

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Tonsil**

Tonsil merupakan kumpulan jaringan limfoid yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. (Pearce, 2006). Tonsil berbentuk oval dengan panjang 2-5 cm, masing-masing tonsil mempunyai 10-30 kriptus yang meluas ke dalam jaringan tonsil. Tonsil tidak selalu mengisi seluruh fossa tonsilaris, daerah yang kosong di atasnya dikenal sebagai fossa supratonsilar. Tonsil terletak di lateral orofaring. Secara mikroskopik tonsil terdiri atas tiga komponen yaitu jaringan ikat, folikel germinativum (merupakan sel limfoid) dan jaringan interfolikel (terdiri dari jaringan limfoid) (Kartika, 2008).

Tonsil terbagi atas tiga macam yaitu tonsila faringeal, tonsila palatina (adenoid), tonsila lingual yang ketiganya membentuk lingkaran yang disebut cincin Waldeyer (*Soepardi et al.*, 2007).

##### **a. Macam-macam tonsil**

###### **1) Tonsila palatina**

Tonsila palatina adalah suatu jaringan limfoid yang terletak di fossa tonsilaris di kedua sudut orofaring dan merupakan salah satu bagian dari cincin Waldeyer. Tonsila

palatina lebih padat dibandingkan jaringan limfoid lain. Permukaan lateralnya ditutupi oleh kapsul tipis dan di permukaan medial terdapat kripta (Amaruddin & Christanto, 2007). Tonsila palatina merupakan jaringan limfoepitel yang berperan penting sebagai sistem pertahanan tubuh terutama terhadap protein asing yang masuk ke saluran makanan atau masuk ke saluran nafas. Mekanisme pertahanan dapat bersifat spesifik atau non spesifik. Apabila patogen menembus lapisan epitel maka sel – sel fagositik mononuklear pertama – tama akan mengenal dan mengeliminasi antigen (Farokah, 2007).

## 2) Tonsila Lingual

Tonsila lingual terletak didasar lidah dan dibagi menjadi dua oleh ligamentum glosopiglotika. Digaris tengah, disebalah anterior massa ini terdapat foramen sekum pada apeks, yaitu sudut yang terbentuk oleh papila sirkumvalata. Tempat ini kadang-kadang menunjukkan penjalaran duktus triglossus dan secara klinik merupakan tempat penting bila ada massa tiroid lingual. Tonsila lingualis mempunyai kripta kecil-kecil yang tidak bercabang dibandingkan dengan tonsila palatina (Soepardi *et al.*, 2007)

## 3) Tonsila Faringea

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 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, 2004).

b. Respon imun tonsil

Sebagian besar tonsil adalah organ  $\beta$  sel dengan  $\beta$  limfosit yang terdiri 50%-65% dari semua limfosit tonsil. Sel limfosit T terdiri dari sekitar 40% dari limfosit tonsil dan 3% adalah sel plasma matang. Tonsil terlibat dalam menginduksi kekebalan dan mengatur sekresi immunoglobulin. Tonsil yang baik berfungsi untuk kekebalan saluran aerodigestive. Selain itu, terdapat 10 sampai 30 kriptus dalam setiap tonsil yang ideal untuk mencegah benda asing dan membawanya ke folikel limfoid. Perkembangbiakan sel  $\beta$  di pusat germinal tonsil sebagai respon terhadap sinyal antigenik adalah salah satu fungsi tonsil penting. Kekebalan tonsil aktif aktif antara usia 4 sampai 10 tahun. Involusi

tonsil dimulai setelah pubertas, sehingga penurunan populasi sel  $\beta$  dan peningkatan relatif. Meskipun produksi imunoglobulin secara keseluruhan berkurang, tetapi masih ada cukup besar aktivitas sel  $\beta$  jika dilihat dari kondisi klinis tonsil yang sehat (Campisi, 2003).

Secara sistematis proses imun di tonsil terbagi menjadi 3 kejadian yaitu :

- 1) Respon imun tahap I,
- 2) Respon imun tahap II,
- 3) Migrasi limfosit (Amarudin & Christanto, 2007)

Pada respon imun tahap I terjadi ketika antigen memasuki orofaring mengenai epitel kriptik yang merupakan kompartemen tonsil pertama sebagai barier imunologis di Sel M tidak hanya berperan mentranspor antigen melalui barier epitel tapi juga membentuk kompartemen mikro intraepitel spesifik yang membawa bersamaan dalam konsentrasi tinggi material asing, limfosit dan *antigen presenting cell* (APC) seperti makrofag dan sel dendritik dalam konsentrasi tinggi (Amarudin & Christanto, 2007).

Sel limfoid ditemukan dalam ruang epitel kriptik tonsila palatina terutama terdiri atas limfosit B dan sel T helper (CD4+). Respon imun membutuhkan aktivasi oleh sitokin yang berbeda. Sitokin adalah peptida yang terlibat dalam regulasi proses imun dan dihasilkan secara dominan melalui stimulasi antigen lokal oleh limfosit intraepitel, sel limfoid lain atau sel non limfoid. Sel T

intraepitel menghasilkan berbagai sitokin antara lain IL -2, IL-4, IL-6, TNF- $\alpha$ , TNF- $\beta$  / LT- $\alpha$ , INF  $\gamma$ , dan TGF- $\beta$ . Diperkirakan 50-90% limfosit intraepitel adalah sel B. Sel B berupa mature memory cells B dengan potensial APC yang memungkinkan terjadinya kontak antara antigen presenting B cells dan T cells, menyebabkan respon antibodi yang cepat. Beragam isotipe Ig dihasilkan dalam tonsila palatina, 82 % dari sentrum germinativum menghasilkan Ig D, 55% Ig M, 36% IgG dan 29 % IgA (Amarudin & Christanto, 2007).

Respon imun tonsila palatina tahap kedua terjadi setelah antigen melalui epitel kripte dan mencapai daerah ektrafolikular atau folikel limfoid. Pada daerah ektrafolikular, *interdigitating dendritic cell* (IDC) dan makrofag memproses antigen dan menampakkan atigen terhadap CD4+ limfosit T. Sel TFH kemudian menstimuli limfosit B folikel sehingga berproliferasi dan bermigrasi dari dark zone ke light zone, mengembangkan suatu antibodi melalui sel memori B dan antibodi melalui sel plasma. Sel plasma tonsil juga menghasilkan lima kelas Ig (IgG 65%, IgA 20%, sisanya Ig M, IgD, IgE) yang membantu melawan dan mencegah infeksi. Lebih lanjut, kontak antigen dengan sel B memori dalam folikel limfoid berperan penting untuk menghasilkan respon imun sekunder. Meskipun jumlah sel T terbatas namun mampu

menghasilkan beberapa sitokin (misal IL-4) yang menghambat apoptosis sel B (Amarudin & Christanto, 2007).

Respon imun tahap yang ketiga berupa migrasi limfosit. Perjalanan limfosit dari penelitian didapat bahwa migrasi limfosit berlangsung terus menerus dari darah ke tonsil melalui *high endothelial venules* (HEV) dan kembali ke sirkulasi melalui limfe. Tonsil berperan tidak hanya sebagai pintu masuk tapi juga keluar limfosit, beberapa molekul adesi (ICAM-1 dan L-selectin), kemokin, dan sitokin. Kemokin yang dihasilkan kripten akan menarik sel B untuk berperan didalam kripten (Amarudin & Christanto, 2007).

#### c. Fungsi Tonsil

Dalam keadaan normal tonsil membantu mencegah terjadinya infeksi. Tonsil berfungsi mencegah agar infeksi tidak menyebar ke seluruh tubuh dengan cara menahan kuman memasuki tubuh melalui mulut, hidung, dan kerongkongan, oleh karena itu tidak jarang tonsil mengalami peradangan. Tonsil bertindak seperti filter untuk memperangkap bakteri dan virus yang masuk ke tubuh melalui mulut dan sinus. Tonsil juga menstimulasi sistem imun untuk memproduksi antibodi untuk melawan infeksi. Lokasi tonsil sangat memungkinkan terpapar benda asing dan patogen, selanjutnya membawanya ke sel limfoid. Jika tonsil tidak mampu

melindungi tubuh, maka akan timbul inflamasi dan akhirnya terjadi infeksi yaitu tonsilitis (Amarudin & Christanto, 2007).

## 2. Tonsilitis

Tonsilitis 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 palatina (tonsil faucial), tonsil lingual (tosil pangkal lidah), dan tonsil tuba Eustachius (lateral band dinding faring) (Soepardi *et al.*, 2009).

Tonsilitis disebabkan oleh kuman *Streptococcus β hemolyticus*, *Streptococcus viridans* dan *streptococcus pyogenes* sebagai penyebab terbanyak, selain itu juga disebabkan oleh *Corybacterium diphteriae*, namun dapat juga disebabkan oleh virus (Mansjoer, 2000). 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 (Farokah, 2007).

Tanda dan gejala tonsilitis menurut ( Smeltzer & Bare, 2000) ialah sakit tenggorokan, demam, ngorok, dan kesulitan menelan. Sedangkan menurut Soepardi *et al.*, ( 2007 ) tanda dan gejala yang timbul yaitu nyeri tenggorok, tidak nafsu makan, nyeri menelan, kadang-kadang disertai otalgia, demam tinggi, serta pembesaran kelenjar submandibuler dan nyeri tekan.

Tonsilitis memiliki efek jangka panjang sedikit, tonsilitis berulang menyebabkan morbiditas yang signifikan dan mengurangi waktu sekolah atau bekerja. Definisi berulang mungkin berbeda, tetapi kriteria yang digunakan adalah 5 atau lebih dari episode yang cocok dari gejala tonsilitis berulang setidaknya satu tahun, dan episode yang menonaktifkan dan yang menghalangi fungsi normal (Kvestad, 2005)

a. Tonsilitis akut

Menurut Soepardi *et al.*, ( 2007 ) tonsilitis akut dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Tonsilitis viral

Tonsilitis dimana gejalanya lebih menyerupai common cold yang disertai rasa nyeri tenggorok. Penyebab yang paling sering adalah virus Epstein Barr. Hemofilus influenzae merupakan penyebab tonsilitis akut supuratif. Jika terjadi infeksi virus coxsackie, maka pada pemeriksaan rongga mulut akan tampak luka-luka kecil pada palatum dan tonsil yang sangat nyeri dirasakan pasien.

2) Tonsilitis bakterial

Radang akut tonsil yang dapat disebabkan oleh kuman grup *A streptokokus*, *β hemolitikus* yang dikenal sebagai strep throat, *pneumokokus*, *streptokokus viridan*, *streptokokus piogenes*. Infiltrasi bakteri pada lapisan epitel jaringan tonsil akan menimbulkan reaksi radang berupa keluarnya leukosit

polimorfonuklear sehingga terbentuk detritus. Bentuk tonsilitis akut dengan detritus yang jelas disebut tonsilitis folikularis. Bila bercak-bercak detritus ini menjadi satu, membentuk alur-alur maka akan terjadi tonsilitis lakunaris.

Tanda dan gejala tonsilitis akut yaitu seperti demam mendadak, nyeri tenggorokan, ngorok, dan kesulitan menelan (Smeltzer, 2001). Sedangkan menurut Mansjoer (2000) adalah suhu tubuh naik sampai 40°C, rasa gatal atau kering di tenggorokan, lesu, nyeri sendi, odinofagia (nyeri menelan), anoreksia, dan otalgia (nyeri telinga). Bila laring terkena suara akan menjadi serak. Pada pemeriksaan tampak faring hiperemisis, tonsil membengkak, dan hiperemis.

Terapi pengobatan pada tonsilitis ini adalah antibiotik golongan penisilin atau sulfanamid selama 5 hari dan obat kumur atau obat isap dengan desinfektan, bila alergi dengan diberikan eritromisin atau klidomisin. Dapat pula menggunakan antibiotik yang adekuat untuk mencegah infeksi sekunder, kortikosteroid untuk mengurangi edema pada laring dan obat simptomatik (Mansjoer, 2001).

Pada anak sering menimbulkan komplikasi seperti otitis media akut, sinusitis abses peritonsil, abses pada laring, bronkitis, glomerulonefritis, serta artitis. Akibat hipertrofi akan menyebabkan

pasien bernafas melalui mulut, tidur mndengkur, gangguan tidur karena terjadinya sleep apnea yang dikenal sebagai Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) (Soepardi *et al.*, 2009).

b. Tonsilitis Kronik

Tonsilitis Kronis secara umum diartikan sebagai infeksi atau inflamasi pada tonsila palatina yang menetap (Chan, 2009). Adapun yang dimaksud kronik adalah apabila terjadi perubahan histologik pada tonsil, yaitu didapatkannya mikroabses yang diselimuti oleh dinding jaringan fibrotik dan dikelilingi oleh zona sel – sel radang (Rivai L. dalam Boedi Siswanto, 2003).

Adapun faktor predisposisi dari tonsilitis kronis yaitu pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat, higiene mulut yang buruk, pengaruh cuaca , kelelahan fisik, dan juga merokok (Soepardi *et al.*, 2009).

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. Organisme patogen dapat menetap untuk sementara waktu ataupun untuk waktu yang lama dan mengakibatkan gejala-gejala akut kembali ketika daya tahan tubuh penderita mengalami penurunan. Bakteri penyebab tonsilitis kronis pada umumnya sama dengan tonsilitis akut yaitu *Streptococcus*

*pnemonia, Haemophilus influenzae, Streptococcus B hemolitikus, Streptococcus viridians* (Colman, 2001).

Patologi penyakit ini disebabkan oleh adanya infeksi berulang pada tonsil maka pada suatu waktu tonsil tidak dapat membunuh semua kuman sehingga kuman kemudian bersarang di tonsil. Pada keadaan inilah fungsi pertahanan tubuh dari tonsil berubah menjadi sarang infeksi (fokal infeksi) dan satu saat kuman dan toksin dapat menyebar ke seluruh tubuh misalnya pada saat keadaan umum tubuh menurun (Farokah, 2007).

Karena proses radang berulang yang timbul maka selain epitel mukosa juga jaringan limfoid terkikis, sehingga pada proses penyembuhan jaringan limfoid diganti oleh jaringan parut yang akan mengalami pengerutan sehingga kripta melebar. Secara klinik kripta ini tampak diisi oleh detritus. Proses berjalan terus sehingga menembus kapsul tonsil dan akhirnya menimbulkan perlekatan dengan jaringan disekitar fossa tonsilaris. Pada anak proses ini disertai dengan pembesaran kelenjar limfa submandibula (Rusmarjono, 2006).

Tonsilitis kronik merupakan penyakit yang paling sering dari radang tenggorok, dengan gejala klinis sebagai berikut :

- 1) Gejala lokal, bervariasi dari rasa tidak enak di tenggorok, sakit tenggorok, sulit sampai sakit menelan.

- 2) Gejala sistematis, perasaan tidak enak dibadan, malaise, sakit kepala, badan panas, sakit pada otot dan persendian.
- 3) Tanda klinis, tonsil dengan debris pada kriptenya tonsil udem atau hipertrofi, olika tonsilaris anterior hiperemis, dan pembengkakan kelenjar limfe (Soepardi *et al.*, 2009).

Tonsil dapat membesar bervariasi. Kadang-kadang tonsil dapat bertemu di tengah. Standart untuk pemeriksaan tonsil berdasarkan pemeriksaan fisik diagnostik diklasifikasikan berdasarkan rasio tonsil terhadap orofaring (dari medial ke lateral) yang diukur antara pilar anterior kanan dan kiri.

- 1) T0 : Tonsil terletak pada fosa tonsil,
- 2) T1 : kurang dari 25%,
- 3) T2 : 25%-50%,
- 4) T3 : 50%-75%,
- 5) T4 : lebih dari 75% (Brodsky, 2006)

Sedangkan menurut Thane & Cody (1993) pembesaran tonsil dikategorikan dalam ukuran T1 – T4 :

- 1) T1 : batas medial tonsil melewati pilar anterior sampai  $\frac{1}{4}$  jarak pilar anterior – uvula
- 2) T2 : batas medial tonsil melewati  $\frac{1}{4}$  jarak pilar anterior uvula sampai  $\frac{1}{2}$  jarak anterior – uvula
- 3) T3 : batas medial tonsil melewati  $\frac{1}{2}$  jarak pilar anterior – uvula sampai  $\frac{3}{4}$  jarak pilar anterior – uvula

- 4) T4 : batas medial tonsil melewati  $\frac{3}{4}$  jarak anterior – uvula sampai uvula atau lebih

Penatalaksanaan tonsilitis kronik dengan antimikroba sering gagal untuk mengeradikasi kuman patogen dan mencegah kekambuhan infeksi pada tonsil. Kegagalan mengeradikasi organisme patogen disebabkan ketidaksesuaian pemberian antibiotika atau penetrasi antibiotika yang inadkuat (Hammouda, 2009). Apabila terjadi infeksi yang berulang atau kronik, gejala sumbatan serta kecurigaan neoplasma maka dilakukan tonsilektomi (Soepardi *et al.*, 2009).

Kriteria tonsilitis kronis yang memerlukan tindakan tonsilektomi, umumnya diambil berdasarkan frekuensi serangan tonsilitis akut dalam setahun yaitu tonsilitis akut berulang 3 kali atau lebih dalam setahun atau sakit tenggorokan 4 – 6 kali setahun tanpa memperhatikan jumlah serangan tonsilitis akut. Perlu diketahui, pada tonsilitis kronik, pemberian antibiotik akan menurunkan jumlah kuman patogen yang ditemukan pada permukaan tonsil tetapi ternyata, setelah dilakukan pemeriksaan bagian dalam tonsil paska tonsilektomi, ditemukan jenis kuman patogen yang sama bahkan lebih banyak dari hasil pemeriksaan di permukaan tonsil sebelum pemberian antibiotik (Amarudin & Christanto, 2007).

### 3. Tonsilektomi

Tonsilektomi didefinisikan sebagai operasi pengangkatan seluruh tonsil palatina (Hermani, 2004). Tonsilektomi merupakan prosedur operasi yang praktis dan aman, namun hal ini bukan berarti tonsilektomi merupakan operasi minor karena tetap memerlukan keterampilan dan ketelitian yang tinggi dari operator dalam pelaksanaannya. Di Amerika Serikat, karena kekhawatiran komplikasi, tonsilektomi digolongkan pada operasi mayor. Di Indonesia, tonsilektomi digolongkan pada operasi sedang karena durasi operasi pendek dan teknik tidak sulit (Wanri, 2007).

Indikasi tonsilektomi dulu dan sekarang tidak berbeda, namun terdapat perbedaan prioritas relatif dalam menentukan indikasi tonsilektomi pada saat ini. Dulu tonsilektomi diindikasikan untuk terapi tonsilitis kronik dan berulang. Saat ini, indikasi yang lebih utama adalah obstruksi saluran napas dan hipertrofi tonsil (Wanri, 2007).

Menurut *American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery* (AAO-HNS) (1995), indikator klinis untuk prosedur surgikal adalah seperti berikut:

a. Indikasi absolut

- 1) Pembengkakan tonsil yang menyebabkan obstruksi saluran napas, disfagia berat, gangguan tidur dan komplikasi kardiopulmoner.

- 2) Abses peritonsil yang tidak membaik dengan pengobatan medis dan drainase.
- 3) Tonsilitis yang menimbulkan kejang demam.
- 4) Tonsilitis yang membutuhkan biopsi untuk menentukan patologi anatomi.

b. Indikasi relatif

- 1) Terjadi 3 episode atau lebih infeksi tonsil per tahun dengan terapi antibiotik adekuat.
- 2) Halitosis akibat tonsilitis kronik yang tidak membaik dengan pemberian terapi medis.
- 3) Tonsilitis kronik atau berulang pada karier streptokokus yang tidak membaik dengan pemberian antibiotik  $\beta$ -laktamase resisten.
- 4) Hipertrofi tonsil unilateral yang dicurigai merupakan suatu keganasan.

Saat mempertimbangkan tonsilektomi untuk pasien dewasa harus dibedakan apakah mereka mutlak memerlukan operasi tersebut atau hanya sebagai kandidat. Dugaan keganasan dan obstruksi saluran nafas merupakan indikasi absolut untuk tonsilektomi. Tetapi hanya sedikit tonsilektomi pada dewasa yang dilakukan atas indikasi tersebut, kebanyakan karena infeksi kronik (Hermani, 2004).

#### 4. Kualitas Hidup

a. Definisi kualitas hidup

Nurchayati (2010) menyebutkan bahwa kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup bersifat subnyektif. WHOQoL menyatakan kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tersebut hidup, dan hubungan terhadap tujuan, harapan, standar, dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapat kesehatan fisik, keadaan psikologi, tingkat independen, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

Kinghron (dalam Farida, 2010) menyebutkan bahwa kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif klien dengan berbagai macam istilah. Dengan demikian kualitas hidup akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat.

Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang klien itu sendiri dan ini hanya dapat diketahui dengan bertanya pada klien. Sedangkan multidimensial bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara

holistik meliputi aspek biologi atau fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan (Kinghron, dalam Farida, 2010).

b. Dampak penyakit kronik terhadap kualitas hidup

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2013) penyakit kronik memiliki dampak terhadap kualitas hidup diantaranya:

1) Penampilan fisik (*body image*)

Bentuk fisik yang berbeda dibandingkan dengan remaja sehat juga sering menimbulkan kecemasan dan depresi, karena remaja sangat memperhatikan penampilan fisik. Kondisi kronis yang mengharuskan menggunakan alat bantu misalnya alat bantu dengar, kursi roda, dan lainnya menyebabkan perasaan minder sehingga mereka cenderung menarik diri, rendah diri dan menyendiri dari kelompoknya

2) Pendidikan

Masalah yang sering dihadapi anak dengan kondisi kesehatan kronis, adalah sering tidak masuk sekolah, kesulitan berpindah dari kelas satu ke kelas lainnya, menurunnya prestasi belajar, dan berkurangnya fungsi kognitif karena obat-obatan, meningkatnya risiko kumat karena minum obat yang tidak teratur.

### 3) Kelompok sosial

Beberapa area psikososial spesifik, misalnya lepas ketergantungan dari orangtua, hubungan dengan keluarga, dan hubungan dengan teman sebaya merupakan masalah yang harus dihadapi remaja dengan penyakit kronis. Anak dengan kondisi kronis sering dijauhi teman sebayanya, atau khayalannya sendiri bahwa teman-temannya tidak mau bergaul dengannya. Mereka seringkali merasa terasing dan ditolak dari lingkungannya sehingga menarik diri dari lingkungan.

### 4) Perkembangan emosi

Dikatakan bahwa walaupun anak dengan kondisi kronis perkembangan psikososialnya lebih rendah daripada anak yang normal, tetapi kondisi anak bukan faktor utama dalam mempengaruhi perkembangan emosinya. Kedekatan keluarga sangat penting dalam perkembangan emosi anak. Bila dibandingkan dengan remaja normal, maka banyak masalah psikososial yang dihadapi remaja dengan kondisi kesehatan kronis. Penderita dengan masalah psikologi harus dievaluasi dan dipantau, dengan melibatkan tenaga profesional dalam kesehatan mental, seperti psikiater dan psikolog.

Pengukuran kualitas hidup merupakan ukuran dari faktor yang memungkinkan individu untuk berhasil mengatasi setiap aspek dan tantangan yang dijumpai dalam kehidupan. Pengukuran ini berupaya memperoleh data yang bersifat kuantitatif, pada aspek kehidupan yang sebenarnya subjektif atau kualitatif dan terkadang pasien memberikan respon dengan arti yang berbeda. Hasil akhir pengukuran kualitas hidup bergantung pada keadaan dan situasi yang mempengaruhi pasien pada saat itu (Brooker, 2008).

Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan secara objektif dan subjektif. Pengukuran kualitas hidup secara objektif dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator yang sudah terstandarisasi dalam alat ukur dan berdasarkan data-data yang tidak diambil langsung dari individu. Sedangkan pengukuran kualitas hidup secara subjektif yaitu dinilai berdasarkan perspektif dari individu yang diukur kualitas hidupnya menggunakan indikator yang sudah terstandarisasi maupun indikator yang ditentukan oleh individu tertentu (Nofitri, 2009).

c. *Pediatric Quaolity of Life Inventory (PedsQL)*

*Pediatric Quaolity of Life Inventory (PedsQL)* merupakan salah satu instrumen untuk mengukur kualitas hidup anak dan remaja. *PedsQL* mempunyai 2 model yaitu generik dan spesifik. *PedsQL* didesain untuk digunakan pada berbagai penyakit anak,

instrumen ini membedakan kualitas hidup anak sehat dengan anak yang menderita suatu penyakit. Sedangkan *PedsQL* spesifik dikembangkan untuk mengukur kualitas hidup spesifik suatu penyakit (Varni, 1999).

Konsep *PedsQL* generik adalah menilai kualitas hidup sesuai dengan persepsi penderita terhadap dampak penyakit dan pengolahan pada berbagai bidang penting kualitas hidup anak, instrumen ini terdiri dari 23 pertanyaan, yaitu : fisik (8 pertanyaan), emosi (5 pertanyaan), sekolah (5 pertanyaan), sosial (5 pertanyaan) (Varni, 1999).

Sedangkan *PedsQL* spesifik terdiri dari 37 pertanyaan : fisik (5 pertanyaan), emosi (4 pertanyaan), sekolah (3 pertanyaan), sosial (3 pertanyaan) dan 22 pertanyaan pendek tentang spesifik penyakit (Varni, 1999).

Kehandalan masing-masing instrumrn ini ditunjukkan dengan konsistensi internal yang baik dengan koefisien alpha secara umum antara 0,7 – 0,9 dan rasio kesalahan data kira-kira 001. Pengisian penilaian sangat mudah memberi nilai 0-4 pada setiap pertanyaan dan dikonversikan dalam skala 0-100 untuk intepretasi standar (Varni, 1999).

## **5. Hubungan Tonsillitis Kronik dengan Kualitas Hidup**

Pada tonsilitis kronik terjadi penurunan fungsi imunitas dari tonsil. Penurunan ditunjukkan melalui peningkatan deposit antigen

persisten pada jaringan tonsil sehingga terjadi peningkatan regulasi sel-sel imunokompeten berakibat peningkatan insiden sel yang mengekspresikan TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, IL-10, INF- $\gamma$ , dan IL-8 (Agren, 1995).

Tonsilitis kronik merupakan penyakit THT yang sering terjadi dan tonsilektomi merupakan tindakan operasi tersering dalam mengobati tonsilitis. Faktor penentu kualitas hidup pasien dengan tonsilitis kronik multidimensial terutama setelah hasil terapi bedah dari intervensi terapeutik merupakan faktor yang utama terkait perubahan kualitas hidup pasien. Tidak ada definisi standar kualitas hidup, tetapi pelayanan kesehatan sepakat bahwa kualitas hidup harus diukur dari perspektif pasien. Sebuah hasil yang positif untuk peningkatan kualitas hidup pasien terutama tergantung pada pengurangan jumlah dan frekuensi gejala, kunjungan dokter, penggunaan antibiotik dan juga, secara tidak langsung, pada penghematan keuangan jangka panjang (Skevas & Klingmann, 2010).

## **B. Kerangka teori**

Tonsil merupakan kumpulan jaringan limfoid yang banyak mengandung limfosit. Tonsil juga menstimulasi sistem imun untuk memproduksi antibodi untuk melawan infeksi. Jika tonsil tidak mampu melindungi tubuh, maka akan timbul inflamasi dan akhirnya terjadi infeksi yaitu tonsilitis.

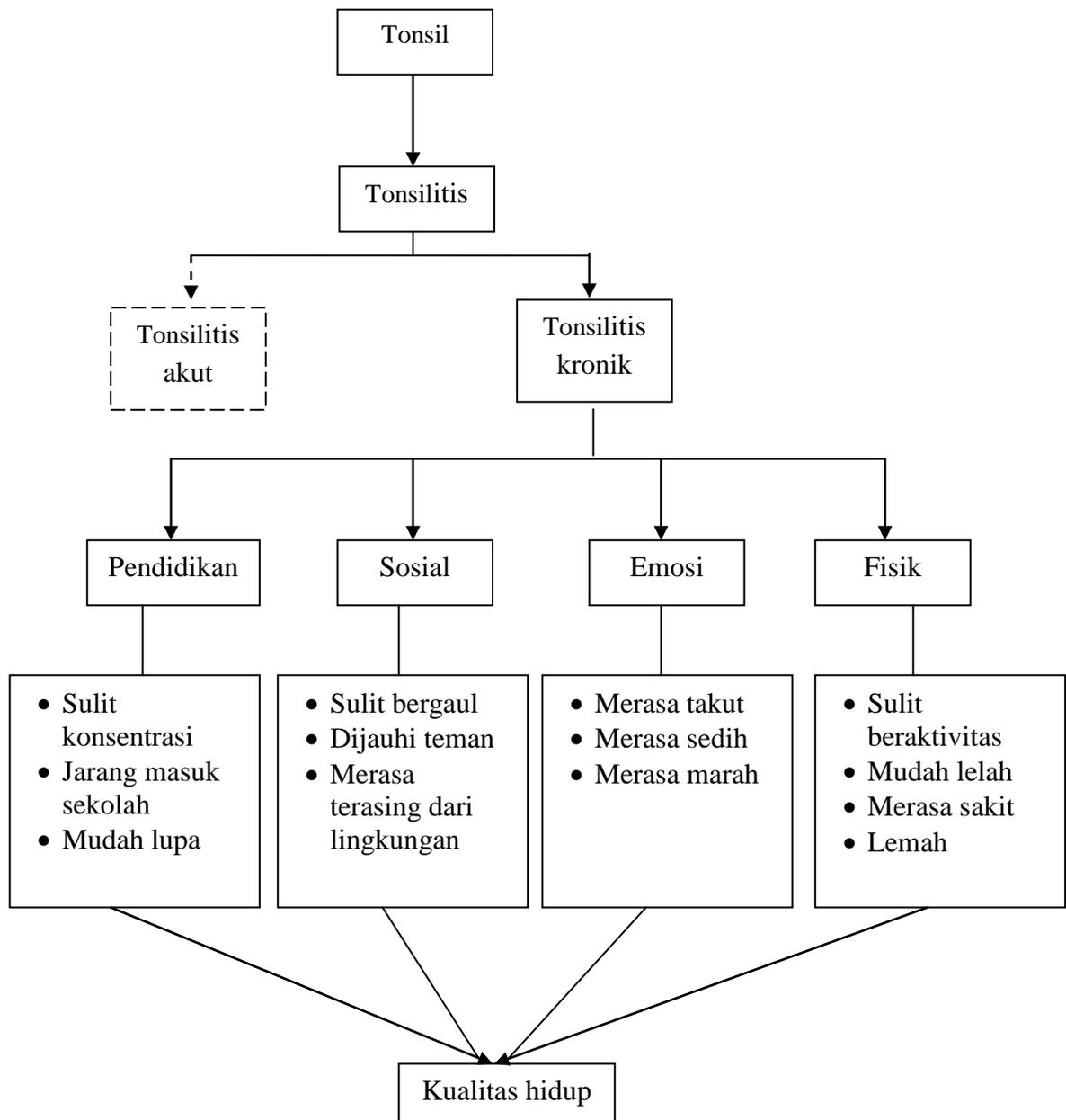
Tonsilitis adalah peradangan tonsila palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Tonsilitis disebabkan oleh kuman *Streptococcus β hemolyticus*, *Streptococcus viridans* dan *streptococcus pyogenes* sebagai penyebab terbanyak. Tonsilitis dibagi menjadi dua yaitu tonsilitis akut dan tonsilitis kronik.

Tonsilitis akut adalah radang tonsil yang bersifat akut yang dapat disebabkan oleh virus dan juga bakteri. Sedangkan tonsilitis kronik adalah infeksi atau inflamasi pada tonsila palatina yang menetap. 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.

Tonsilitis kronis memerlukan tindakan tonsilektomi, umumnya diambil berdasarkan frekuensi serangan tonsilitis akut dalam setahun yaitu tonsilitis akut berulang 3 kali atau lebih dalam setahun atau sakit tenggorokan 4 – 6 kali setahun tanpa memperhatikan jumlah serangan tonsilitis akut.

Kualitas hidup merupakan suatu model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif klien dengan berbagai macam istilah. Dengan demikian kualitas hidup akan berbeda bagi orang sakit dan orang sehat. Pengukuran kualitas hidup dapat dilakukan secara objektif dan subjektif. Faktor penentu kualitas hidup pasien dengan tonsilitis kronik multidimensial terutama setelah hasil terapi bedah dari intervensi terapeutik merupakan faktor yang utama terkait perubahan kualitas hidup pasien.

### C. Kerangka konsep



### D. Hipotesis

Terdapat hubungan antara tonsillitis kronik dengan kualitas hidup penderita.