

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Medis

##### 2.1.1 Pengertian

Tonsilitis atau umumnya dikenal sebagai radang amandel merupakan peradangan pada tonsil palatine yang merupakan suatu bagian dari Cincin Waldeyer. Cincin Waldeyer terbentuk atas susunan kelenjar limfa yang tersedia di dalam rongga mulut yaitu tonsil faringeal (adenoid), tonsil palatine (tonsil faucial), tonsil lingual (tonsil pangkal lidah), tonsil tuba eustachius (lateral band dinding faring/ *Gerlach's* tonsil) (Wiratama et al., 2020).

Tonsil berfungsi membantu menyerang bakteri dan mikroorganisme lainnya sebagai tindakan pencegahan terhadap infeksi. Tonsil bisa dikalahkan oleh bakteri maupun virus, sehingga tonsil dapat membengkak dan meradang yang disebut dengan tonsilitis. Tonsillitis dapat terjadi pada semua umur terutama pada anak-anak usia sekolah yaitu 5-15 tahun (Az-zahro et al., 2023).

Faktor risiko terjadinya peradangan pada tonsil yaitu karena kuman masuk mulut bersamaan dengan makanan atau minuman. Anak-anak usia sekolah sangat menyukai makanan yang mengandung bahan pewarna buatan, pengawet, pemanis buatan dan minuman dingin yang dapat menyebabkan peradangan pada tenggorokan atau infeksi pada tonsil. Faktor lain yang dapat memicu timbulnya tonsilitis kronis yaitu rokok, cuaca, keadaan jasmani yang lemah, kebersihan mulut,

dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak berhasil (Basuki, S.W., Utami, F & Ardilla, 2021)

### **2.1.2 Etiologi**

Tonsilitis disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus. Penyakit tonsillitis disebabkan oleh kuman yaitu *streptococcus beta hemolyticus*, *Streptococcus viridans*, dan *Streptococcus pyogenes* yang merupakan penyebab terbanyak (Wiratama et al., 2020). Tonsilitis terjadi dimulai saat kuman masuk ke tonsil melalui kriptanya secara aerogen yaitu droplet yang mengandung kuman terhisap oleh hidung kemudian nasofaring terus masuk ke tonsil maupun secara *foodborn* yaitu melalui mulut masuk bersama makanan. Etiologi penyakit ini dapat disebabkan oleh serangan ulangan dari Tonsilitis Akut yang mengakibatkan kerusakan permanen pada tonsil, atau kerusakan ini dapat terjadi bila fase resolusi tidak sempurna. Beberapa organisme dapat menyebabkan infeksi pada tonsil, termasuk bakteri aerobik dan anaerobik, virus, jamur, dan parasit (Sundariyati, 2017).

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

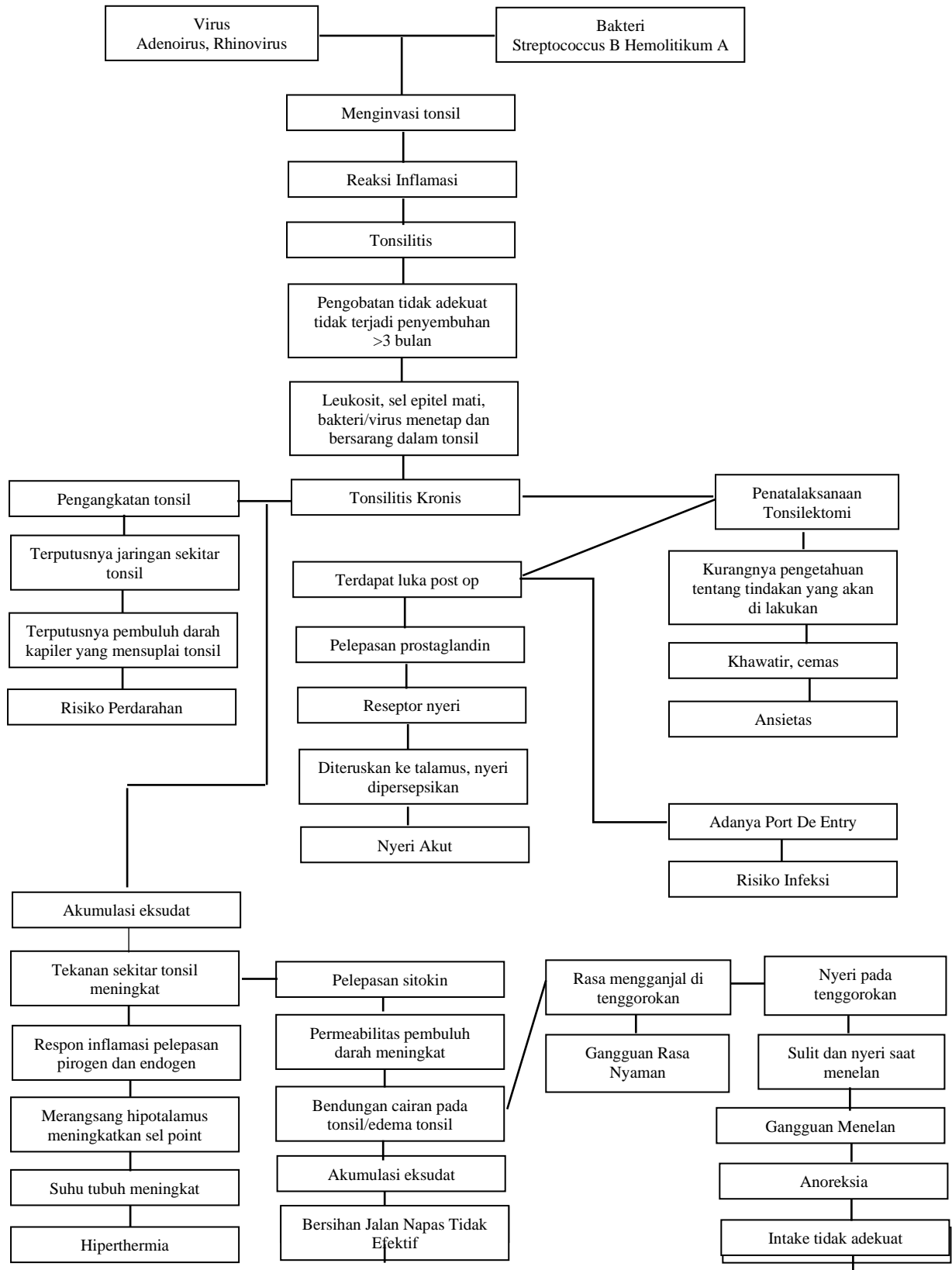
(Az-zahro et al., 2023) mengungkapkan keluhan pada pasien dengan tonsillitis yaitu:

1. Keluhan lokal yang dapat dirasakan antara lain nyeri saat menelan, rasa sakit dan mengganjal pada tenggorokan, kadang-kadang muntah, halitosis (bau mulut), demam, mendengkur, gangguan saat bernapas, hidung tersumbat, dan batuk pilek berulang.
2. Keluhan sistemik, seperti rasa lemah, nafsu makan berkurang, nyeri kepala, dan nyeri pada persendian.

(Wiratama et al., 2020) menyebutkan tanda gejala tonsillitis yaitu:

1. Odinofagia (radang pada mulut dan esofagus)
2. Tonsil membengkak
3. Amandel tampak berwarna merah melebihi normal
4. Adanya lapisan berwarna kuning atau putih pada amandel
5. Adanya pembengkakan pada kelenjar sub mandibula atau kelenjar leher dan nyeri tekan.

## 2.1.4 Pathway



### 2.1.5 Penatalaksanaan

(Az-zahro et al., 2023) menyebutkan tatalaksana pada pasien dengan tonsillitis yaitu:

#### 1. Tatalaksana tonsilitis secara non-operatif

Tonsilitis paling banyak disebabkan oleh virus, maka lini pertama dilakukan terapi suportif, seperti:

- 1) Analgetika dan hidrasi
  - 2) Obat-obatan seperti NSAID juga dapat meredakan gejala.
  - 3) Kortikosteroid dapat menjadi pilihan dalam terapi tonsilitis karena dianggap sebagai terapi tambahan dalam mengurangi rasa nyeri atau mempercepat proses pemulihan, biasanya diberikan dosis tunggal deksametason.
  - 4) Pasien tonsilitis dengan risiko tinggi faringitis bakteri, terapi yang sering diberikan adalah antibiotik. *Streptococcus pyogenes* merupakan penyebab yang paling sering dari tonsilitis dan faringitis bakteri, sehingga antibiotik yang paling banyak digunakan adalah penisilin. Namun, apabila pasien memiliki riwayat alergi terhadap penisilin, maka azitromisin atau sefolosporin dapat menjadi pilihan.
  - 5) Pada tonsilitis rekurens yang kambuh sebanyak lima atau lebih episode dalam satu tahun, maka perlu dipertimbangkan pemeriksaan imunodefisiensi primer.
- #### 2. Tatalaksana tonsilitis secara operatif

- 1) Tonsilektomi merupakan tatalaksana pembedahan dengan atau tanpa adenoidektomi yakni secara lengkap pengambilan tonsil disertai kapsul dengan membuka ruang peritonsiler antara kapsul tonsil dan dinding otot.
- 2) Tonsilotomi merupakan tatalaksana operatif berupa pengambilan sebagian jaringan tonsil.

### **2.1.6 Klasifikasi**

(Murdiono et al., 2016) menyebutkan tonsillitis dikalsifikasikan menjadi 2 macam yaitu:

1. Tonsillitis Akut

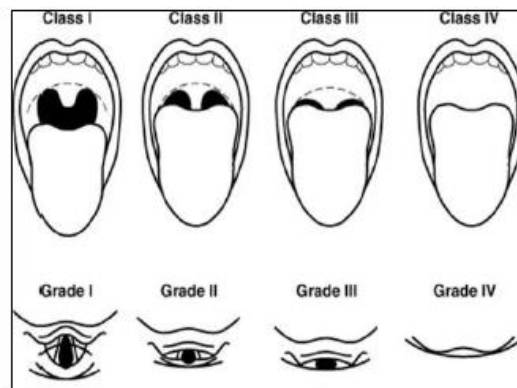
Tonsilitis akut adalah peradangan pada tenggorokan yang dikarenakan oleh infeksi bakteri atau virus yang terjadi dalam kurun waktu kurang dari 3 minggu.

2. Tonsillitis Kronis

Sedangkan tonsilitis kronis adalah peradangan dan pembengkakan jaringan tonsil yang disertai dengan infeksi yang terjadi berulang kali.

(Az-zahro et al., 2023) mengklasifikasikan besarnya tonsillitis dapat dibagi menjadi:

1. T1, dinyatakan T1 apabila besar tonsil seperempat dari jarak arkus anterior dan uvula, di sini terlihat tonsil tertutupi pilar tonsilar.
2. T2, dinyatakan T2 apabila besar tonsil setengah dari jarak arkus anterior dan uvula, terlihat tonsil membesar ke arah pilar tonsilar.
3. T3, dinyatakan T3 apabila besar tonsil  $\frac{3}{4}$  dari jarak arkus anterior dan uvula, terlihat tonsil telah mencapai luar pilar tonsilar.
4. T4, dinyatakan T4 apabila besar tonsil telah mencapai arkus anterior atau lebih, terlihat tonsil sudah mencapai garis tengah



Gambar 2.1 Klasifikasi Tonsilitis

Sumber (Az-zahro et al., 2023)

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Tes laboratorium

Tes laboratorium ini digunakan untuk menentukan apakah bakteri yang ada dalam tubuh pasien merupakan bakteri grup A, karena grup ini disertai dengan demam rematik, glomerulonefritis, dan demam jengkering.

#### 2. Pemeriksaan usap tenggorok

Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sebelum memberikan pengobatan, terutama bila keadaan memungkinkan, dengan pemeriksaan ini dapat mengetahui kuman penyebab dan obat yang masih sensitive terhadapnya.

#### 3. Pemeriksaan darah lengkap

Hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada peningkatan lekosit pada pasien, apabila ada menandakan pasien terkena infeksi.

### 2.1.8 Komplikasi

Phlegmon peritonsillar adalah komplikasi yang utama dari tonsilitis dan 2,4% dari keadaan tersebut. Sedangkan penyakit jantung menyumbang 33,33% dari komplikasi dalam penelitian kami. Regurgitasi mitral adalah penyakit jantung

paling umum dengan persentase sebanyak 40%. Komplikasi lain dalam penelitian lain juga termasuk selulitis serviks (13,33%), abses parafaringeal (6,67%), dan sepsis (6,67%) (Basuki, S.W., Utami, F & Ardilla, 2021).

Sedangkan pada anak sering menimbulkan komplikasi otitis media akut, sinusitis, abses peritonsil, abses para faring, bronchitis, glomerulonephritis akut, miokarditis, artritis, serta septicemia. Kelumpuhan otot palatum mole, otot mata, otot faring, otot laring serta otot pernafasan juga dapat terjadi pada tonsillitis difteri (Basuki, S.W., Utami, F & Ardilla, 2021)

## **2.2 Konsep Tonsilektomi**

### **2.2.1 Pengertian**

Definisi tonsilektomi adalah prosedur pembedahan dengan atau tanpa adenoidektomi yang secara komplit mengambil tonsil menyertakan kapsul dengan menyayat ruang peritonsiler antara kapsul tonsil dan dinding otot. Tonsilotomi (paftial tonsillactomy) adalah prosedur pembedahan yang mengambil sebagian jaringan tonsil. Tonsilektomi (TE) merupakan salah satu pembedahan paling sering dilakukan di Amerika Serikat, lebih dari 530.000/tahun prosedur pembedahan dilakukan pada anak di bawah usia 15 tahun. Indikasi utama tonsilektomi sebelum abad 20 adalah tonsilitis rekure' setelah era antibiotika sejak abad 20 sampai sekarang indikasi utama TE adalah s/eep-dls ordered breathing (SDB)/obstructive sleep apneu (OSA) (Yusuf, 2018).

### **2.2.2 Indikasi Tonsilektomi**

Indikasi seseorang diperbolehkan untuk menjalani tindakan tonsilektomi antara lain (Aremu, 2018) :

1. Kerusakan jalan napas (sleep apnea)



2. Komplikasi jantung paru sekunder akibat obstruksi jalan napas (misal cor pulmonal, hipoventilasi alveolar)
3. Dugaan keganasan (hipertrofi tonsil asimetris)
4. Tonsilitis hemoragik
5. Tonsilitis yang menyebabkan kejang demam
6. Tonsilitis akut yang berulang yang memenuhi satu atau lebih kriteria berikut :
  - Sakit selama 1 tahun
  - Selama 2 tahun berturut-turut
  - Selama tiga tahun berturut-turut
  - Dua minggu tidak masuk sekolah atau bekerja dalam 1 tahun
7. Tonsilitis kronis yang refrakter terhadap antimikroba
8. Tonsillolithiasis disertai halitosis dan nyeri, tidak responsif terhadap tindakan konservatif
9. Abses peritonsil
10. Disfagia akibat hipertrofi tonsil

### **2.2.3 Komplikasi Tonsilektomi**

Komplikasi yang dapat terjadi pada saat tindakan tonsilektomi yang pertama adalah perdarahan. Perdarahan primer ini biasanya disebabkan oleh terbukanya pembuluh darah atau pengikat yang terlepas segera pasca operasi, lalu adanya batuk yang berlebihan saat bangun dari anestesi umum karena dapat meningkatkan risiko perdarahan akibat peningkatan tekanan intravaskular. Yang kedua nyeri pasca tonsilektomi yang berdampak pada asupan oral pasien dan kembalinya fungsi normal. Yang ketiga trauma iatrogenik adalah komplikasi yang sangat jarang terjadi namun secara teoritis adalah terjadinya kebakaran saluran napas dari mesin bipolar.

Yang ke empat sindrom grisel subluksasi atlanto-aksial merupakan komplikasi yang jarang terjadi tetapi dapat terjadi ketika leher terlalu memanjang selama kuretase yang kuat. Lalu yang ke lima adalah perubahan suara dapat terjadi karena peningkatan ukuran ruang resonansi dan jaringan parut pada langit-langit lunak (Anmolsingh R, Ali A, 2018).

## **2.3 Konsep Nyeri AKut**

### **2.3.1 Pengertian**

Nyeri Akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (PPNI, 2016)

### **2.3.2 Data Mayor dan Data Minor**

Data Mayor :

1. Mengeluh nyeri
2. Tampak meringis
3. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
4. Gelisah
5. Frekuensi nadi meningkat
6. Sulit tidur

Data Minor :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu

5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis (PPNI)

### **2.3.3 Faktor Penyebab Nyeri**

1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)  
(PPNI, 2016)

Terdapat beberapa penyebab nyeri akut yang telah disebutkan, namun penyebab yang mungkin pada terjadinya masalah nyeri akut pada penderita tonsilitis yaitu agen pencedera fisiologis akibat bakteri atau virus dan juga agen pencedera fisik akibat prosedur operasi yang telah dilakukan.

### **2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Dalam buku yang ditulis oleh (Rahayu, 2023) menyebutkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi nyeri antara lain :

#### **a. Kelemahan**

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

#### **b. Jenis Kelamin**

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam mempengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Pada perempuan

hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri. Hormon estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Sedangkan hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki.

c. Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi.

d. Genetik

Informasi genetik yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri.

e. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri.

f. Pengalaman sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut.

g. Budaya

Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya.

### 2.3.5 Fisiologis Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : *transduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *persepsi* (Bahrudin, 2018).

1. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif.
2. Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak.
3. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya.
4. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya.

### 2.3.6 Pengkajian Nyeri

Pengkajian atau assesmen yang sistematis akan menilai berbagai parameter berikut: lokasi nyeri, dampak nyeri pada aktivitas, intensitas nyeri saat istirahat/ aktivitas, obat yang dipakai, faktor- faktor yang memperberat/ memperingan, kualitas nyeri (terbakar atau kencang atau panas atau tersengat listrik), adanya penjaralan/ tidak, intensitas nyeri, dan waktu munculnya nyeri (Pinzon, 2016).

Isi dari asesmen awal nyeri adalah mencakup hal-hal dibawah ini:

1. *Onset* (O)

Merupakan waktu kapan nyeri mulai dirasakan pasien

2. *Paliative/provocating* (P)

Merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien

3. *Quality* (Q)

Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien, seperti seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.

4. *Region/Radiation* (R)

Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.

5. *Severity* (S)

Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.

6. *Treatment* (T)

Merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analgetik yang saat ini sedang digunakan.

7. *Understanding/Impact of you* (U)

Merupakan informasi tentang pemahaman pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan dan juga seberapa besar rasa nyeri tersebut mempengaruhi aktivitas dan kegiatan pasien.

8. *Value* (V)

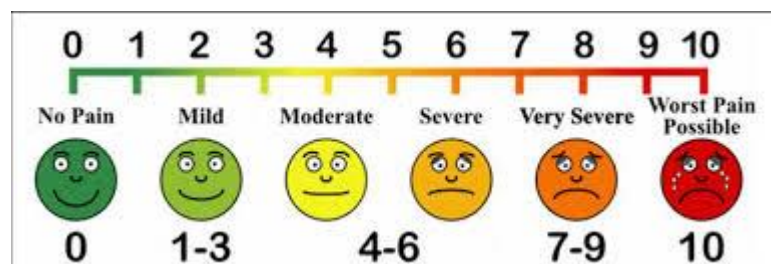
Merupakan informasi tentang penilaian pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana harapan pasien tentang nyerinya, hasil yang diharapkan dan juga tentang pentingnya pengurangan rasa nyeri sampai hilang bagi pasien dan keluarganya.

### 2.3.7 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri ialah penilaian terhadap nyeri. Perawat memperoleh laporan ini dengan meminta pasien mengukur nyeri pada skala yang perlu mereka bayangkan.

#### 1) *Skala Analog Visual (VAS)*

*Visual Analogue Scale (VAS)* ialah skala linier yang secara visual mewakili tingkat rasa sakit yang dapat dialami pasien. Area nyeri diwakili oleh garis 10 cm. Penanda di kedua ujung baris ini bisa berupa angka atau teks deskriptif. Salah satu ujung mewakili rasa sakit dan ujung lainnya mewakili rasa sakit yang paling buruk. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Penggunaan VAS untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan kognitif (Fitriani, 2021).



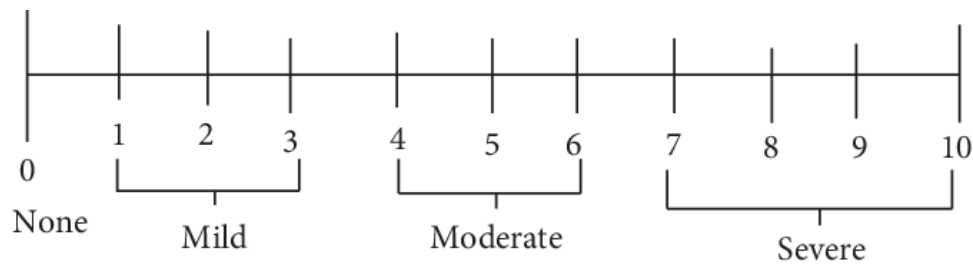
Gambar 2.2 *Visual Analogue Scale*

Sumber (Pinzon, 2016)

#### 2) *Numeric Rating Scale (NRS)*

*Numeric Rating Scale (NRS)* ini didasarkan nilai 1-10 skala yang mewakili kualitas rasa sakit yang dialami pasien. NRS cenderung efektif dalam menilai penyebab nyeri akut dibandingkan VAS dan VRS. Namun, kurangnya NRS pilihan kata

menjelaskan nyeri terbatas, tidak mungkin membedakan tingkat nyeri secara lebih akurat, dan kata-kata yang menjelaskan efek analgesik diasumsikan memiliki jarak yang sama. Akan dilakukan. Skala numerik dari 0 hingga 10. 0 menunjukkan tidak ada rasa sakit atau tidak ada rasa sakit, 10 menunjukkan rasa sakit yang sangat parah (Fitriani, 2021).



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale*

Sumber (Pinzon, 2016)

## 2.4 Konsep Penatalaksanaan Terapi Dingin

### 2.4.1 Pengertian Terapi Dingin

Terapi dingin disebut juga sebagai *cold therapy*, merupakan tindakan yang diberikan ke tubuh untuk mengurangi panas, menurunkan temperatur pada area yang dilakukan terapi. Terapi dingin adalah penggunaan dingin pada jaringan lunak tubuh seperti pada jaringan subkutan, otot ataupun sendi untuk mengurangi nyeri dan mengontrol pembengkakan (Atmojo & Ambardini, 2019).

Kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. Terapi dingin diperkirakan menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa persepsi dingin menjadi dominan dan mengurangi persepsi nyeri (Marsia, 2019).



Kompres dingin dapat meringankan rasa sakit. Kompres dingin menurunkan prostaglandin yang meningkatkan sensitivitas reseptor rasa sakit dan zat-zat lain pada tempat luka dengan menghambat proses inflamasi. Selain itu, kompres dingin juga bisa mengurangi pembengkakan dan peradangan dengan menurunkan aliran darah ke area (efek vasookonstriksi) (Hardianto et al., 2022).

Pada pasien anak pasca menjalani operasi tonsilektomi selain menggunakan kompres dingin untuk mengurangi nyeri dapat menggunakan es krim. Karena pasca operasi membuat tenggorokan mengalami nyeri sehingga menyulitkan untuk menelan makanan atau minuman. Untuk itu dibutuhkan makanan yang bertekstur lembut dan mudah untuk ditelan. Produk herbal sudah banyak digunakan oleh masyarakat dari zaman dahulu untuk proses penyembuhan dan semakin marak penggunaannya di masyarakat saat ini karena harganya yang murah dan berkhasiat bagi kesehatan. Seiring perkembangan zaman teknologi pengolahan herbal semakin canggih, tidak ketinggalan dalam hal pengolahan es krim (Srinadi et al., 2020).

#### **2.4.2 Metode Pelaksanaan Terapi Dingin**

Metode pelaksanaan terapi dingin ini dengan menggunakan *ice pack* merupakan sebuah kompres es yang dikemas dengan menggunakan sarung tangan karet yang diisi batu es dan dibungkus dengan sesuatu yang bersih seperti kain lap sekali pakai atau handuk sekali pakai. Bahwa pada prinsipnya *ice packs* merupakan kemasan yang dapat menyimpan es dan membuat es dapat terjaga dalam waktu relatif lama di luar *freezer* daripada kemasan plastik. *Ice packs* dapat digunakan selama 15 sampai 20 menit. Pada kemasan *ice packs*, diperlukan handuk untuk mengeringkan air kondensasi. Dari beberapa metode terapi dingin yang ada, terapi

ini sering digunakan. Selain peralatan yang mudah didapatkan, penggunaan metode terapi ini lebih praktis dari metode yang lain (Atmojo & Ambardini, 2019).

## **2.5 Asuhan Keperawatan**

### **2.5.1 Fokus Pengkajian**

Pengkajian keperawatan secara menyeluruh perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis keperawatan yang bertujuan untuk menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Pengkajian dilakukan sesuai tanda dan gejala yang dialami oleh klien (Murdiono et al., 2016).

#### **1. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

- a. Identitas klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku atau bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosis medis dan alamat.
- b. Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

##### **2) Riwayat Kesehatan**

- a. Keluhan utama: klien mengeluh nyeri di tenggorokan, klien mengatakan sulit menelan, skala nyeri 6, klien mengeluh tidak nyaman.
- b. Riwayat penyakit sekarang: penderita biasanya demam, nyeri tengkorak, mungkin sakit berat dan merasa sangat nyeri terutama saat menelan dan membuka mulut disertai dengan trismus (kesulitan membuka mulut).
- c. Riwayat penyakit dahulu: penyakit yang pernah diderita seperti faringitis berulang, ISPA, otitis media.

- d. Riwayat keluarga: pasien dengan tonsillitis diturunkan dari keluarga. Penyakit yang mungkin diderita oleh keluarga adalah gangguan infeksi pernafasan. Tetapi tonsilitis lebih disebabkan karena anak mengkonsumsi makanan seperti makanan manis, mengandung banyak pengawet dan perawatan mulut yang tidak baik.

### 3) Pengkajian umum

Pengkajian meliputi usia klien, tingkat kesadaran, antropometri, tanda-tanda vital, dll

- a. Pernafasan: kesulitan bernafas, batuk, ukuran besarnya tonsil dinyatakan dengan:

T0 : bila sudah dioperasi

T1 : ukuran yang normal ada

T2 : pembesaran tonsil tidak sampai garis tengah

T3 : pembesaran mencapai garis tengah

T4 : pembesaran melewati garis tengah

- b. Nutrisi: sakit tenggorokan, nyeri telan menyebabkan nafsu makan menurun, menolak makan dan minum, turgor kurang.

- c. Aktifitas dan Istirahat: anak tampak lemah, letargi, iritabel, malaise.

- d. Keamanan dan Kenyamanan: biasanya klien merasa nyeri dan merasa cemas terhadap hospitalisasi dan tindakan yang akan dilakukan

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan tonsilitis adalah (PPNI, 2016) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, dan gelisah (D.0077)
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal dan kulit terasa hangat (D.0130)
3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun dan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal (D.0032)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, dan mengeluh tidak puas tidur (D.0055)
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur (D.0080)
6. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (luka post operasi) (D.0142)

### **2.5.3 Luaran Keperawatan**

Menurut (PPNI, 2018b) luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi, diukur, meliputi kondisi perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan.

#### **Tingkat Nyeri (L.08066)**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun

**Termoregulasi (L.14134)**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :

- Kulit merah menurun
- Suhu tubuh membaik
- Suhu kulit membaik

**Status Nutrisi (L. 03030)**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Status Nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:

- Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- Frekuensi makan membaik
- Nafsu makan membaik

**Pola Tidur (L.05045)**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil:

- Keluhan sulit tidur menurun
- Keluhan sering terjaga menurun
- Keluhan tidak puas tidur menurun
- Keluhan pola tidur berubah menurun

**Tingkat Ansietas (L. 09093)**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingkat Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

- Verbalisasi kebingungan menurun
- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dialami menurun
- Gelisah dan tegang menurun

**Tingkat Infeksi (L.14137)**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka Tingkat Infeksi menurun, dengan kriteria hasil:

- Demam menurun
- Kemerahan menurun
- Nyeri menurun
- Bengkak menurun

**2.5.4 Intervensi Keperawatan**

Menurut (PPNI, 2018a) segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian kinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

**Manajemen Nyeri (I.08238)**

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

#### Terapeutik

10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, dll)
11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
12. Fasilitasi istirahat dan tidur
13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

#### Edukasi

14. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
15. Jelaskan strategi meredakan nyeri
16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

19. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

### **Manajemen Hipertermia (1. 15506)**

#### Observasi

1. Identifikasi penyebab hipertermia (misalnya dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)

2. Monitor suhu tubuh
3. Monitor kadar elektrolit
4. Monitor keluaran urin
5. Monitor komplikasi akibat hipertermia

#### Terapeutik

6. Sediakan lingkungan yang dingin
7. Longgarkan atau lepaskan pakaian
8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh
9. Berikan cairan oral
10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
11. Lakukan pendinginan eksternal (misalnya selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
13. Berikan oksigen, jika perlu

#### Edukasi

14. Anjurkan tirah baring

#### Kolaborasi

15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

### **Manajemen Nutrisi (1.03119)**

#### Observasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai



4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan
8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

#### Terapeutik

9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, *jika perlu*
10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
12. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
14. Berikan suplemen makanan, *jika perlu*
15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

#### Edukasi

16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
17. Ajarkan diet yang diprogramkan

#### Kolaborasi

18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik),  
*jika perlu*
19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, *jika perlu.*

#### **Dukungan Tidur (I. 05174)**

#### Observasi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi factor pengganggu tidur
3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

#### Terapeutik

5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)
6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
7. Tetapkan jadwal rutin tidur
8. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
9. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

#### Edukasi

10. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
11. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
12. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
13. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

#### **Reduksi Ansietas (I.09314)**

#### Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

#### Terapeutik

4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
6. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

#### Edukasi

11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
13. Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, *jika perlu*
14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, *sesuai kebutuhan*
15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
16. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
17. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
18. Latih teknik relaksasi

#### Kolaborasi

19. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

### **2.5.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan suatu penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan suatu rencana yang telah/sudah disusun atau dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya. Pendapat lain juga mengatakan bahwa pengertian implementasi merupakan suatu tindakan atau juga bentuk aksi nyata dalam melaksanakan rencana yang sudah dirancang dengan matang. Dengan

kata lain,implementasi ini hanya dapat dilakukan apabila sudah terdapat perencanaan serta juga bukan hanya sekedar tindakan semata (Sihaloho, 2021).

Dari penjelasan itu kita dapat melihat bahwa implementasi bermuara pada mekanisme suatu sistem. Penerapan implementasi itu harus sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat supaya hasil yang dicapai sesuai dengan yang diharapkan.

#### **2.5.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah suatu kegiatan atau juga program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai.Terdapat juga yang mengatakan bahwa arti evaluasi ini ialah suatu kegiatan atau aktivitas mengumpulkan informasi mengenai kinerja sesuatu(metode, manusia, peralatan), yang mana informasi itu akan dipakai untuk bisa menentukan alternatif terbaik didalam membuat keputusan (Sihaloho, 2021).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana

S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.