakukan setiap 6 jam selama 10 hari. Madu memiliki efek yang bermanfaat pada luka pasca operasi tonsilektomi, yakni mengurangi nyeri serta mempercepat proses epitelisasi. Ini terjadi karena didalam madu terdapat zat kimia yang mempengaruhi efek antinosiseptik. Zat kimia ini berpotensi memperkuat efek imunomodulasi pada madu. Seperti sitokin, $TNF-\alpha$, histamin, dan nitrooksida. Pada dasarnya zat ini teridentifikasi pada sebagian besar madu dan memiliki peran penting terhadap mediasi nyeri (Adi & Sanjaya, 2020).

2.5 Asuhan Keperawatan Teori

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang secara sistematis data dikumpulkan dan di evaluasi untuk menentukan status kesehatan klien. tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien. pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya dalam proses keperawatan (Olfah & Ghofur, 2016).

1. Identitas klien, meliputi

- a. Nama Klien
- b. Tanggal Lahir
- c. Usia

Tonsillitis akut biasanya sering terjadi pada anak-anak terbanyak pada usia kira-kira 5 tahun dan puncak berikutnya pada usia 10

- d. Jenis Kelamin

Jenis kelamin tidak mempengaruhi terjadinya tonsillitis. Semua anak dapat mengalami tonsillitis. Hal itu dipengaruhi dari makanan yang mereka makan, perawatan hygiene yang kurang.

- e. Agama
- f. Pendidikan
- g. Pekerjaan
- h. Alamat

2. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan sekarang

Penderita biasanya demam, nyeri tenggorak, mungkin sakit berat dan merasa sangat nyeri terutama saat menelan dan membuka mulut disertai dengan trismus (kesulitan membuka mulut). Bila laring terkena, suara akan menjadi serak. Pada pemeriksaan tampak faring hiperemis, tonsil membengkak, hiperemis : terdapat detritus (tonsillitis folibularis), kadang detritus berdekatan menjadi satu (tonsillitis laturasis) atau berupa membrane semu. Tampak arkus palatinus anterior terdorong ke luar dan uvula terdesak melewati garis tengah.

Kelenjar sub mandibula membesar dan nyeri tekan, terutama pada anak-anak. Pembesaran adenoid dapat menyebabkan pernafasan mulut, telinga mengeluarkan cairan, kepala sering panas, bronchitis, nafas bau dan pernafasan bising.

b. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien dengan tonsillitis diturunkan dari keluarga. Penyakit yang mungkin di derita oleh keluarga adalah gangguan infeksi pernafasan. Tetapi tonsilitis lebih disebabkan karena anak mengkonsumsi makanan seperti makanan manis, mengandung banyak pengawet dan perawatan mulut yang tidak baik.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Tidak ada penyakit selama ibu hamil yang menjadi latar belakang dari tonsillitis. Hanya saja kemungkinan besar anak terserang tonsillitis dikarenakan anak dilahirkan premature. Hal itu disebabkan dari kegunaan organ tubuh yang belum matur sehingga akan menyebabkan cepat dan gampang diserang penyakit. Hal itu termasuk dengan tonsil pada anak.

3. Pemeriksaan fisik

a. Nadi

Pada pasien yang memiliki tonsillitis biasanya nadinya cepat (takikardi)

b. Suhu

Bila terjadi infeksi tonsillitis suhu akan naik (hipertermi, > 37,5 C)

c. Pernapasan

Pada pasien dengan tonsillitis memiliki respirasi yang meningkat.

d. Pemeriksaan head to toe

1) Rambut

Warna, jumlah dan distribusi, kelengkungan (mudah rontok/mudah dicabut), ketombe

2) Kepala

Kesimetrisan, konsistensi, nyeri

3) Mata

Kongjungtiva, sklera, pupil, posisi dan penempatan mata

4) Hidung

Pada pasien dengan tonsillitis terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan, serta penggunaan otot bantu pernafasan.

5) Mulut

Kemampuan bicara, nyeri, menelan, mengunyah, mukosa bibir, kelembaban, kualitas suara

6) Telinga

Posisi telinga dan bentuknya, penonjolan, ketajaman pendengaran

7) Leher

Pembengkakan, trakea, kelenjar tiroid

8) Thorax/dada

Ekspansi paru meningkat, fremitus taktil dada berkurang atau tidak ada, pada dada terdengar suara normal, diafragma mendatar dan menurun, penajakan hati mengecil, batas paru dan hati lebih rendah, pekak jantung berkurang.

9) Abdomen

Warna, bentuk dan kesimetrisan abdomen, lingkaran perut, bising usus, nyeri tekan

10) Genitalia

Edema, kebersihan, kemerahan, klitoris, nyeri

11) Ekstremitas

Penderita tonsillitis merasa keletihan, kelemahan secara umum memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Hal tersebut diakibatkan karena kebutuhan nutrisi dan cairan pasien berkurang akibat nyeri saat menelan makanan dan minuman.

4. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Pada anak yang memiliki gejala tonsillitis akan memiliki keluhan susah untuk menelan, nafsu makan berkurang, mengeluh sakit ketika menelan, kadang-kadang anoreksia. Hal itu ditandai dengan keadaan mulut kering. Biasanya dengan keluhan ini berat badan anak menurun yang disebabkan oleh

kurangnya nutrisi dari makanan yang bisa masuk ke dalam tubuh akibat dari tonsillitis

b. Istirahat dan Tidur

Pasien yang menderita tonsillitis akan mengalami gangguan tidur. Hal ini disebabkan karena nyeri yang dimiliki akibat dari pembengkakan pada tonsil. Kesulitan tidur ini akan menghambat pertumbuhan dan daya tahan tubuh dari anak.

c. *Personal Hygiene*

Pasien yang menderita tonsilitis mandi 2x sehari, saat BAB dan BAK pempres langsung diganti oleh ibu. Terpenuhi karena Hygiene Personalnya dipenuhi oleh Ibunya dan dengan bantuan perawat

d. Eliminasi

Haluaran urine pada anak yang menderita tonsillitis menurun. Hal itu disebabkan oleh ketidak mampuan anak untuk menelan air, sehingga anak tidak mau meminum air akibat rasa sakit yang dirasakan ketika menelan. Hal itu menyebabkan haluaran urin menjadi menurun.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus tonsilitis menurut Nuraarif & Kusuma (2015) dan PPNI (2017) sebagai berikut :

Pre tonsilektomi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Post tonsilektomi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Gangguan menelan

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Adapun intervensi yang sesuai dengan penyakit post tonsilektomi sebagai berikut :

N o	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Pre tonsilektomi				
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis Ditandai	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi,	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Mengetahui karakteristik

	dengan :	jam	karakteristi	nyeri untuk
	DS :	diharapkan	k, durasi,	penatalaksana
	- Mengelu	tingkat nyeri	frekuensi,	an yang tepat
	h nyeri	menurun	kualitas,	2. Menentukan
	DO :	dengan	intensitas	tujuan target
	- Tampak	kriteria hasil :	nyeri	3. Meringis atau
	meringis	1. Keluhan	2. Identifikasi	gelisah
	- Gelisah	nyeri	skala nyeri	menandakan
	- Frekuens	menurun	3. Identifikasi	nyeri
	i nadi	2. Meringis	respon	Terapeutik
	meningk	menurun	nyeri non	4. Teknik
	at	3. Gelisah	verbal	nonfarmakolo
	- Sulit	menurun	Terapeutik	gis dapat
	tidur	4. Frekuensi	4. Berikan	menurunkan
		nadi	teknik	nyeri
		membaik	nonfarmak	5. Lingkungan
			ologis	bising
			untuk	meningkatkan
			mengurang	nyeri
			i rasa nyeri	6. Istirahat dan
			(mis.	tidur dapat
			TENS,	menurunkan
			hipnosis,	nyeri
			akupresure,	Edukasi

			terapi musik, biofeedbac k, terapi pijat, aromaterap i, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)	7. Memandirikan klien dalam meredakan nyeri 8. Memandirikan klien dalam meredakan nyeri Kolaborasi 9. Analgetik dapat menurunkan nyeri
			5. Kontrol lingkungan yang memperber at rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaa n,	

			kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Ansietas b.d krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan	Reduksi Ansietas (I. 09134) Observasi	Reduksi Ansietas (I.09134) Observasi

	Ditandai dengan : DS : - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi DO : - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan akan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 5. Pola tidur	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	1. Mengetahui tingkat ansietas berubah 2. Mengetahui kemampuan mengambil keputusan 3. Mengetahui tanda ansietas gelisah, tegang Terapeutik 4. Hubungan saling percaya untuk mendukung pasien 5. Dukungan yang terus menerus untuk mengurangi kecemasan 6. Perasaan membantu pasien semakin
--	--	---	---	---

	tidur	membaik	5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas Edukasi 7. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 8. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama	terbuka Edukasi 7. Informasi mempersiapkan pasien menghadapi segala kemungkinan 8. Keluarga membantu untuk mengurangi kecemasan pasien 9. Untuk mengurangi kecemasan
--	-------	---------	---	---

			pasien, Jika perlu 9. Latih teknik relaksasi	
Post tonsilektomi				
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur tonsilektomi) Ditandai dengan : DS : - Mengelu h nyeri DO : - Tampak meringis - Gelisah - Frekuens i nadi meningk at	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristi k, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 4. Berikan	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Mengetahui karakteristik nyeri untuk penatalaksana an yang tepat 2. Menentukan tujuan target 3. Meringis atau gelisah menandakan nyeri Terapeutik 4. Teknik nonfarmakolo gis dapat menurunkan

	- Sulit tidur	nadi membaik	teknik nonfarmak ologis untuk mengurang i rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedbac k, terapi pijat, aromaterap i, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)	nyeri 5. Lingkungan bising meningkatkan nyeri 6. Istirahat dan tidur dapat menurunkan nyeri Edukasi 7. Memandirikan klien dalam meredakan nyeri 8. Memandirikan klien dalam meredakan nyeri Kolaborasi 9. Analgetik dapat menurunkan nyeri
--	------------------	-----------------	--	--

			5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk	
--	--	--	--	--

			mengurang i rasa nyeri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Gangguan menelan Ditandai dengan : DS : - Mengelu h sulit menelan DO : - Batuk sebelum menelan - Batuk setelah makan atau minum	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil : 1. Reflek menelan meningka t 2. Usaha menelan	Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Monitor kemampua n menelan Terapeutik 2. Ciptakan lingkungan yang menyenang kan selama makan 3. Atur posisi yang	Dukungan perawatan diri : Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Mengetahui tingkat kemampuan klien dalam menelan Terapeutik 2. Lingkungan menyenangka n untuk memberi semangat makan 3. Posisi yang

	- Tersedak	meningka	nyaman	nyaman akan
	- Makanan	t	untuk	membuat klien
	tertingga	3. Gelisah	makan atau	rileks dan
	l di	menurun	minum	tenang
	rongga	4. Penerima	4. Sediakan	4. Mempermuda
	mulut	an	sedotan	h klien untuk
		makanan	untuk	minum
		membaik	minum,	5. Membantu
		5. Kualitas	sesuai	meningkatkan
		suara	kebutuhan	nafsu makan
		membaik	5. Berikan	
			bantuan	
			saat makan	
			atau	
			minum	
			sesuai	
			tingkat	
			kemandiria	
			n, Jika	
			perlu	

D. Implementasi Keperawatan

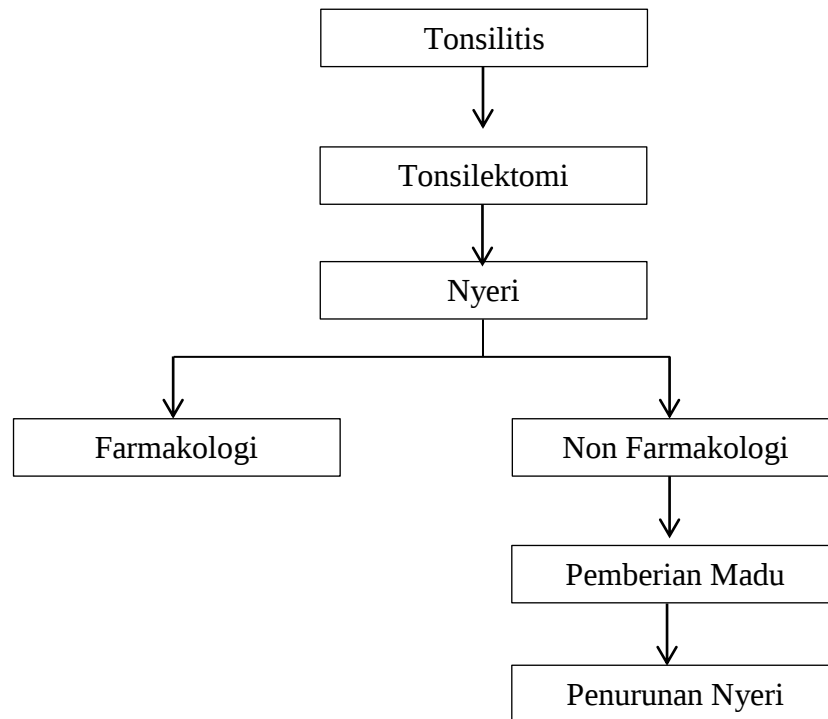
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status

kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klienkeluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Olfah & Ghofur, 2016).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).

2.6 Kerangka Konseptual



Sumber : modifikasi Adi & Sanjaya (2020) dan Ainuhikma (2018)