

# LAPORAN KASUS INTERNSIP

## TONSILITIS KRONIS



Oleh:

**dr. Novanda Riski Ariani**

Pembimbing:

dr. Tyas Ratna Pangestika

**PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI)**

**PERIODE AGUSTUS 2024 – AGUSTUS 2025**

**PUSKESMAS AMBAL II**

**KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP**

**TONSILITIS KRONIS**

Disusun oleh:

dr. Novanda Riski Ariani

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia  
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Februari 2025

Pembimbing

dr. Tyas Ratna Pangestika

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**LAPORAN KASUS PROGRAM INTERNSHIP**

**TONSILITIS KRONIS**

Disusun oleh:  
dr. Novanda Riski Ariani

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internship Dokter Indonesia  
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Kebumen, Februari 2025  
Kepala Puskesmas Ambal II

drg. Erawati Kusuma Dewi, M.M

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan kasus yang berjudul "Tonsilitis Kronis" ini dapat diselesaikan dengan baik. Laporan ini disusun sebagai bagian dari pemenuhan syarat penyelesaian tugas dalam Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI). Laporan ini bertujuan untuk memberikan gambaran komprehensif kasus yang telah ditangani, termasuk diagnosis dan tatalaksana, serta membahas tinjauan literatur terkait sebagai upaya mendalami keilmuan dan meningkatkan kualitas pelayanan medis.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis menyadari bahwa tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Tyas Ratna Pangestika, dokter umum Puskesmas Ambal II sekaligus dokter pembimbing internsip, atas arahan, bimbingan, dan masukannya selama proses penyusunan laporan ini.
2. Teman-teman internsip Puskesmas Ambal II, atas diskusi dan masukannya selama penyusunan laporan ini.
3. Seluruh karyawan Puskesmas Ambal II, atas bantuannya selama proses internsip berlangsung

Penulis menyadari laporan kasus tidak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis terbuka untuk kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa mendatang. Dengan demikian, semoga laporan kasus ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta membantu pelayanan pasien di Puskesmas Ambal II.

Ambal, 20 November 2024

dr. Novanda Riski Ariani

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	3
KATA PENGANTAR.....	4
DAFTAR ISI.....	5
BAB I STATUS PASIEN.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
BAB III PEMBAHASAN.....	24
BAB IV KESIMPULAN.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	27

# **BAB I**

## **STATUS PASIEN**

### **1.1. IDENTITAS PASIEN**

Nama : Ny. P  
Jenis kelamin : Perempuan  
TTL/Usia : 27 September 1976 / 48 tahun  
Alamat : Surobayan  
Poli : Poli Infeksius Puskesmas Ambal II  
Tanggal Pemeriksaan : 30 Oktober 2024

### **1.2. ANAMNESIS**

#### **1.2.1. Keluhan Utama**

Nyeri tenggorokan sejak 1 minggu yang lalu

#### **1.2.2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien dengan keluhan nyeri tenggorokan sejak 1 minggu terakhir. Nyeri dirasakan saat menelan ludah maupun menelan makanan. Keluhan disertai ada yang mengganjal di tenggorokan, napas panas dan bau, ada benjolan di leher, dan pada saat tidur dikatakan oleh keluarga pasien suka mendengkur. Benjolan di leher kiri yang dirasakan berukuran 1 ruas jari, tidak membesar atau mengecil, dan tidak ada nyeri. Pasien tidak memperhatikan penyebab munculnya keluhan tersebut. Pasien belum minum obat dan keluhan belum membaik.

Sejak 5 tahun yang lalu, pasien sudah mengalami keluhan serupa dan berobat ke puskesmas. Setelah minum obat dari puskesmas, keluhan pasien membaik. Dalam 1 tahun terakhir ini, keluhan sering berulang, namun pasien tidak menghitungnya dan dikatakan sembuh sendiri.

Keluhan batuk, pilek, demam, nyeri telinga, suara serak, sulit bernapas saat istirahat ataupun aktivitas, penurunan berat badan, trauma, alergi dan sakit gigi disangkal.

### 1.2.3. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit kuning, asma, alergi obat atau makanan disangkal.

### 1.2.4. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat keluhan serupa pada keluarga disangkal.

### 1.2.5. Riwayat Sosial Ekonomi dan Kebiasaan

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan sudah berkeluarga. Pasien tidak ada kebiasaan merokok dan minum alkohol.

## 1.3. PEMERIKSAAN FISIK

### 1.3.1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum	: Tampak sakit ringan
Kesadaran	: Compos mentis
Tekanan Darah	: 129/81 mmHg
Nadi	: 91 kali/menit
Pernapasan	: 20x/menit
Suhu	: 36 Celsius
Tinggi Badan	: 150 cm
Berat Badan	: 58.9 kg

### 1.3.2. Pemeriksaan Sistematis

- Pemeriksaan Kepala
  - Mata : konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)
  - Leher : pembesaran tiroid (-), **teraba benjolan KGB profunda di anterior cervical sinistra dengan konsistensi lunak, soliter, berukuran 1 cm x 0,5 cm, batas tegas, nyeri tekan minimal, tidak bergerak ke atas saat menelan**
- Pemeriksaan Thoraks Paru

- Inspeksi : bentuk dada simetris, gerak napas tertinggal (-)
- Palpasi : fremitus diseluruh lapang dada (+/+)
- Perkusi : sonor diseluruh lapang paru (+/+)
- Auskultasi : suara dasar vesikuler (+/+), rh (-/-), wh (-/-)
- Pemeriksaan Thoraks Jantung
  - Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
  - Palpasi : iktus kordis tidak teraba
  - Perkusi : batas jantung dalam batas normal
  - Auskultasi : BJ I-II reguler, murmur (-), gallop (-)
- Pemeriksaan Abdomen
  - Inspeksi : distensi (-), simetris (+), benjolan (-), striae (-)
  - Auskultasi : peristaltik (+) normal
  - Perkusi : timpani (+), ascites (-)
  - Palapasi : supel (+), hepatomegali (-), splenomegaly (-)
- Pemeriksaan Ekstremitas
  - Ekstremitas atas : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)
  - Ekstremitas bawah : akral hangat, CRT <2 detik, edema (-/-)
- Pemeriksaan Telinga
  - Daun telinga : Normotia, tidak ada deformitas, tidak hiperemis, tidak ada edema. Tidak ada nyeri tarik aurikula. Tidak ada nyeri tekan tragus.
  - Retroaurikuler : Tidak ada edema, tidak hiperemis, tidak ada nyeri tekan mastoid, tidak ada fistula.
  - Liang telinga : Liang telinga lapang, tidak hiperemis, terdapat serumen
  - Membran Timpani : Membran timpani intak, terdapat refleksi cahaya di jam 5 (kanan) jam 7 (kiri)
- Pemeriksaan Hidung
  - Hidug luar : Bentuk normal; tidak terlihat adanya deformitas. Tidak ada nyeri tekan
  - Vestibulum : Lapang; tidak ditemukan deformitas, tidak ada massa, tidak hiperemis, tidak ada edema
  - Rongga hidung: Lapang; tidak tampak adanya sekret, septum tidak deviasi



- Konka : Eutrofi
  - Meatus : Tidak tampak sekret
  - Sinus : Tidak ada nyeri tekan sinus maksilaris, frontalis, dan ethmoidalis
- Pemeriksaan Tenggorok
    - Lidah : Simetris, tidak atrofi, tidak hiperemis, tidak tampak adanya massa, tidak ada deviasi lidah pada posisi statis dan dinamis.
    - Gigi : Higienitas cukup baik, tidak terdapat karies dentis.
    - Arkus faring: Simetris, tidak hiperemis dan tidak ada massa, **tampak hiperemis di arkus faring anterior**
    - Uvula : Letak di tengah
    - Faring : Tidak hiperemis, tidak ada post nasal drip
    - Tonsil : **T3-T2, kripta melebar**, tidak hiperemis, tidak tampak detritus, tidak tampak massa



**Gambar 1.** Gambar Klinis Pasien, Sebelum (Kanan) dan Sesudah Peneditan (Kiri)

#### 1.4. DIAGNOSIS KERJA

Tonsilitis kronis

#### 1.5. TATALAKSANA

##### 1.5.1. Tatalaksana Non-Farmakologi

- Edukasi gejala klinis yang dialami merupakan kumpulan gejala dari penyakit yang dialami
- Edukasi penyebab adalah bakteri dan pengobatannya akan diberikan antibiotik yang perlu dihabiskan
- Edukasi bahwa kondisi ini bisa terus berulang dan perlu dilakukan pengobatan

#### **1.5.2. Tatalaksana Farmakologi**

Amoksisilin 500 mg 2x1 selama 10 hari, Dexametason 0,5 mg 3x1 selama 3 hari, Paracetamol 500 mg 3x1 selama 3 hari

### **1.6. PROGNOSIS**

**1.6.1.** Ad Vitam : bonam

**1.6.2.** Ad Sanationam: dubia ad bonam

**1.6.3.** Ad Functionam: dubia ad bonam

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi

Tonsilitis merupakan peradangan dari tonsil palatina. Tonsil palatina merupakan bagian dari cincin Waldeyer yang tersusun atas kelenjar limfa tonsil palatina, tonsil faringeal, dan tonsil tuba Eustachius.<sup>1</sup>

Secara epidemiologi, tonsilitis paling sering terjadi pada anak-anak. Tonsilitis yang disebabkan oleh infeksi virus umumnya terjadi pada balita sedangkan infeksi bakterial lebih sering terjadi pada anak berusia 5-15 tahun. *Group A beta-hemolytic streptococcus* (GABHS) merupakan penyebab utama tonsilitis bakterial.<sup>2</sup>

Berdasarkan lama perjalanan penyakit dan penyebabnya, tonsilitis terbagi menjadi tonsilitis akut, tonsilitis akut rekuren, dan tonsilitis kronis. Tonsilitis akut disebabkan oleh virus dan bakteri. Pada tonsilitis viral penyebabnya antara lain virus *Epstein Barr*, *Haemofilus influenzae*, dan *Virus Cocksackie*.<sup>1</sup> Tonsilitis bakteri paling sering disebabkan oleh kuman streptokokus beta hemolitikus grup A (GABHS). Bakteri ini merupakan penyebab tersering faringitis akut pada 15-30% kasus anak-anak dan 5-10% kasus dewasa.<sup>3</sup> Gejala pada tonsilitis akut bisa berlangsung hingga 2 minggu dengan terapi. Pada kondisi terjadi beberapa episode tonsilitis akut dalam 1 tahun dapat disebut tonsilitis akut rekuren.<sup>4</sup>

Tonsilitis kronis diidentifikasi dengan riwayat gejala yang berlangsung selama 3 bulan dan disebabkan oleh bakteri.<sup>4</sup> Definisi tonsilitis kronis menurut Perhimpunan Dokter Spesialis THT-KL Indonesia meliputi peradangan kronis pada tonsil sebagai kelanjutan dari peradangan akut atau subakut yang berulang dengan penyebab kuman nonspesifik. Perkumpulan profesi tersebut mendefinisikan tonsilitis kronis sama dengan tonsilitis akut rekuren.<sup>5</sup> Pada umumnya, kuman tonsilitis kronis sama dengan tonsillitis akut namun kadang dapat berubah menjadi bakteri gram negatif. Penyebab munculnya tonsilitis kronis melibatkan rangsangan dari faktor-faktor seperti merokok, asupan makanan tertentu, kebersihan mulut yang kurang baik, dampak cuaca, kelelahan fisik dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat. Infeksi berulang dan resolusi yang tidak sempurna dari tonsilitis akut menyebabkan kerusakan tonsil yang permanen pada tonsilitis kronis.<sup>1</sup>

## 2.2. Patogenesis dan Patofisiologi

Infeksi pada tonsil terjadi ketika ada kolonisasi dari patogen virus atau bakteri yang terjadi pada tonsil. Kolonisasi ini akan menimbulkan respon imun berupa pelepasan sitokin inflamasi dan aktivasi leukosit. Pelepasan sitokin secara sistemik akan menyebabkan demam. Kerusakan pada jaringan tonsil yang terjadi akibat patogen akan terlihat sebagai petekie dan eritem pada tonsil. Selain itu, sitokin inflamasi akan menyebabkan peningkatan permeabilitas vaskular yang akan membuat jaringan tonsil dan sekitarnya edem. Hal ini akan bermanifestasi sebagai edema tonsil dan hidung tersumbat. Terjadi pula peningkatan drainase limfatik ke daerah tersebut sehingga dijumpai pembesaran nodus servikal anterior. Aktivasi leukosit akan menyebabkan terbentuknya eksudat atau detritus pada tonsil karena akumulasi dan deposisi debris patogen yang dimatikan oleh leukosit.<sup>6</sup>

Pada perjalanan penyakit yang kronis, proses radang berulang menyebabkan terkikisnya epitel mukosa dan limfoid sehingga jaringan limfoid diganti oleh jaringan parut yang akan mengalami pengerutan sehingga kripta melebar. Kripta kemudian terisi dengan detritus. Proses ini berlangsung terus sehingga menembus kapsul tonsil dan menyebabkan perlekatan dengan jaringan di sekitar fosa tonsilaris.<sup>1</sup>

## 2.3. Diagnosis

Tonsilitis memiliki manifestasi asimptomatik hingga gejala berat yang timbul mendadak. Pasien yang datang dengan tonsilitis secara umum akan mengeluhkan nyeri pada tenggorokan yang diperparah saat menelan makanan. Nyeri sering dirasakan menjalar ke telinga. Keluhan lain juga dirasakan adanya rasa mengganjal di tenggorokan, tenggorokan kering, hingga napas bau.<sup>3</sup>

Pada pasien dengan tonsilitis akut viral, gejala yang dialami pasien menyerupai *common cold* yang disertai rasa nyeri tenggorok (Gambar 2).<sup>1,8</sup> Pada tonsilitis bakteri dapat ditemukan nyeri menelan, pembengkakan dan kemerahan pada tonsil, tonsil bereksudat, limfadenopati servikal, dan demam tinggi yang timbulnya cepat atau berlangsung dalam waktu singkat, dalam kurun waktu jam, hari hingga minggu (Gambar 3).<sup>3,8</sup>

Keluhan utama pasien dengan tonsilitis kronis berupa nyeri tenggorok yang berulang dirasakan. Pasien juga dapat mengalami odinofagia (nyeri menelan), rasa mengganjal dan kering di tenggorok, halitosis (mulut berbau), mendengkur, gangguan bernapas, serta gejala sistemik seperti demam, malaise, nafsu makan berkurang, dan sakit kepala.<sup>1,7</sup>

Pada pemeriksaan fisik berfokus pada tonsil. Pemeriksaan dengan bantuan spatula lidah dilakukan penilaian warna, ukuran, pelebaran muara kriptes, ada tidaknya detritus, dan hiperemis pada arkus anterior.<sup>1,7,8</sup> Selain itu, dapat ditemukan pembesaran kelenjar getah bening submandibula. Hasil pemeriksaan klinis yang membedakan kondisi akut dan kronis adalah kriptes yang melebar pada kondisi kronis (Gambar 4).<sup>1,7</sup> Kriteria diagnosis klinis untuk tonsilitis kronis adalah bila muncul satu atau lebih gejala dari anamnesis yang berulang disertai pembesaran tonsil dan atau hasil pemeriksaan fisik lain.<sup>5</sup>

Ukuran tonsil dinyatakan dalam T0, T1, T2, T3, dan T4 (Gambar 5). T0 apabila tonsil berada di dalam fossa tonsil atau telah diangkat. T1 apabila besar tonsil 1/4 jarak arkus anterior dan uvula, dimana tonsil tersembunyi di dalam pilar tonsilar. T2 apabila besar tonsil 2/4 jarak arkus anterior dan uvula, dimana tonsil membesar ke arah pilar tonsilar. T3 apabila besar tonsil 3/4 jarak arkus anterior dan uvula, atau terlihat mencapai luar pilar tonsilar. T4 apabila besar tonsil mencapai arkus anterior atau lebih, dimana tonsil mencapai garis tengah.<sup>3,7</sup>



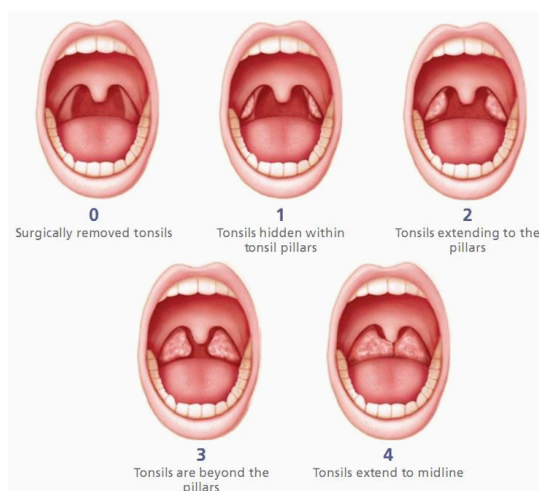
Gambar 2. Faringitis Viral (Pembesaran Tonsil Tanpa Hipertrofi dan Eksudat)<sup>8</sup>



Gambar 3. Faringitis Streptokokus dengan Pembesaran Tonsil Disertai Eksudat dan Hipertrofi<sup>8</sup>



Gambar 4. Tonsillitis Kronis dengan Kripta yang Terisi oleh Detritus<sup>7</sup>



Gambar 5. Penilaian Ukuran Tonsil<sup>3</sup>

Etiologi tersering dari tonsilitis akut bakteri adalah GABHS. Maka dari itu diciptakan kriteria penilaian risiko infeksi GABHS yang dinamakan *Modified Centor Score*. Skoring ini dapat membantu dokter untuk pemberian antibiotik pada tonsilitis akut yang memiliki kemungkinan akibat infeksi GABHS. Skor yang didapatkan memberi perkiraan resiko infeksi GABHS. Skor 0-1 menunjukkan

risiko infeksi yang sangat rendah. Skor 3-4 menunjukkan risiko infeksi streptokokus yang lebih besar.<sup>3</sup>

Tabel 1. *Modified Centor Score*<sup>3</sup>

Kriteria	Nilai
Suhu >38 derajat Celsius	1
Tidak ada batuk	1
Limfadenopati servikal anterior	1
Pembesaran tonsil atau eksudat	1
Usia 3-14 tahun	1
Usia 15-44 tahun	0
Usia >44 tahun	-1

Tabel 2. Skor risiko infeksi GABHS dengan *Modified Centor Score*<sup>3</sup>

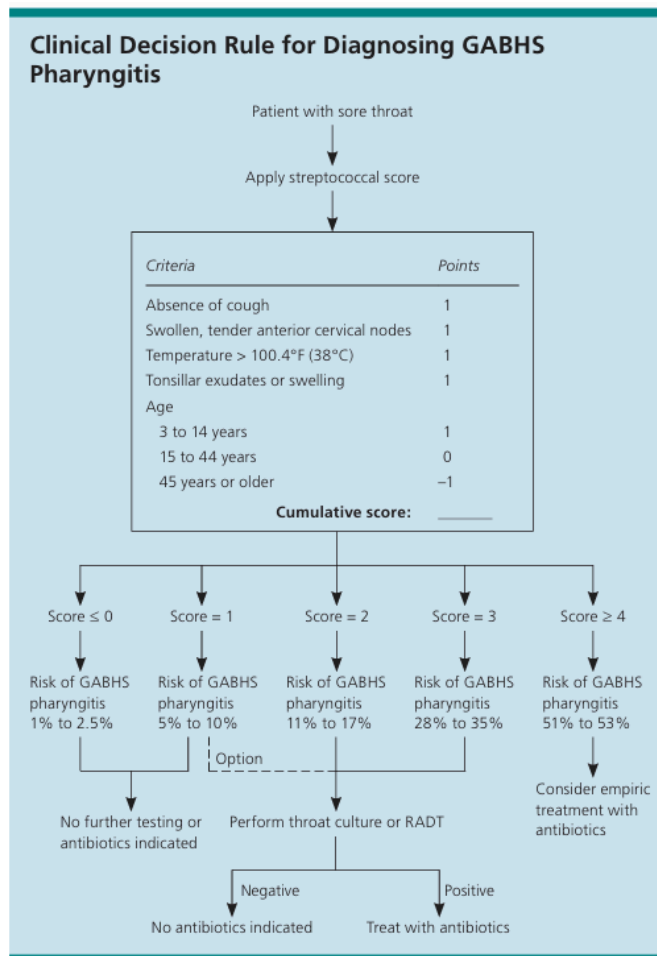
Skor Total	Risiko Infeksi (%)
$\geq 4$	51-53
3	28-35
2	11-17
1	5-10
$\leq 0$	1-2,5

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengkonfirmasi status bakteriologis dalam menegakan tonsilitis antara lain pemeriksaan kultur swab tenggorok dan tes cepat antigen (*rapid antigen detection test*). Sediaan untuk tes cepat antigen didapatkan dengan swab pada dinding posterior faring dan kedua tonsil. Kedua pemeriksaan dilakukan pada pasien dengan klinis yang mengarah

pada etiologi streptokokus. Manifestasi klinis pada dewasa yang mengarah pada infeksi streptokokus antara lain demam persisten, keringat malam, kaku badan, nodus limfe yang nyeri, pembengkakan tonsil atau eksudat tonsilofaringeal, *scarlatiniform rash*, dan petekie palatum. Pemeriksaan penunjang lain yaitu pemeriksaan titer antibodi anti streptokokus. Pemeriksaan tersebut tidak rutin dilakukan karena hasilnya menunjukkan tanda infeksi lampau.<sup>3</sup>

Pertimbangan pemeriksaan penunjang yang berlanjut pada pemberian antibiotik pada tonsilitis dapat menyesuaikan hasil dari skor Centor yang sudah dimodifikasi (Tabel 1-2, dan Gambar 6) untuk usia lebih dari 3 tahun dan kurang dari 45 tahun. Hasil skor Centor 0-1 (PNPK Tonsilitis Indonesia skor 1-2) pasien diberikan terapi simptomatik dengan evaluasi gejala dalam 3 hari. Bila tidak membaik, perlu diswab tenggorok. Pada pasien dengan skor 2-3 (PNPK Tonsilitis Indonesia skor 3-4) dapat diperiksakan swab tenggorok, namun bila di faskes tidak terdapat fasilitas tersebut, pasien dapat diberikan antibiotik empiris. Jika tidak ada perbaikan dalam 5 hari, perlu dicurigai adanya resistensi antibiotik. Pasien dengan skor 4 dapat dipertimbangkan langsung pemberian antibiotik empiris tanpa pemeriksaan penunjang.<sup>3,8</sup>





Gambar 6. Algoritma Pendekatan Klinis Nyeri Tenggorokan<sup>8</sup>

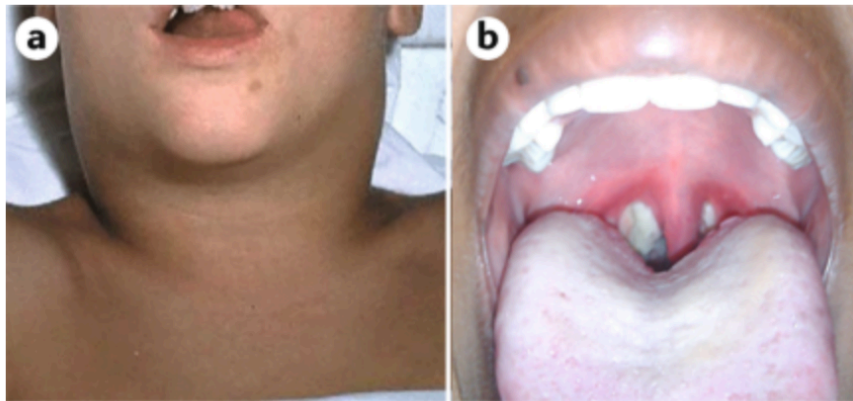
## 2.4. Diagnosis Banding

### 2.4.1. Tonsilitis Difteri

Etiologi penyebab tonsilitis difteri merupakan *Coryne bacterium diphtheria*, bakteri gram positif pada hidung, faring, dan laring. Tonsilitis difteri banyak ditemukan pada anak berusia dibawah 10 tahun, terutama pada usia 2-5 tahun. Frekuensi tonsilitis difteri telah menurun sejak adanya imunisasi difteri pada anak dan bayi.<sup>1</sup>

Pasien dengan tonsilitis difteri memiliki gambaran klinik yang terbagi menjadi 3, yaitu gejala umum, gejala lokal, dan gejala akibat eksotoksin. Gejala umum merupakan gejala sistemik yang juga ditemukan pada penyebab infeksi lain, seperti kenaikan suhu tubuh, nyeri kepala, nafsu makan menurun, badan lemah, nadi lambat, dan nyeri saat menelan. Gejala lokal didapatkan berupa pembengkakan tonsil dengan bercak putih kotor yang semakin meluas dan bersatu membentuk membran semu, dan didapatkan mukosa yang berdarah apabila

membran diangkat. Membran yang terbentuk dapat meluas ke palatum mole, uvula, nasofaring, laring, trakea, hingga bronkus, dan dapat ditemukan adanya penyumbatan saluran napas. Apabila infeksi terus berjalan, juga dapat ditemukan adanya pembengkakan kelenjar limfa hingga menyerupai *bull's neck* atau *Burgeemester's hals* (Gambar 7). Gejala akibat eksotoksin merupakan gejala yang muncul akibat eksotoksin yang dikeluarkan pada berbagai jaringan tubuh seperti miokard, saraf kranial, dan ginjal. Pada kerusakan miokarditis dapat ditemukan *decompensatio cordis*, pada saraf kranial dapat ditemukan keluhan kelemahan atau kelumpuhan pada otot-otot palatum dan pernapasan, pada ginjal dapat ditemukan albuminuria. Diagnosis tonsilitis difteri dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan preparat langsung dengan pengambilan spesimen dari bawah membran semu.<sup>1,9</sup>



Gambar 7. Temuan Klinis Difteri.<sup>9</sup>

(A) *Bull's neck*, (B) Pseudomembran pada faring posterior

#### 2.4.2. Tonsillitis septik

Etiologi penyebab tonsilitis septik merupakan *Streptococcus hemolyticus*, bakteri yang dapat ditemukan dalam susu sapi. Tonsilitis septik jarang ditemukan di Indonesia karena kebiasaan masyarakat untuk pasteurisasi susu sebelum dikonsumsi.<sup>1</sup> *Modified CENTOR score* dapat digunakan untuk mengestimasi adanya infeksi streptokokal pada pasien untuk membantu pemilihan terapi yang tepat.<sup>1,9</sup>

#### 2.4.3. Angina Plaut Vincent

Etiologi penyebab angina plaut vincent merupakan bakteri *Spirochaeta* atau *Treponema* yang banyak ditemukan pada pasien dengan higienitas mulut yang kurang atau defisiensi vitamin C. Secara klinis, didapatkan pasien dengan keluhan disfagia unilateral dan bau napas busuk serta demam, nyeri kepala, badan lemah, rasa nyeri di mulut, hipersalivasi, serta gigi dan gusi yang mudah berdarah. Diagnosis didapatkan mukosa mulut dan faring hiperemis, ulkus unilateral yang terlalisi fibrin berupa membran putih keabuan pada tonsil palatina, uvula, dinding faring, gusi, atau prosesus alveolaris. Pemeriksaan mikroskopik dengan apusan pewarnaan gram juga dapat dilakukan dengan temuan organisme penyebabnya.<sup>1,7</sup>

#### **2.4.4. Leukemia Akut**

Pada pasien dengan leukemia akut, dapat ditemukan keluhan awal berupa epistaksis, perdarahan pada mukosa mulut atau gusi, serta dibawah kulit, serta pembengkakan tonsil dengan membran semu disertai rasa nyeri yang hebat di tenggorok.<sup>1,10</sup>

#### **2.4.5. Infeksi Mononukleosis**

Infeksi mononukleosis merupakan infeksi akibat Epstein-Barr virus (EBV) yang umumnya ditemukan pada pasien adolesen atau dewasa muda. Gejala klinis pada pasien infeksi mononukleosis berupa gejala sistemik, yang sering kali disertai dengan tonsilitis sebagai gejala inisial atau kardinal dengan temuan tonsilo faringitis ulsero membranosa bilateral (Gambar 8). Membran semu yang menutupi ulkus dapat dengan mudah diangkat, dan tidak menyebabkan perdarahan. Gejala lain yang dapat ditemukan berupa fatigue, anoreksia, serta peningkatan suhu tubuh (38-39°C), keluhan pembesaran kelenjar limfa pada regio leher, ketiak, dan inguinal, sakit saat menelan.<sup>1,7</sup>



Gambar 8. Tonsil pada Infeksi Mononukleosis.<sup>7</sup>

## 2.5. Tatalaksana

Tatalaksana tonsilitis berupa medikamentosa dan non-medikamentosa. Terapi medikamentosa meliputi analgetik dan antibiotik.<sup>1,3</sup>

Analgetik yang dapat diberikan berupa paracetamol atau ibuprofen. Pada anak pilihan utamanya adalah paracetamol. Analgetik yang menjadi pilihan pada pasien dewasa berupa ibuprofen atau parasetamol.<sup>3</sup>

Golongan antibiotik penisilin masih menjadi pilihan utama pada tonsilitis akibat infeksi GABHS (Gambar 9). Pilihan antibiotik yang dapat diberikan adalah amoksisilin peroral 50mg/KgBB/Hari, terbagi menjadi 1 dosis atau 2 dosis sehari, selama 10 hari. Kolegium Dokter Keluarga Amerika merekomendasikan Amoksisilin dosis dewasa 500 mg 2 kali sehari pada gejala ringan hingga sedang dan 875 mg 2 kali sehari pada gejala berat. Panduan Tonsilitis Indonesia merekomendasikan dosis Amoksisilin untuk dewasa adalah 3x500 mg.<sup>3,8</sup>

Selain itu, sefalosporin generasi pertama seperti cephalexin dapat diberikan dengan dosis 20mg/KgBB dua kali sehari, selama 10 hari. Cefadroxil 30 mg/kgBB sekali sehari juga dapat menjadi pilihan. Cephalexin dapat menjadi pilihan obat bila pasien ada hipersensitivitas tipe 4 terhadap penisilin.<sup>3,8</sup>

Pada pasien dengan hipersensitivitas tipe 1 terhadap penisilin dapat diberikan pilihan obat Azitromisin, Klindamisin, atau Klaritromisin. Penggunaan dosis antibiotik tersebut di Indonesia antara lain Klindamisin peroral 7mg/kgBB, 3 kali sehari selama 10 hari, Azitromisin 500 mg per hari selama 3 hari, dan Klaritromisin 7,5 mg/kgBB 2 kali sehari selama 10 hari.<sup>3,8</sup>

Pemberian terapi tambahan kortikosteroid pada anak dan dewasa dapat memberikan perbaikan gejala signifikan, namun tidak diberikan secara rutin. Dosis kortikosteroid sebagai antiinflamasi yang digunakan adalah prednison 3x1 tablet untuk 3 hari. Selain itu dapat ditambahkan juga obat kumur antiseptik. Obat kumur antiseptik yang berisi chlorhexidine atau benzydamine memberikan hasil yang baik dalam mengurangi keluhan nyeri tenggorok dan memperbaiki gejala.<sup>3,8</sup>

Table 3. Recommended Antibiotics for Treatment of GABHS Pharyngitis			
Drug	Dosage	Duration	Cost*
<b>First-line treatments</b>			
Amoxicillin	Children: 50 mg per kg per day orally (maximum: 1,000 mg per day) Adults with mild to moderate GABHS pharyngitis: 500 mg orally two times per day Adults with severe GABHS pharyngitis: 875 mg orally two times per day	10 days	\$4
Penicillin G benzathine	Children < 60 lb (27 kg): $6.0 \times 10^6$ units intramuscularly Children $\geq$ 60 lb and adults: $1.2 \times 10^6$ units intramuscularly	One dose	Varies
Penicillin V	Children with mild to moderate GABHS pharyngitis: 25 mg per kg per day orally, in two divided doses (maximum: 1,000 mg per day) Children with severe GABHS pharyngitis: 50 mg per kg per day orally, in two divided doses (maximum: 1,000 mg per day) Adults: 500 mg orally two times per day	10 days	\$5
<b>Treatment for patients with type IV hypersensitivity to penicillin</b>			
Cephalexin (Keflex)	Children: 25 to 50 mg per kg per day orally, in two divided doses (maximum: 1,000 mg per day) Adults: 500 mg orally two times per day	10 days	\$4 (\$190)
<b>Treatments for patients with type I hypersensitivity to penicillin</b>			
Azithromycin (Zithromax)	Children: 12 mg per kg per day orally (maximum: 500 mg per day) Adults: 500 mg orally on day 1, then 250 mg on days 2 through 5	5 days	\$10 (\$148)
Clarithromycin (Biaxin)	Children: 7.5 mg per kg every 12 hours (maximum: 500 mg per dose) Adults: 250 mg orally every 12 hours	10 days	\$23 (\$202)
Clindamycin	Children: 21 mg per kg per day orally, divided every eight hours (maximum: 300 mg per dose) Adults: 300 mg orally every eight hours	10 days	\$17
GABHS = group A beta-hemolytic streptococcal.			
*—Estimated retail cost for one treatment course based on prices obtained at <a href="http://www.goodrx.com">http://www.goodrx.com</a> (accessed April 18, 2016). Generic price listed first; brand name in parentheses, if available.			
Information from references 1, 3, 23, 24, and 28 through 35.			

Gambar 9. Rekomendasi Antibiotik Tatalaksana Faringitis akibat GABHS<sup>8</sup>

Penanganan tonsilitis kronis meliputi terapi medikamentosa dan operatif. Perawatan ini bertujuan untuk mengatasi masalah kebersihan mulut yang kurang memadai dengan antibiotik. Antibiotik jenis penicillin masih digunakan dalam sebagian besar situasi. Pada kasus yang berulang, mungkin diperlukan antibiotik yang berbeda. Terapi bedah untuk tonsilitis kronis berupa tonsilektomi dapat dipertimbangkan bila perawatan konservatif tidak berhasil. Indikasi dilakukan tonsilektomi sesuai dengan *The American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Clinical Indicators Compendium* yaitu:<sup>1,7</sup>

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 pulmonale
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

## 2.6. Komplikasi

Pada anak, tonsilitis akut bakteri dapat menimbulkan komplikasi berupa otitis media akut, sinusitis, abses peritonsil, abses parafaring, bronkitis, glomerulonefritis akut, miokarditis, artritis, serta septikemia. Pembesaran tonsil juga dapat menyebabkan tidur mendengkur, nafas mulut dan *obstructive sleep apnea*.<sup>1,2</sup>

Tonsilitis yang berkelanjutan dapat mengakibatkan komplikasi lokal seperti rinitis kronis, sinusitis, atau otitis media melalui penyebaran yang terus-menerus. Komplikasi yang lebih jauh dapat terjadi melalui peredaran darah atau sistem limfatik, termasuk endokarditis, artritis, miokarditis, nefritis, uveitis, iridosiklitis, dermatitis, pruritus, urtikaria, dan furunkulosis.<sup>1</sup> Selain itu, komplikasi lainnya yang dapat terjadi yaitu<sup>2</sup>

1. Abses parafaring akibat proses supurasi KGB leher bagian dalam, tonsil, faring, hidung, sinus paranasal, dan mastoid.<sup>2</sup>
2. *Obstructive sleep apnea* yang umumnya terjadi pada anak-anak. Hal ini terjadi karena pembesaran tonsil dan adenoid.<sup>2</sup>
3. Abses peritonsillar akibat perluasan infeksi pada kapsul tonsil yang mengenai jaringan sekitarnya. Komplikasi ini sangat sering terjadi pada tonsilitis berulang.<sup>2</sup>

## 2.7. Prognosis

Tonsilitis akut tanpa komplikasi memiliki prognosis yang sangat baik. Sebagian besar kasus dapat sembuh dengan sendirinya pada pasien yang sehat. Tonsilitis kronis dan berulang berdampak terhadap kualitas hidup pasien. Pasien

yang mengalami infeksi berulang mungkin membutuhkan tindakan bedah yang umumnya memiliki prognosis jangka panjang yang baik, dengan gejala tonsillitis kronis yang menghilang. Dengan pemberian terapi antibiotik, pasien dengan komplikasi seperti abses peritonsil memiliki prognosis jangka panjang yang baik. Pada kasus dengan komplikasi infeksi streptokokus grup A (GABHS), seperti demam rematik dan glomerulonefritis, pasien dapat mengalami gejala sisa jangka panjang, termasuk penyakit katup jantung dan penurunan fungsi ginjal.<sup>2</sup>

### **BAB III**

### **PEMBAHASAN**

Pada pasien dalam kasus, faktor risiko yang memungkinkan kondisi pasien menjadi kronis adalah infeksi yang berulang, pengobatan akut yang tidak adekuat, yang menyebabkan resolusi penyakit yang tidak sempurna sehingga berdampak pada kerusakan tonsil permanen. Pasien juga memiliki riwayat pengobatan yang kurang adekuat karena cenderung mengabaikan bila ada keluhan serupa dalam 1 terakhir ini.

Manifestasi klinis yang muncul pada pasien berupa nyeri tenggorokan sejak 1 minggu sebelum ke puskesmas yang disertai rasa mengganjal di tenggorokan, napas bau, benjolan di leher. Keluhan tersebut berulang sejak 5 tahun yang lalu. Pada pemeriksaan fisik ditemukan pembesaran tonsil T3-T2 dengan kripte melebar dan arkus faring anterior yang tampak hiperemis. Kemudian adanya pembesaran KGB servikal anterior sinistra disertai nyeri tekan minimal. Temuan kripte melebar akibat kerusakan jaringan yang terus menerus sehingga berubah menjadi jaringan parut.<sup>1</sup> Pembesaran KGB servikal anterior menunjukkan adanya peningkatan drainase limfatik pada bagian tersebut.<sup>6</sup> Nyeri pada KGB menunjukkan gejala infeksi bakteri streptokokus.<sup>3</sup>

Mengacu pada Panduan Praktik Klinis Perhimpunan Dokter Spesialis THT-KL Indonesia, pada pasien sudah memenuhi kriteria diagnosis tonsilitis kronis, karena muncul minimal satu keluhan yang berulang disertai pembesaran ukuran tonsil dan pemeriksaan fisik seperti penjelasan sebelumnya.<sup>5</sup>

Diagnosis banding yang terpikirkan pada pasien sudah dapat tersingkirkan. Klinis pasien tidak sesuai tonsilitis difteri karena pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan pseudomembran di faring posterior yang ketika diangkat berdarah ataupun tampilan *bull's neck*. Berdasarkan epidemiologi pula usia pasien tidak termasuk dalam rentang usia tonsilitis difteri, yang mana dibawah 10 tahun.

Klinis pasien tidak sesuai pula dengan Angina Plaut-Vincent karena tidak ditemukan adanya membran putih keabuan. Begitu pula dengan leukemia akut karena tidak ada keluhan epistaksis, perdarahan di mukosa atau bawah kulit, dan tidak ada membran semu. Diagnosis banding infeksi mononukleosis juga dapat tersingkirkan karena tidak ditemukan membran semu yang bila diangkat tidak berdarah.

Pada pasien tidak perlu dihitung skor Centor karena sudah masuk kondisi tonsilitis kronis yang penyebabnya bakteri nonspesifik sehingga dapat diberikan terapi antibiotik



empiris yang secara teori diberikan sambil menunggu hasil kultur. Meskipun, secara ideal pemeriksaan swab tenggorok diperlukan untuk mengkonfirmasi etiologi bakteri sehingga dapat diberikan terapi antibiotik spektrum yang lebih sempit. Akan tetapi, Puskesmas Ambal 2 tidak tersedia layanan tersebut, maka pasien diberikan antibiotik empiris tanpa dilakukan pemeriksaan penunjang. Pada pasien ini pemberian antibiotik mengikuti acuan rekomendasi Dokter Keluarga Amerika yaitu pemberian Amoksisilin 2x500 mg selama 10 hari karena pada saat pemeriksaan penulis belum menemukan rekomendasi dari Indonesia. Akan tetapi, berdasarkan tinjauan literatur telah diketahui rekomendasi dosis untuk Amoksisilin dewasa di Indonesia adalah 3x500 mg. Pasien juga diberikan terapi simptomatis parasetamol 3x500 mg untuk 3 hari dan dexametason 3x0,5 mg.

Komplikasi pada pasien perlu dievaluasi lebih jauh lagi ketika pasien memiliki keluhan serupa di masa depan. Adanya tonsil yang membesar menjadi faktor yang dapat merangsang mendengkur dan apnea saat tidur.<sup>7</sup> Akan tetapi, kondisi pasien yang memiliki indeks massa tubuh obesitas ringan (IMT Pasien 26,2 kg/m<sup>2</sup>) juga bisa merangsang kondisi tersebut.<sup>7</sup> Maka dari itu perlu didalami kembali saat pasien kembali berobat dan ini bisa menjadi pertimbangan penilaian pasien apakah perlu dirujuk ke dokter spesialis THT-KL untuk pertimbangan tonsilektomi karena kondisi tonsilitis pasien yang sudah rekuren dan gangguan saat tidur.

Prognosis kondisi pasien saat ini tidak ada keluhan yang mengancam jiwa, seperti sesak napas akibat obstruksi jalan napas ataupun tanda-tanda vital yang tidak stabil sehingga prognosis *ad vitam* pasien bonam. Pasien dapat kembali melanjutkan aktivitas seperti biasa meskipun kualitas hidupnya terpengaruh karena gangguan menelan yang dialami saat ini sehingga prognosis *ad functionam* pasien dubia *ad bonam*. Kekambuhan kondisi pasien saat ini sangat bergantung pada kepatuhan pasien dalam minum obat, terutama antibiotik. Maka dari itu prognosis *ad sanationam* pada pasien ini dubia *ad bonam*.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN**

Tonsilitis adalah peradangan pada tonsil palatina yang sering terjadi pada anak-anak, dengan penyebab utama berupa infeksi virus dan bakteri, khususnya *Group A beta-hemolytic streptococcus* (GABHS). Tonsilitis dapat bersifat akut, rekuren, atau kronis, ditandai oleh gejala seperti nyeri tenggorokan, pembengkakan tonsil, demam, dan bau napas tidak sedap. Infeksi berulang pada tonsilitis kronis dapat menyebabkan kerusakan jaringan tonsil hingga komplikasi seperti abses, *obstructive sleep apnea*, dan infeksi sistemik. Diagnosis melibatkan pemeriksaan klinis dan, jika diperlukan, tes tambahan seperti swab tenggorok atau rapid antigen test. Penanganan meliputi terapi medikamentosa seperti analgetik dan antibiotik (penisilin atau alternatifnya) serta tonsilektomi pada kasus kronis atau rekuren. Prognosis umumnya baik, meski komplikasi berat seperti demam rematik atau glomerulonefritis dapat memengaruhi kualitas hidup pasien.

Pada makalah ini dilaporkan pasien Ny. P, 48 tahun, dengan keluhan nyeri tenggorokan sejak 1 minggu sebelumnya, yang sudah berulang sejak 5 tahun yang lalu. Keluhan disertai rasa mengganjal di tenggorokan, napas bau, benjolan di leher, serta mendengkur saat tidur. Pemeriksaan fisik menunjukkan KGB profunda di anterior servikal sinistra dengan konsistensi lunak, soliter, berukuran 1 cm x 0,5 cm, batas tegas, nyeri tekan minimal, tidak bergerak ke atas saat menelan, arkus faring anterior hiperemis, T3-T2 dengan kripte melebar. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik mendukung diagnosis tonsilitis kronis. Pada pasien diberikan Amoksisilin, Paracetamol, dan Deksametason.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Soepardi EA. Faringitis, Tonsilitis dan Hipertrofi Adenoid. Dalam : Soepardi EA, Iskandar N, Bashiruddin J, Restuti Dwi R, editor. Buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorok. Edisi Ke 7. Jakarta: FKUI; 2017. H.197-200.
2. Anderson J, Paterek E. Tonsillitis. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544342/>
3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/157/2018 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tonsilitis. 2018; Available from: [https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduhan\\_1610421914\\_976971.pdf](https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduhan_1610421914_976971.pdf)
4. Shah UK. Acute and chronic infections of the oral cavity and pharynx. *Pediatric Otolaryngology*. 2007;138–50. doi: 10.1016/B978-0-323-04855-2.50015-0
5. Trimartani, Hermani B, Dharmabakti US, Rasad SA, Rosalina D, Endiyarti F, et al. Panduan Praktik Klinis Tindakan di Bidang Telinga Hidung Tenggorok - Kepala Leher. Volume 1. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher Indonesia; 2015.
6. Marchak A. Tonsillitis: pathogenesis and clinical findings [Internet]. Calgary: Calgary Guide; 2018 Nov 5 [Cited 2024 Nov 8]. Available from: <https://calgaryguide.ucalgary.ca/Tonsillitis:-Pathogenesis-and-clinical-findings/>.
7. Probst R, Grevers G, Iro H. Basic otorhinolaryngology: A Step-by-Step Learning Guide. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2018.
8. Kalra MG, Higgins KE, Perez ED. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2016 Jul 1;94(1):24-31. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2017 Apr 1;95(7):414. PMID: 27386721.
9. Sharma NC, Efstratiou A, Mokrousov I, Mutreja A, Das B, Ramamurthy T. Diphtheria. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Dec 5;5(1):81.
10. Sharma K, Das S, Goswami A. A Study on Acute Membranous Tonsillitis, Its Different Etiologies and Its Clinical Presentation in a Tertiary Referral Centre. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Dec;74(Suppl 3):4543–8.