

Penatalaksanaan Holistik pada Anak Laki-Laki Usia Lima Tahun dengan Tonsilitis Kronis melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga di Wilayah Puskesmas Simpur

Radhika Radharani¹, Tutik Ernawati

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tonsilitis merupakan peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Penyebaran infeksi ini dapat terjadi melalui udara dan tangan. Dapat terjadi pada semua umur, terutama anak. Tonsilitis menjadi salah satu penyebab penurunan prestasi belajar dan ketidakhadiran anak di sekolah. Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach. Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (autoanamnesis dan alloanamnesis dari keluarga dan pasien), pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif. Hasil yang didapat pasien An. F, usia 5 tahun dengan diagnosis tonsilitis kronik. Aspek resiko internal berupa usia anak, pengetahuan pasien, pola hidup bersih dan sehat, higiene gigi dan mulut, serta pola makan yang 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, keluarga pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita. Selanjutnya penatalaksanaan secara holistik terhadap pasien dan keluarga melalui media intervensi poster berwarna berupa informasi mengenai penyakit, pencetus, dan komplikasi. Penatalaksanaan pada pasien tonsilitis kronik secara holistik dan komprehensif, patient center, family approprised sesuai EBM diperlukan agar dapat ditatalaksana dengan tepat dan merubah perilaku pasien sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi.

Kata kunci: Dokter keluarga, Tonsilitis, Penatalaksanaan Holistik

Holistic Management of Children An. F 5-Years-Old with Chronic Tonsillitis Through Family Medical Approach in The Simpung Puskesmas Area

Abstract

Tonsillitis is an inflammation of the palatine tonsils which are part of Waldeyer's ring. The spread of this infection can occur through the air and hands. It can occur at any age, especially in children. Tonsillitis has been one of the causes of decreased academic achievement and absenteeism from school. This study is a case report. Primary data were obtained through anamnesis (autoanamnesis and alloanamnesis from family and patients), physical examination, and home visits to assess the physical environment. The assessment is based on a holistic diagnosis of the initial, process, and final studies qualitatively and quantitatively. The result obtained is patient An. F, 5 years old with a diagnosis of chronic tonsillitis. Internal risk aspects include the age of the child, patient knowledge, clean and healthy lifestyle, dental and oral hygiene, and poor eating patterns. External risk aspects that affect the patient's condition include the lack of family supervision regarding the consumption of patient snacks, and the slow decision making of follow-up actions from patient complaints, the patient's family does not know about patient's disease. Furthermore, holistic management of patients and families through the intervention of colored poster media in the form of information about the disease, triggers, and complications. Holistic and comprehensive management of chronic tonsillitis patients with patient centers and family focus method according to EBM is needed so that they can be managed with therapy and change patient behavior so as to prevent complications.

Keywords: Family doctor, Tonsillitis, Holistic Management

Korespondensi: Radhika Radharani, alamat Kanio Kencana Residence, Kampung Baru, Kedaton, Bandar Lampung, HP 082186513587, e-mail rararadharani@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 usia, 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 Risesdas 2013 menyatakan bahwa period prevalence ISPA yang dihitung dalam kurun waktu satu bulan terakhir berdasarkan diagnosis tenaga medis dan keluhan penduduk sebesar 25%. Angka ini tidak jauh berbeda dengan Risesdas 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. F 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.

Kasus

Pasien anak lima 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 satu 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. Ibu pasien mengatakan BAB dan BAK masih dalam batas normal.

Riwayat penyakit dahulu, didapati riwayat penyakit yang sama dua tahun yang lalu namun dapat sembuh 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. Tidak ada penyakit hereditas/degenerative dalam keluarga. Namun, ayah pasien merupakan perokok aktif. Pasien memiliki berat badan 21 kg dan tinggi badan 104 cm, dengan penilaian status gizi sebagai berikut: BB/U 0 SD s.d +2SD (normal), PB/U -2SD s.d 0SD (pendek), dan BB/PB +2SD s.d +3SD (*overweight*). Pemeriksaan status lokalis didapat Tenggorokan faring hiperemis, didapatkan pembesaran tonsil T3-T2 hiperemis, dengan arkus anterior hiperemis, kriptas melebar (+/+), detritus (+/+), dan permukaan tidak rata. Pemeriksaan fisik status generalis lain didapat hasil dalam batas normal.

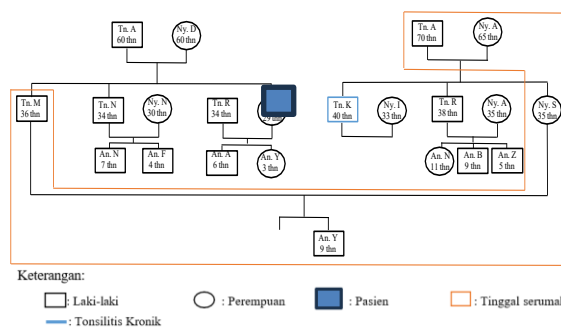
Pasien memiliki kebiasaan makan 3 – 4 kali sehari. Sumber karbohidrat didapatkan dari nasi, protein hewani dari telur dan protein nabati didapat dari tahu dan tempe. Personal hygiene pasien mandi sehari dua kali yaitu pagi dan sore hari. Pasien hanya menggosok gigi pada saat pagi dan sore ketika mandi. 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. Untuk berangkat ke sekolah pasien biasanya diantar oleh orang tuanya. Di sekolah pasien tidak terdapat kantin atau tempat jajan sehingga pasien selalu membawa bekal.

Pasien merupakan anak ke satu dari dua bersaudara dengan kedua orangtua masih lengkap. Saat ini pasien tinggal bersama, ayah Tn. M (36 tahun), ibu Ny. S (35 tahun), kakak laki-laki kandung An. Y (9 tahun). Pasien juga tinggal bersama kakek Tn A (70 tahun), dan nenek Ny. A (65 tahun). Bentuk keluarga pasien adalah *extended family*. 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.

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 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 pendapatnya perbulan Rp.4.000.000,-. Menurut ibu pasien, pendapatan cukup digunakan untuk memenuhi kebutuhan primer, kebutuhan sekunder serta kebutuhan tersier.

Hasil penilaian Total Family Apgar Score menunjukkan skor 10, yang menandakan tidak adanya fungsi keluarga baik. Sementara itu, hasil penilaian family SCREAM menunjukkan skor 24, yang berada dalam rentang 13–24, menandakan bahwa fungsi sumber daya keluarga yang adekuat. Berdasarkan siklus kehidupan keluarga menurut Duvall, keluarga An. F berada dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah.



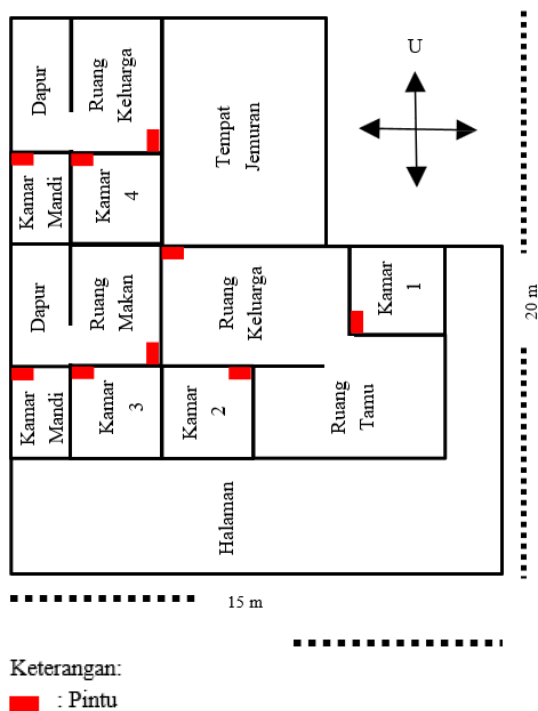
Gambar 1. Genogram Keluarga An. F

Pasien tinggal bersama enam orang anggota keluarganya di dalam satu rumah yang berada di lingkungan kota pinggiran yang tidak terlalu padat penduduk dan cukup bersih. Rumah berukuran 20 m x 15 m terdiri dari satu ruang tamu, dua ruang keluarga, empat kamar tidur, satu ruang makan dan dua dapur, dua kamar mandi, satu 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 belokasi 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.

Sumber air berasal dari sumur bor,

digunakan untuk mandi dan mencuci. Sumber air minum dari air PDAM yang direbus. Limbah dan sampah dibuang di pembuangan sampah yang terdapat di depan rumah. Rumah pasien memiliki 2 kamar mandi dengan bentuk jamban jongkok yang langsung menuju septitank. Kamar mandi terlihat rapih namun sedikit kotor



Gambar 2. Denah Rumah An. F

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diperoleh diagnostik holistik awal pada pasien ini dengan aspek personal alasan kedatangan pasien demam sejak lima hari yang lalu tidak kunjung sembuh meskipun sudah diberikan obat paracetamol. Ibu pasien khawatir demam, nyeri saat menelan, batuk pilek, dan tidur mengorok yang diderita anaknya akan semakin parah dan menghambat kegiatan sehari-hari. Harapan ibu pasien keluhan dapat membaik, dan dapat beraktivitas dengan normal. Ibu pasien memiliki persepsi keluhan yang dirasakan sulit untuk hilang karena pasien masih mengonsumsi mie instan dan gemar minum-minuman dingin/es dan minuman yang mengandung pemanis buatan.

Aspek klinis, pasien didiagnosis dengan Tonsilitis (ICD-X: J35; ICPC-2: R90). Aspek risiko internal didapat, perilaku masih mengonsumsi makanan dan minuman pencetus penyakit (ICD X-Z72.4) serta perilaku kurang menjaga hygiene

gigi dan mulut (ICD X- Z91.84)

Aspek risiko eksternal ditemukan, psikososial keluarga mengenai pengawasan keluarga tentang konsumsi jajan pasien, dan lambatnya dalam pengambilan keputusan tindakan lanjutan dari keluhan pasien (ICD X- Z76.8) serta kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita (ICD X- Z55.9). Derajat fungsional pasien adalah 1 (satu), yaitu pasien mampu melakukan aktivitas fisik serta tidak ada hambatan seperti sebelum sakit.

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*. Intervensi yang akan dilakukan memiliki target terapi menghilangkan keluhan nyeri tenggorokan pasien serta meningkatkan kualitas hidup, pasien memiliki *personal hygiene* yang baik, tidak jajan sembarangan, serta menjaga *hygiene* gigi dan mulut, serta pasien dan keluarga mengerti mengenai penyakit yang diderita, tatalaksana, dan pencegahan komplikasi.

Pendekatan *Patient Centered* dilakukan melalui intervensi non-medikamentosa dan medikamentosa. Pada aspek non-medikamentosa, dilakukan konseling mengenai istirahat cukup, makan – makanan bergizi, jaga kebersihan mulut dan gigi (*Oral Hygiene*) dan menghindari makanan pencetus.

Pada aspek medikamentosa, pasien diberikan antipiretik: Paracetamol 10 – 15 mg/kgBB tiga kali sehari jika demam. Sediaan tablet 500mg. Untuk BB anak 21 kg sehingga dosis 330 –495 mg per kali pemberian. Sekali minum 1 tablet. Pasien juga diberi antibiotik: Amoxicillin peroral 50 mg/kgbb satu kali sehari (dosis maksimum 1 g), atau 25 mg/kgbb dua kali sehari (dosis maksimum 500 mg), selama sepuluh hari. Untuk BB anak 21 kg sehingga dosis 825mg dibagi dalam dua dosis pemberian.

Pendekatan *Family Focus* dilakukan dengan memberikan 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 hygiene mulut, pentingnya upaya preventif dalam penanganan penyakit (melakukan gaya hidup sehat) dan melakukan pemeriksaan diri ke pelayanan kesehatan terdekat, menjaga kebersihan lingkungan rumah dan menjaga agar ventilasi rumah baik, membatasi pasien mengonsumsi makanan pencetus serta tentang penatalaksanaan yang tepat bagi pasien.

Pembahasan

Pembinaan dilakukan sebagai bentuk pelayanan kedokteran keluarga terhadap An. F berusia lima 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 lima tahun yang datang ke Puskesmas dengan keluhan utama demam sejak lima hari sebelumnya.

Pada pertemuan pertama kali tanggal 21 Maret 2024 di Puskesmas Simpung, 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 perihail 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 satu 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. Pasien pernah mengalami keluhan yang sama dua tahun 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, terdapat 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, terdapat 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 kripte, 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*³:

- 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 21 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 Amoxicilin peroral 50 mg/ satu kali sehari (dosis maksimum 1 g), atau 25 mg/kgbb dua kali sehari (dosis maksimum 500 mg), selama sepuluh hari. BB anak 21 kg sehingga dosis 825mg dibagi dalam dua dosis pemberian.

Kegiatan dilanjutkan dengan kunjungan pertama kali ke rumah pasien pada tanggal 22 Maret 2024 untuk menganalisis mandala of health yang dirangkum dalam aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal serta derajat fungsional. 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 1 April 2024. 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 kepada ayah pasien mendapatkan skor 3 dimana hal ini menunjukkan pengetahuan pasien terkait tonsilitis masih kurang.

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 perlu dilakukan perubahan gaya hidup dan perubahan pola makan, karena berdasarkan hasil perhitungan status gizi, pasien berisiko gizi lebih. 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 di rumah. 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 ayah pasien 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. 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.

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]. Universitas Sebelas Maret Repository. 2018. <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