

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR MEDIK

1. Pengertian tonsilitis

Tonsillitis adalah terdapatnya peradangan umum dan pembengkakan dari jaringan tonsil dengan pengumpulan leukosit, sel-sel epitel mati dan bakteri patogen dalam kriptas. Tanda dan gejala tonsillitis ini adalah nyeri tenggorokan, nyeri telan dan kesulitan menelan, demam, pembesaran tonsil, mulut berbau dan telinga terasa sakit (NANDA 2012: 437)

Tonsillitis adalah radang yang disebabkan oleh infeksi bakteri kelompok A *Streptococcus Beta Hemolitik*, namun dapat juga disebabkan oleh bakteri jenis lain atau oleh infeksi virus (hembing, 2006).

Tonsillitis adalah peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Cincin Waldeyer terdiri atas susunan kelenjar limfa yang terdapat di dalam rongga mulut yaitu : tonsil faringeal (adenoid), tonsil palatine (tonsil faucial), tonsil lingual (tonsil pangkal lidah), tonsil tuba Eustachius (lateral band dinding faring) (Soepardi, Effiaty Arsyad, dkk, 2007)

Tonsillitis kronis merupakan kondisi dimana terjadi pembesaran tonsil disertai dengan serangan infeksi yang berulang-ulang. Tonsillitis merupakan salah satu penyakit yang paling umum ditemukan pada masa anak-anak. Angka kejadian tertinggi terutama antara anak-anak dalam kelompok usia antara 5 sampai 10 tahun yang mana radang tersebut

merupakan infeksi dari berbagai jenis bakteri (brook dan gober, dalam hammouda, 2009).

Tonsillitis adalah suatu peradangan pada hasil tonsil (amandel) yang sangat sering ditemukan terutama pada anak-anak (sriyoni, 2006).

2. Klasifikasi Tonsillitis

a. Tonsillitis akut

1) Tonsillitis viral

Tonsilitis dimana gejalanya lebih menyerupai common cold yang disertai rasa nyeri tenggorok. Penyebab yang paling sering adalah virus *Epstein Barr*. Hemofilus influenza merupakan penyebab Tonsillitis Akut supuratif. Jika terjadi infeksi virus *coxsackie*, maka pada pemeriksaan rongga mulut akan tampak luka-luka pada palatum dan tonsil yang sangat nyeri dirasakan pasien (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

2) Tonsilitis bakterial

Radang akut tonsil dapat disebabkan kuman grup A. *Streptococcus beta hemolitikus* yang dikenal sebagai *strep throat*, *pneumokokus*, *Streptococcus viridian*, *Streptococcus piogenes*. Infiltrasi bakteri pada lapisan epitel jaringan tonsil akan menimbulkan reaksi radang berupa keluarnya leukosit polimorfonukleat sehingga terbentuk detritus. Bentuk tonsillitis akut dengan detritus yang jelas disebut tonsillitis folikularis. Bila bercak-bercak detritus ini menjadi satu, membentuk alur-alur

maka akan terjadi tonsillitis lakunaris (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

b. Tonsilitis Membranosa

1) Tonsilitis difteri

Tonsilitis difteri merupakan tonsilitis yang disebabkan kuman *Coryne bacterium diphtheriae*. Tonsillitis difteri sering ditemukan pada anak-anak berusia kurang dari 10 tahun frekuensi tertinggi pada usia 2-5 tahun (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

2) Tonsillitis septik

Tonsillitis yang disebabkan karena *Streptococcus hemolitikus* yang terdapat dalam susu sapi (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

3) Tonsillitis *Plaut Vincent* (stomatitis ulsero membranosa)

Tonsilitis yang disebabkan karena bakteri spirochaeta atau triponoma yang didapatkan pada penderita dengan *hygiene* mulut yang kurang dan defisiensi vitamin C (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

c. Penyakit kelainan darah

Tidak jarang tanda leukemia akut, angina agranulositis dan infeksi mononukleusis timbul di faring atau tonsil yang tertutup membrane semu. Gejala pertama sering berupa epitaksis, perdarahan di mukosa mulut, gusi dan di bawah kulit sehingga kulit tampak bercak kebiruan.

1) Tonsillitis kronik

Tonsillitis kronik timbul karena rangsangan yang menahun dari rokok, beberapa jenis makanan, *hygiene* mulut yang buruk, pengaruh cuaca, kelelahan fisik, dan pengobatan tonsillitis akut yang tidak adekuat (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

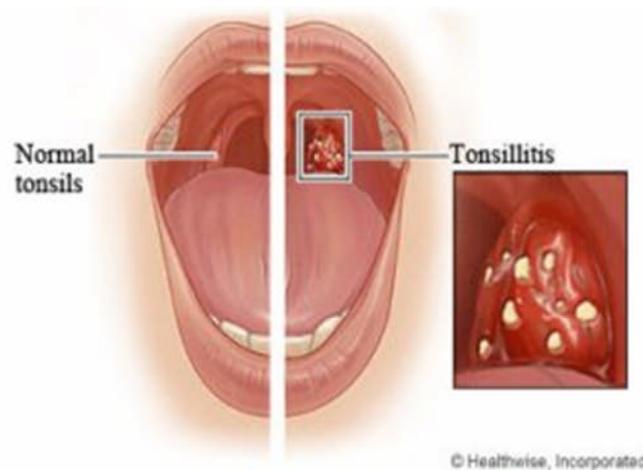
2) Tonsillitis folikulari

Tonsil membesar membesar dan hiperemis, permukaannya diliputi eksudat diliputi bercak putih yang mengisi kripta tonsil yang disebut detritus. Detritus ini terdapat leukosit, epitel yang terlepas akibat peradangan dan sisa-sisa makanan tersangkut (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

3) Tonsillitis Lakunaris

Bila bercak yang berdekatan bersatu dan mengisi lacuna (lekuk-lekuk) permukaan tonsil (Soepardi Effiaty Arsyad, dkk,2007).

3. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Tonsil

Tonsil terdiri dari jaringan limfoid yang dilapisi oleh epitel respiratori. Cincin weldeyer merupakan jaringan limfoid yang membentuk lingkaran di faring yang terdiri dari tonsil palatina, tonsil faringeal (adenoid) tonsil lingual, dan tonsil tubal (ruiz JW, 2009).

a. Tonsil palatina

Tonsil palatina adalah suatu massa jaringan limfoid yang terletak di dalam fosa tonsil pada kedua sudut orofaring, dan dibatasi oleh pilar anterior (otot palatoglossus) dan pilar posterior (otot palatofaringeus). Tonsil berbentuk oval dengan panjang 2-5 cm, masing-masing tonsil mempunyai 10-30 kriptus yang meluas ke dalam jaringan tonsil. Tonsil tidak seluruh mengisi fosa tonsilaris, daerah yang kosong di atasnya dikenal sebagai fosa supratonsilar.

Tonsil terletak di lateral orofaring. Dibatasi oleh :

- 1) Lateral - muskulus konstriktor faring superior
- 2) Anterior - muskulus palatoglossus
- 3) Posterior - muskulus palatofaringeus
- 4) Superior - palatum mole
- 5) Inferior - tonsil lingual (Wanri A, 2007)

Permukaan tonsil palatina ditutupi epitel berlapis gepeng yang juga melapisi invaginasi atau kripti tonsila. Banyak limfanodus terletak di bawah jaringan ikat dan tersebar sepanjang kriptus. Limfonoduli terbenam di dalam stroma jaringan ikat retikular dan jaringan limfatik difus. Limfonoduli merupakan bagian penting mekanisme pertahanan tubuh yang tersebar diseluruh tubuh

sepanjang jalur pembuluh limfatik. Noduli sering saling menyatu dan umumnya memperlihatkan pusat germinal (Anggraini D, 2001).

1) Fosa Tonsil

Fosa tonsil dibatasi oleh otot-otot orofaring, yaitu batas anterior adalah otot palatoglossus, batas posterior adalah otot palatofaringeus dan batas lateral atau dinding luarnya adalah otot konstriktor faring superior (Shnayder, Y, 2008). Berlawanan dengan dinding otot yang tipis ini, pada bagian luar dinding faring terdapat nervus ke IX yaitu nervus glosofaringeal (Wiatrak BJ, 2005).

2) Pendarahan

Tonsil mendapat pendarahan dari cabang-cabang arteri karotis eksterna, yaitu 1) arteri maksilaris eksterna (arteri fasialis) dengan cabangnya arteri tonsilaris dan arteri palatina asenden; 2) arteri maksilaris interna dengan cabangnya arteri palatina desenden; 3) arteri lingualis dengan cabangnya arteri lingualis dorsal; 4) arteri faringeal asenden. Kutub bawah tonsil bagian anterior diperdarahi oleh arteri lingualis dorsal dan bagian posterior oleh arteri palatina asenden, diantara kedua daerah tersebut diperdarahi oleh arteri tonsilaris. Kutub atas tonsil diperdarahi oleh arteri faringeal asenden dan arteri palatina desenden. Vena-vena dari tonsil membentuk pleksus yang bergabung dengan pleksus dari faring. Aliran balik melalui pleksus vena di sekitar kapsul tonsil, vena lidah dan pleksus faringeal (Wiatrak BJ, 2005).

3) 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, 2007).

4) Persarafan

Tonsil bagian bawah mendapat sensasi dari cabang serabut saraf ke IX (*nervus glosfaringeal*) dan juga dari cabang desenden *lesser palatine nerves* (Wiatrak BJ, 2005)..

5) Imunologi Tonsil

Tonsil merupakan jaringan limfoid yang mengandung sel limfosit. Limfosit B membentuk kira-kira 50-60% dari limfosit tonsilar. Sedangkan limfosit T pada tonsil adalah 40% dan 3% lagi adalah sel plasma yang matang (Wiatrak BJ, 2005). Limfosit B berproliferasi di pusat germinal. Immunoglobulin (IgG, IgA, IgM, IgD), komponen komplemen, interferon, lisozim dan sitokin berakumulasi di jaringan tonsilar (Eibling DE, 2003). Sel limfoid yang immunoreaktif pada tonsil dijumpai pada 4 area yaitu epitel sel retikular, area ektrafolikular, *mantle zone* pada folikel limfoid dan pusat germinal pada folikel limfoid (Wiatrak BJ, 2005).

Tonsil merupakan organ limfatik sekunder yang diperlukan untuk diferensiasi dan proliferasi limfosit yang sudah disensitisasi. Tonsil mempunyai 2 fungsi utama yaitu 1) menangkap dan mengumpulkan bahan asing dengan efektif; 2) sebagai organ utama produksi antibodi dan sensitisasi sel limfosit T dengan antigen spesifik (Hermani B, 2004).

b. Tonsil Faringeal (Adenoid)

Adenoid merupakan masa limfoid yang berlobus dan terdiri dari jaringan limfoid yang sama dengan yang terdapat pada tonsil. Lobus atau segmen tersebut tersusun teratur seperti suatu segmen terpisah dari sebuah ceruk dengan celah atau kantong diantaranya. Lobus ini tersusun mengelilingi daerah yang lebih rendah di bagian tengah, dikenal sebagai bursa faringus. Adenoid tidak mempunyai kriptus. Adenoid terletak di dinding belakang nasofaring. Jaringan adenoid di nasofaring terutama ditemukan pada dinding atas dan posterior, walaupun dapat meluas ke fosa Rosenmuller dan orifisium tuba eustachius. Ukuran adenoid bervariasi pada masing-masing anak. Pada umumnya adenoid akan mencapai ukuran maksimal antara usia 3-7 tahun kemudian akan mengalami regresi (Hermani B, 2004).

c. Tonsil Lingual

Tonsil lingual terletak di dasar lidah dan dibagi menjadi dua oleh ligamentum glosopiglotika. Di garis tengah, di sebelah anterior massa ini terdapat foramen sekum pada apeks, yaitu sudut yang terbentuk oleh papilla sirkumvalata (Kartosoediro S, 2007)

4. Etiologi

Penyebab tonsillitis bermacam-macam, diantaranya adalah yang tersebut di bawah ini :

- a. *Streptococcus Beta Hemolitikus*
- b. *Streptococcus Pyogenis*
- c. *Streptococcus Viridans*
- d. Virus influenza

Infeksi ini menular melalui kontak dari sekret hidung dan ludah (*droplet infections*)

Etiologi tonsillitis adalah :

- a. *Streptococcus Beta Hemolitikus*

Streptococcus beta hemolitikus adalah bakteri gram positif yang dapat berkembang biak di tenggorokan yang sehat dan bisa menyebabkan infeksi saluran nafas akut (mansjoer, 2005).

- b. *Streptococcus Pyogenis*

Streptococcus pyogenis adalah bakteri gram positif bentuk bundar yang tumbuh dalam rantai panjang dan menyebabkan infeksi *streptococcus grup A*. *Streptococcus Pyogenis* adalah penyebab penyakit penting pada manusia berkisar dari infeksi khasnya bermula di tenggorokan dan kulit (mansjoer, 2005).

- c. *Streptococcus Viridans*

Streptococcus viridians adalah kelompok besar bakteri streptococcus komensal yang baik a-hemolitik, menghasilkan warna hijau pekat agar darah. Viridans memiliki kemampuan yang unik sintetis dekstran dari

glukosa yang memungkinkan mereka mematuhi agregat fibrin-platelet dikatup jantung yang rusak (mansjoer, 2005).

d. Virus Influenza

Virus influenza adalah virus RNA dari familia *Orthomyxo viridae* (virus influenza). Virus ini ditularkan dengan medium udara melalui bersin pada manusia gejala umum yang terjadi yaitu demam, sakit tenggorokan, sakit kepala, hidung tersumbat. Dalam kasus yang buruk influenza juga dapat menyebabkan terjadinya pneumonia (mansjoer, 2005).

5. Insiden

Pola penyakit THT (Telinga Hidung Tenggorokan) bervariasi pada tiap-tiap Negara. Banyak faktor lingkungan dan sosial diyakini bertanggung jawab terhadap etiologi infeksi penyakit ini. Penelitian yang dilakukan di Departemen THT Islamabad-Pakistan selama 10 tahun (Januari 1998-Desember 2007) dari 68.488 kunjungan pasien didapati penyakit Tonsilitis Kronis merupakan penyakit yang paling banyak dijumpai yakni sebanyak 15.067 (22%) penderita. Sementara penelitian yang dilakukan di Malaysia pada poli THT Rumah Sakit Sarawak selama 1 tahun dijumpai 8.118 kunjungan pasien dan jumlah penderita penyakit Tonsilitis Kronis menempati urutan keempat yakni sebanyak 657 (8,1%) (Shah, 2007).

Dalam analisa tentang kekambuhan penyakit-penyakit kronis pada saluran nafas atas dilakukan penelitian terhadap total populasi lebih dari 3,5 juta jiwa populasi di Amerika Serikat mendapatkan prevalensi

penderita Tonsillitis Kronis sebesar 15,9/1.000 penduduk. Menurut penelitian di Rusia mengenai prevalensi dan pencegahan keluarga dengan Tonsilitis Kronis didapatkan data bahwa sebanyak 84 (26,3%) dari 307 ibu-ibu usia reproduktif didiagnosa Tonsilitis Kronis. (Awan Z, *et al*, 2009).

Berdasarkan data epidemiologi penyakit THT di 7 provinsi (Indonesia) pada tahun 1994-1996, prevalensi Tonsilitis Kronis 4,6% tertinggi setelah Nasofaringitis Akut (3,8%). Sedangkan penelitian di RSUP Dr. Hasan Sadikin pada periode April 1997 sampai dengan Maret 1998 ditemukan 1024 Klien Tonsilitis Kronis atau 6,75% dari seluruh jumlah kunjungan. Data morbiditas pada anak menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 pola penyakit anak laki-laki dan perempuan umur 5-14 tahun yang paling sering terjadi, Tonsilitis Kronis menempati urutan kelima (10,5% pada laki-laki, 13,7% pada perempuan) (Hannaford PC, *et al*, 2005)

6. Patofisiologi

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 tonsillitis akut dengan detritus disebut dengan tonsillitis lakunaris, bila bercak detritus berdekatan menjadi satu maka terjadi tonsillitis lakonaris. Bila bercak melebar, lebih besar lagi sehingga

terbentuk membrane semu (Pseudomembran), sedangkan pada Tonsillitis Kronis terjadi karena proses radang berulang maka epitel mukosa dan jaringan limfoid terkikis. Sehingga pada proses peyembuhan, 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 perlengkapan dengan jaringan sekitar fosa tonsilaris. Pada anak proses ini disertai dengan pembesaran kelenjar limfe submandibula (Iskandar N, 2005).

Bakteri dan virus masuk dalam tubuh melalui saluran nafas bagian atas akan menyebabkan infeksi pada hidung atau faring kemudian menyebar melalui sistem limfa ke tonsil. Adanya bakteri dan virus pathogen pada tonsil menyebabkan terjadinya proses inflamasi dan infeksi sehingga tonsil membesar dan dapat menghambat keluar masuknya udara. Infeksi juga dapat mengakibatkan kemerahan dan edema pada faring serta ditemukannya eksudat berwarna putih keabuan pada tonsil sehingga menyebabkan timbulnya sakit tenggorokan, nyeri telan, demam tinggi, bau mulut serta otalgia (Iskandar N, 2005).

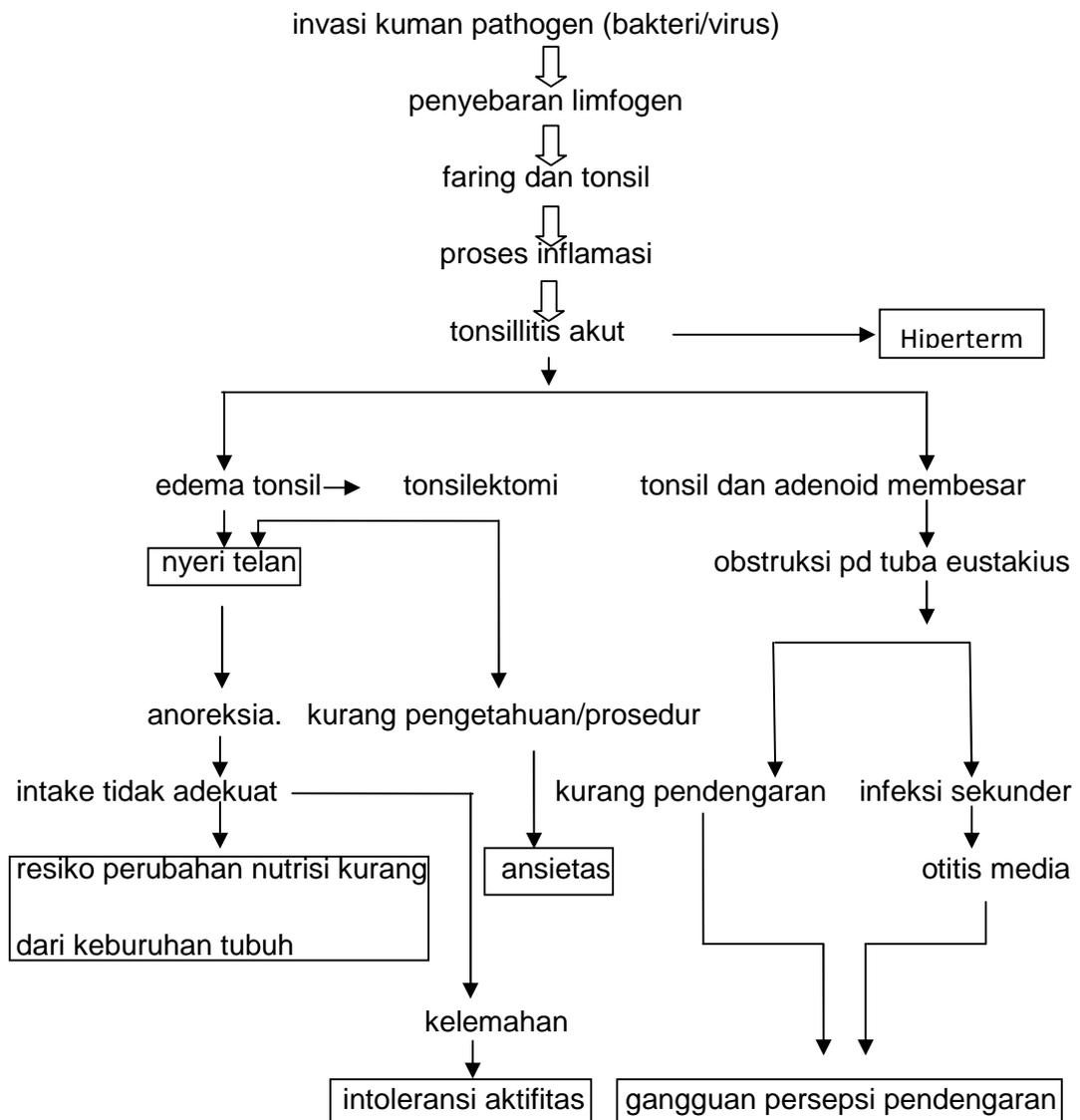
Bakteri dan virus masuk dalam tubuh melalui saluran nafas bagian atas, akan menyebabkan infeksi pada hidung atau faring kemudian menyebar melalui sistem limfa ke tonsil. Adanya bakteri dan virus pathogen pada tonsil menyebabkan terjadinya proses inflamasi dan infeksi sehingga tonsil membesar dan dapat menghambat keluar masuknya udara. Infeksi juga dapat mengakibatkan kemerahan dan edema pada faring serta ditemukannya eksudat berwarna putih keabuan

pada tonsil sehingga menyebabkan timbulnya sakit tenggorokan, nyeri telan, demam tinggi, bau mulut serta otalgia yaitu nyeri yang menjalar ke telinga (Nurbaiti 2001).

7. Pathway

TONSILITIS KRONIS (NANDA 2012: 439) :

Gambar 2. 2. pathway



8. Manifestasi klinis

Menurut megantara iman, (2006) gejala berupa nyeri tenggorokan (yang semakin parah jika penderita menelan) seringkali di rasakan di telinga (karena tenggorokan da telinga memiliki persyarafan yang sama).

Gejala lain :

- a. Demam
- b. Tidak enak badan
- c. Sakit kepala
- d. Muntah

Menurut Smeltzer Suzanne, (2005) gejala yang timbul sakit tenggorokan, demam, ngorok dan kesulitan menelan.

Menurut Hembing (2004) :

- a. Dimulai dengan sakit tenggorokan yang ringan hingga menjadi parah, sakit saat menelan, kadang kadang muntah.
- b. Tonsil bengkak, panas, gatal, sakit pada otot dan sendi, nyeri pada seluruh bada, kedinginan, sakit kepala dan sakit pada telinga.
- c. Pada tonsillitis dapat mengakibatkan kekambuhan sakit tenggorokan dan keluar nanah pada lekukan tonsil.

9. Pemeriksaan penunjang

Menurut Andra Saferi Wijaya (2013) :

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk memperkuat diagnosa Tonsillitis Kronis adalah

- a. Pemeriksaan laboratorium meliputi :
 - 1) Leukosit : terjadi peningkatan
 - 2) Hemoglobin : terjadi penurunan
 - 3) Usap tonsil untuk pemeriksaan kultur bakteri dan tes sensitifitas obat.
2. Pemeriksaan penunjang
Kultur dan uji resistensi bila diperlukan

10. Komplikasi

Faringitis merupakan komplikasi tonsilitis yang paling banyak didapat. Demam rematik, nefritis dapat timbul apabila penyebab tonsilitisnya adalah kuman *streptococcus*.

Komplikasi yang lain dapat berupa :

- a. Abses pertonsil

Terjadi diatas tonsil dalam jaringan pilar anterior dan palatum mole, abses ini terjadi beberapa hari setelah infeksi akut dan biasanya disebabkan oleh *streptococcus group A* (Soepardi, Effiaty Arsyad,dkk. 2007).

- b. Otitis media akut

Infeksi dapat menyebar ke telinga tengah melalui tuba auditorius (eustochi) dan dapat mengakibatkan otitis media yang dapat mengarah pada ruptur spontan gendang telinga (Soepardi, Effiaty Arsyad,dkk. 2007).

c. Mastoiditis akut

Ruptur spontan gendang telinga lebih jauh menyebarkan infeksi ke dalam sel-sel mastoid (Soepardi, Effiaty Arsyad, dkk. 2007).

d. Laringitis

Merupakan proses peradangan dari membran mukosa yang membentuk larynx. Peradangan ini mungkin akut atau kronis yang disebabkan bisa karena virus, bakteri, lingkungan, maupun karena alergi (Reeves, Roux, Lockhart, 2005).

e. Sinusitis

Merupakan suatu penyakit inflamasi atau peradangan pada satu atau lebih dari sinus paranasal. Sinus adalah merupakan suatu rongga atau ruangan berisi udara dari dinding yang terdiri dari membran mukosa (Reeves, Roux, Lockhart, 2005).

f. Rhinitis

Merupakan penyakit inflamasi membran mukosa dari cavum nasal dan nasopharynx (Reeves, Roux, Lockhart, 2005).

11. Penatalaksanaan medis

Penanganan pada Klien dengan Tonsillitis Kronis adalah :

a. Penanganan medis

- 1) Antibiotik baik injeksi maupun oral seperti cefotaxim, penicillin, amoksilin, eritromisin dll.
- 2) Antipiretik untuk menurunkan demam seperti parasetamol, ibuproven.
- 3) Analgetik.

- b. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Kompres dengan air hangat.
 - 2) Istirahat yang cukup.
 - 3) Pemberian cairan adekuat, perbanyak minum hangat.
 - 4) Kumur dengan air hangat.
 - 5) Pemberian diit cair atau lunak sesuai kondisi pasien.

Penatalaksanaan tonsillitis secara umum, menurut Firman S, 2006 :

- a. Jika penyebabnya bakteri, diberikan antibiotik peroral (melalui mulut) selama 10 hari, jika mengalami kesulitan menelan, bisa diberikan dalam bentuk suntikan.
- b. Pengangkatan tonsil (tonsilektomi) dilakukan jika :
 - a. Tonsillitis terjadi sebanyak 7 kali atau lebih / tahun.
 - b. Tonsillitis terjadi sebanyak 5 kali atau lebih / tahun dalam kurun waktu 2 tahun.
 - c. Tonsillitis terjadi selama 3 kali atau lebih / tahun dalam kurun waktu 3 tahun.
 - d. Tonsillitis tidak memberikan respon terhadap pemberian antibiotik.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian menurut Andra Saferi Wijaya (2013) :

- a. Identitas klien
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama
Sakit tenggorokan, nyeri telan, demam dll

- 2) Riwayat penyakit sekarang : karakteristik, insiden, perkembangan, efek terapi dll
 - 3) Riwayat kesehatan lalu
 - a) Riwayat kelahiran
 - b) Riwayat imunisasi
 - c) Penyakit yang pernah diderita (faringitis berulang, ISPA, otitis media)
 - d) Riwayat hospitalisasi
- c. Pengkajian umum
- Usia, tingkat kesadaran, antropometri, tanda-tanda vital dll.
- 1) Pernafasan
Kesulitan bernafas, batuk, ukuran besarnya tonsil dinyatakan dengan :
 - a) T0 : bila sudah di operasi
 - b) T1 : ukuran yang normal ada
 - c) T2 : pembesaran tonsil tidak sampai garis tengah
 - d) T3 : pembesaran mencapai garis tengah
 - e) T4 : pembesaran melewati garis tengah
 2. Nutrisi
Sakit tenggorokan, nyeri telan, nafsu makan menurun, menolak makan dan minum, turgor kurang
 3. Aktifitas / istirahat
Anak tampak lemah, letargi, iritabel, malaise
 4. Keamanan / kenyamanan
Kecemasan anak terhadap hospitalisasi

2. Dampak Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Pada individu

1) Gangguan rasa aman dan nyaman

Adanya nyeri pada bagian tenggorokan atau peradangan pada tonsil mengakibatkan rasa yang tidak nyaman pada bagian tenggorokan dan rasa nyeri ketika untuk menela.

2) Hambatan mobilitas fisik

Adanya nyeri telan mengakibatkan resiko pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan menyebabkan kelemahan.

3) Gangguan komunikasi verbal

Peradangan pada tonsil, menyebabkan nyeri pada tenggorokan dan malas untuk banyak berbicara.

4) Gangguan nutrisi

Adanya nyeri pada peradangan tonsil, berakibat nyeri untuk menelan menyebabkan kehilangan sensasi makan, nafsu makan menurun/anoreksia.

5) Gangguan psikologis

Dapat berupa kecemasan, perasaan tidak nafsu makan dan malas banyak berbicara, putus asa.

6) Gangguan pendengaran

Karena peradangan tonsil, berhubungan dengan saraf yang bersangkutan.

b. Pada keluarga

1) Terjadi kecemasan

2) Masalah ekonomi / biaya

3) Gangguan dalam aktivitas / aktifitas sehari-hari

3. Diagnosa Keperawatan

Ditetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian.

Diagnosa yang mungkin muncul adalah :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi pada faring dan tonsil (Nanda, 2012: 437).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri kimia: pembengkakan pada tonsil (Nanda, 2012: 437).
- c. Resiko perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan adanya nyeri telan (Nanda 2012: 438).
- d. Ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan (Nanda 2012)
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (Andra Safari Wijaya 2013).
- f. Gangguan persepsi sensori : pendengaran berhubungan dengan adanya obstruksi pada tuba eustakius (Andra Safari Wijaya 2013).

4. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antara sesama perawat dan tim kesehatan lainnya untuk meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai (Asmadi, 2008).

a. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi pada faring dan tonsil (Nanda, 2012: 437)

1) Tujuan: suhu tubuh dalam rentan normal

2) Kriteria hasil:

a) TTV normal

TD: 120/80mmHg

N: 80-100X/menit

S: 36,5^oc – 37,5^oc

R: 16-24x/menit

b) Suhu tubuh dalam rentan normal

c) Nadi dan RR dalam rentan normal

d) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

3) Rencana tindakan:

a) Monitor suhu sesering mungkin

b) Monitor IWL

c) Monitor warna dan suhu kulit

d) Monitor tekanan darah, nadi dan RR

e) Monitor intake dan output

f) Berikan anti piretik

4) Rasional:

a) Mengetahui suhu tubuh, suhu 38^oC-41^oC menunjukkan infeksius akut

b) Mengetahui keseimbangan cairan yang masuk dan keluar

c) Untuk mengetahui tingkat dehidrasi

d) Untuk mengetahui tanda-tanda vital

- e) Mengetahui cairan/nutrisi yang masuk dan keluar
 - f) Untuk menurunkan suhu tubuh
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri kimia pembengkakan pada tonsil (Nanda, 2012: 437).
- 1) Tujuan: nyeri dapat terkontrol
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
 - b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
 - c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
 - d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
 - e) Tanda tanda vital dalam rentang normal
 - 3) Rencana tindakan:
 - a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi
 - b) Observasi reaksi nonverbal dari tidak kenyamanan
 - c) Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu, pencahayaan dan kebisingan
 - d) Berikan pengetahuan tentang nyeri (penyebab, lamanya dan cara mengantisipasi ketidaknyamanan)
 - e) Berikan analgetik sesuai program

- 4) Rasional:
 - a) Mengetahui kualitas nyeri pasien (lokasi, karakteristik, durasi dan frekuensi)
 - b) Mengidentifikasi tingkat ketidak nyamanan klien
 - c) Memperkecil resiko penyebab dari nyeri pasien
 - d) Klien dapat memahami dan mengetahui cara mengontrol nyeri
 - e) Mengurangi nyeri dengan tindakan farmakologi
- c. Resiko perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan adanya nyeri telan (Nanda 2012: 438)
 - 1) Tujuan: intake nutrisi terpenuhi
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
 - b) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
 - c) Tidak ada tanda tanda malnutrisi
 - d) Menunjukkan fungsi pengecap dan menelan
 - e) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 - 3) Rencana tindakan:
 - a) Kaji adanya alergi makanan
 - b) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake FE
 - c) Membuat rencana memodifikasi diitnya
 - d) Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
 - e) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
 - f) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan oleh tubuh

- 4) Rasional:
 - a) Memperkecil terjadinya alergi makanan akibat pemberian makanan yang salah
 - b) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien
 - c) Memotivasi klien agar menambah intake nutrisi
 - d) Untuk mencegah bertambahnya resiko terhadap kesalahan intake nutrisi
 - e) Membantu klien dalam memotivasi menambah intake nutrisi
 - f) Menentukan intake nutrisi yang di butuhkan oleh tubuh klien
- d. Ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan (Nanda 2012).
 - 1) Tujuan: cemas berkurang atau hilang
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
 - b) mengidentivikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
 - c) Vital sign dalam batas normal
 - 3) Rencana tindakan:
 - a) Gunakan pendekatan yang menenangkan
 - b) Jelaskan semua prosedur dan apa yang di rasakan selama prosedur
 - c) Jelaskan bahwa malam harinya sebelum pagi hari operasi pasien harus puasa (agar tidak terjadi aspirasi saat proses pembedahan)

- d) Beritahu keluarga kemungkinan lama pembedahan dan tempat mereka menunggu selama prosedur dan saat pemulihan
 - e) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- 4) Rasional:
- a) Membina hubungan saling percaya kepada klien
 - b) Mengurangi rasa takut dan cemas pada klien
 - c) Klien mungkin takut jika ia tidak diperbolehkan makan/minum
 - d) Mengurangi rasa cemas keluarga saat proses pembedahan
 - e) Memberikan rasa nyaman terhadap klien
 - f) Untuk mengurangi cemas, dengan melakukan teknik relaksasi (tarik nafas dalam)
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (Andra Safari Wijaya 2013).
- 1) Tujuan : klien kembali beraktifitas secara normal
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan rrspirasi
 - b) mampu melakukan aktifitas sehari sehari secara mandiri
 - 3) Rencana tindakan :
 - a) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan
 - b) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas

- c) Bantu klien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
 - d) Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual
- 4) Rasional:
- a) Mengidentifikasi kemampuan klien dalam beraktifitas
 - b) Untuk menambah semangat dalam beraktifitas
 - c) Membantu mengembangkan motivasi klien
 - d) Untuk mengetahui tingkat aktifitas klien
- f. Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan adanya obstruksi pada tuba eustakius (Andra Safari Wijaya 2013).
- 1) Tujuan : persepsi sensori kembali baik
 - 2) Criteria hasil
 - a) Tidak ada gangguan pada pendengaran
 - b) Dapat mendengarkan dengan baik
 - 3) Rencana indakan
 - a) Kaji ulang gangguan pendengaran yang dialami klien
 - b) Lakukan irigasi telinga
 - c) Berbicaralah dengan jelas dan pelan
 - d) Gunakan papan tulis / kertas untuk berkomunikasi jika terdapat kesulitan dalam berkomunikasi
 - e) Kolaborasi pemeriksaan audiometri
 - f) Kolaborasi pemberian tetes telinga
 - 4) Rasional
 - a) Untuk mengetahui kualitas pendengaran klien dan untuk melakukan rencana tindakan selanjutnya

- b) Mengurangi resiko infeksi
- c) Agar klien dapat merespon dengan baik
- d) Memudahkan komunikasi jika dalam pendengaran terganggu
- e) Mengetahui kepekaan suara yang masuk
- f) Untuk memberikan terapi farmakologi