

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 119/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
PELAYANAN THT**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul-Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN THT  
NOMOR: 119/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

	Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	: dr. Riki Vita Wisudiana, Sp. THTKL	Ketua KSM THT		9-11-2022
<b>Verifikator</b>	: dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		9-11-2022
	: dr. IvaTania	Manajer Pelayanan Medik		9-11-2022
<b>Validator</b>	: drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		9-11-2022

## LEMBAR PENGESAHAN

### PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 119/PER/DIR/RSIH/XI/2022

### TENTANG

### PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN THT

DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan kedokteran yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Praktik Klinis
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Praktik Klinis,
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dengan penerapan Panduan Praktik Klinis.
- d. Pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Praktik Klinis Pelayanan THT.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

8. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN THT**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 119/PER/DIR/RSIH/XI/2021 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan THT
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 119/PER/DIR/RSIH/XI/2021 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan THT Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Praktik Klinis Pelayanan THT digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Evaluasi Kinerja Staf Medis di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Praktik Klinis Pelayanan THT sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 9 November 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
BAB I .....	1
DEFINISI .....	1
BAB II .....	2
RUANG LINGKUP .....	2
BAB III .....	3
TATA LAKSANA.....	3
BAB IV .....	14
DOKUMENTASI .....	14



## BAB I DEFINISI

### A. Pengertian

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga *integrated* kolaborasi interprofesional maka praktik klinik juga diintegrasikan dengan praktik/asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi. Menjadi Panduan Praktik Klinik, Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf).

Panduan Praktik Klinik adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinik (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (Clinical Pathway), protokol, prosedur, algoritme, standing order.

Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinik (PPK) dibuat dengan rujukan lain Panduan Praktik Klinik (PPK) dapat sama/berbeda di RS yang berbeda:

1. Panduan Praktik Klinik (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama di rumah sakit tipe A, B, C, D.
2. Di RS tipe A, Panduan Praktik Klinik (PPK) untuk PJB dari Dx sampai bedah, di RS tipe A yang lain hanya diagnosa lalu rujuk
3. Di RS tipe B *clinical pathway* untuk stroke melibatkan bedah saraf di RS B yang lain tidak
4. Jadi Panduan Praktik Klinik (PPK) bersifat *hospital specific*

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

- A. Tonsilitis/Adenoiditis Kronik (Htg)
- B. Epistaksis
- C. Abses Submandibula/ *Cellulitis & Abscess Of Mouth*
- D. Sinusitis Kronik
- E. Peritonsillar Abscess

### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tonsilitis/Adenoiditis Kronik (Htg)

##### 1. Nama Penyakit

###### a) Tonsilitis/ Adenoiditis kronik

- 1) Chronic tonsillitis and adenoiditis (ICD 10: J35.0)
- 2) Hypertrophy of tonsils (ICD 10: J35.1)
- 3) Hypertrophy of adenoids (ICD 10: J35.2)
- 4) Hypertrophy of tonsils with hypertrophy of adenoids (ICD 10: J35.3)

##### 2. Pengertian

Tonsilitis kronik adalah peradangan kronik dari tonsil sebagai lanjutan peradangan akut/subakut yang berulang/rekuren, dengan kuman penyebab nonspesifik.

Peradangan kronik ini dapat mengakibatkan pembesaran tonsil yang menyebabkan gangguan menelan dan gangguan pernapasan.

##### 3. Anamnesis

###### a) Keluhan lokal

- 1) Nyeri menelan
- 2) Nyeri tenggorok
- 3) Rasa mengganjal di tenggorok
- 4) Mulut berbau (halitosis)
- 5) Demam
- 6) Mendengkur
- 7) Gangguan bernapas
- 8) Hidung tersumbat
- 9) Batuk pilek berulang

###### b) Dapat pula disertai dengan keluhan sistemik

- 1) Rasa lemah
- 2) Nafsu makan berkurang
- 3) Sakit kepala
- 4) Nyeri pada sendi

##### 4. Pemeriksaan Fisik

- a) Pembesaran tonsil
- b) Permukaan kriptas tonsil melebar
- c) Detritus pada penekanan kriptas
- d) Arkus anterior atau posterior hiperemis
- a. Pembesaran kelenjar submandibular

##### 5. Kriteria Diagnosis

Satu atau lebih keluhan dari anamnesis yang berulang disertai dengan pembesaran ukuran tonsil dan atau pemeriksaan fisik lainnya.

##### 6. Diagnosa Kerja



## Tonsilitis Kronis

### 7. Diagnosa Banding

- a) Tonsilitis kronik oleh sebab lain: Tuberkulosis, sifilis, aktinomikosis.
- b) Pembesaran tonsil karena kelainan darah atau keganasan, misalnya: leukemia, limfoma.

### 8. Pemeriksaan Penunjang

- a) Bila perlu kultur resistensi dari swab tenggorok
- b) Rinofaringlaringoskopi (RFL), foto polos nasofaring lateral, polisomnografi bila diperlukan
- c) Pasca operasi: pemeriksaan histopatologi jaringan tonsil dan atau adenoid (bila dicurigai keganasan)
- d) Untuk persiapan operasi: disesuaikan dengan PPK tindakan operasi yang dilakukan

### 9. Tatalaksana

- a) Non pembedahan:
  - 1) Lokal: obat kumur tenggorok
  - 2) Medikamentosa: dengan antibiotic spectrum luas sambil menunggu hasil kultur
  - 3) Simptomatis: analgetik-antipiretik, antiinflamasi.
- b) Pembedahan:
  - 1) *Tonsillectomy* (ICD 9CM: 28.2) pada:
    - *Chronic Tonsillitis* (ICD 10: J35.0)
    - *Hypertrophy of tonsils* (ICD 10: J35.1)
  - 2) *Adenoidectomy* (ICD 9CM: 28.6) pada:
    - *Hypertrophy of adenoids* (ICD 10: J35.2)
    - *Hypertrophy of tonsils with hypertrophy of adenoids* (ICD 10: J35.3)
  - 3) *Tonsilloadenoidectomy* (ICD 9CM: 28.3) pada:
    - *Hypertrophy of tonsils with hypertrophy of adenoids* (ICD 10: J35.3)

### 10. Medikamentosa

- a) Medikamentosa: dengan antibiotic spectrum luas sambil menunggu hasil kultur
- b) Simptomatis: analgetik-antipiretik, antiinflamasi.

### 11. Edukasi

- a) Menjelaskan perjalanan penyakit dan komplikasi yang timbul
- b) Menjelaskan rencana pengobatan, indikasi operasi, dan komplikasinya
- c) Menjaga kebersihan rongga mulut (oral hygiene), misalnya: menganjurkan sikat gigi dan kumur-kumur teratur, bila perlu konsultasi ke dokter gigi.

### 12. Penelaah Kritis

KSM THT-KL

### 13. Kepustakaan

Panduan Praktik Klinik di Bidang Telinga Hidung Tenggorok- Kepala Leher-Pengurus Pusat PERHATI-KL

## B. Epistaksis

### 1. Pengertian

Perdarahan yang keluar dari bagian dalam hidung dapat lokal atau sistemik, spontan atau akibat rangsangan dan berlokasi sebelah anterior atau posterior

### 2. Anamnesis

- Onset, lama perdarahan, jumlah dan frekuensi
- Keluar darah dari hidung depan bila pasien duduk tegak (anterior)
- Darah mengalir ke dalam tenggorok (posterior)
- Riwayat trauma hidung, infeksi lokal, benda asing, tumor
- Riwayat perdarahan, kecenderungan perdarahan sebelumnya, riwayat gangguan perdarahan dalam keluarga
- Riwayat penyakit kardiovaskuler, infeksi sistemik, pengaruh udara lingkungan, perubahan tekanan atmosfer, kelainan hormonal, kelainan kongenital/sindroma tertentu, diabetes melitus, penyakit hati
- Riwayat konsumsi obat-obatan seperti aspirin, penggunaan antikoagulan, fenilbutazon

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a) Epistaksis anterior:

Pemeriksaan fisik didapatkan sumber perdarahan pada nasal anterior *Post nasal bleeding* (-) terkontrol setelah pemasangan tampon anterior nasal

#### b) Epistaksis posterior:

- Sumber perdarahan terletak di posterior
- Sebagian besar perdarahan terjadi ke dalam faring (*post nasal Bleeding*)

### 4. Kriteria Diagnosis

#### a) Anamnesis

Pemeriksaan fisik

##### 1) Epistaksis anterior :

- Pemeriksaan fisik didapatkan sumber perdarahan pada nasal anterior
- *Post nasal bleeding* (-) terkontrol setelah pemasangan tampon anterior nasal.

##### 2) Epistaksis posterior:

- Sumber perdarahan terletak di posterior
- Sebagian besar perdarahan terjadi ke dalam faring (*post nasal Bleeding*)

##### 3) Nasoskopi/nasofaringoskopi

- Tampak sumber perdarahan
- Tampak kelainan anatomi yang menyebabkan perdarahan

### 5. Diagnosa Kerja

Epistaksis

6. Diagnosa Banding
  - a) Epistaksis anterior et causa
  - b) Epistaksis posterior et causa
7. Pemeriksaan Penunjang
  - a) Nasoskopi atau nasofaringoskopi
  - b) X-foto nasal (bila terdapat riwayat trauma os nasal)
  - c) Laboratorium darah rutin, studi koagulasi (bila terdapat kecurigaan kelainan darah), GDS, Elektrolit dan fungsi ginjal
  - d) MSCT Scan SPN (bila tergantung etiologi)
8. Tatalaksana
  - a) Tatalaksana epistaksis:
    - 1) Teknik kauter
    - 2) Pemasangan tampon anterior
    - 3) Pemasangan tampon posterior (belloque), jika perdarahan tidak berhenti dengan pemasangan tampon anterior
    - 4) Ligasi arteri pada epistaksis
    - 5) Ligasi arteri etmoid anterior
    - 6) Ligasi transmaksila pada arteri maksila interna.
  - b) Tatalaksana etiologie pistaksis
9. Medikamentosa
  - a) Cefotaxime 1gr/12 jam iv
  - b) Asam Tranexamat 500mg/8 jam iv
  - c) Vit K
  - d) RL, NaCl 0.9%
  - e) Cefixime
  - f) Asam Tranexamat
  - g) Anti hipertensi
10. Edukasi
  - a) Penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab epistaksis
  - b) Tirah baring kepala dielevasi 30-45 derajat, tidak boleh aktivitas berat
  - c) Selama dipasang tampon hidung anterior dan posterior, bernafas dengan mulut sehingga menimbulkan rasa kering dimulut serta rasa mengganjal di tenggorok yang dapat mengganggu penelanan.
  - d) Menggunakan masker oksigen lewat mulut
  - e) Bersin dengan mulut terbuka
  - f) Tidak boleh mengorek hidung atau menghembuskan udara lewat hidung dengan keras
  - g) Evaluasi perdarahan berulang
    - a. Hindari penggunaan aspirin dan obat anti koagulan
11. Penelaah Kritis  
KSM THT - KL



12. Kepustakaan

Panduan Praktik Klinik THT-KL RSUP Dr. Kariadi Semarang

**C. Abses Submandibula/Cellulitis & Abscess Of Mouth**

1. Pengertian

Abses submandibula (Ludwig angina) merupakan peradangan selulitis atau flegmon dari bagian superior ruang suprahioid.

2. Anamnesis

Keluhan utama : pembengkakan di bawah dagu/leher

- a) Onset akut
- b) Keadaan umum tidak baik, dehidrasi
- c) Demam tinggi
- d) Nyeri tenggorok, pasien mengeluh nyeri sekitar leher
- e) Sulit menelan
- f) Perubahan suara (hot potato voice)
- g) Gangguan pernapasan.
- h) Dapat didahului dengan trauma bagian dalam mulut, infeksi lokal pada mulut, karies gigi terutama gigi molar, tonsilitis dan peritonsilitis

3. Pemeriksaan Fisik

Keluhan utama : pembengkakan di bawah dagu/leher

- a) Onset akut
- b) Keadaan umum tidak baik, dehidrasi
- c) Demam tinggi
- d) Nyeri tenggorok, pasien mengeluh nyeri sekitar leher
- e) Sulit menelan
- f) Perubahan suara (hot potato voice)
- g) Gangguan pernapasan
- h) Dapat didahului dengan trauma bagian dalam mulut, infeksi lokal pada mulut, karies gigi terutama gigi molar, tonsilitis dan peritonsilitis

4. Kriteria Diagnosis

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

5. Diagnosa Kerja

Abses Submandibula

6. Diagnosa Banding

Infiltrat submandibula

7. Pemeriksaan Penunjang

- a) Laboratorium: darah hematologi lengkap

8. Tatalaksana

- a) Rawat inap.
- b) Medikamentosa
- c) Antibiotik broad spectrum (aerob/anaerob) ;

- 1) Sefalosporin (Ceftriaxon 2gr/24jam IV atau Cefotaxim 1gr/12jam IV) atau Quinolon (Ciprofloksasin 400mg/12jam IV)
  - 2) Metronidazol 500mg/8jam IV atau Clindamicyn 300mg/8jam PO
  - 3) Antibiotik disesuaikan setelah ada hasil kultur
  - 4) Antiinflamasi (Metilprednisolon 125mg/12 jam IV)
  - 5) Analgetik (Tramadol 100mg/8jam IV)
- d) Pengawasan jalan nafas
- 1) Pembedahan (insisi dan drainage abses)
9. Medikamentosa
- a) Antibiotik broad spectrum (aerob/anaerob);
    - 1) Sefalosporin (Ceftriaxon 2gr/24jam IV atau Cefotaxim 1gr/12jam IV) atau Quinolon (Ciprofloksasin 400mg/12jam IV)
    - 2) Metronidazol 500mg/8jam IV atau Clindamicyn 300mg/8jam PO
    - 3) Antibiotik disesuaikan setelah ada hasil kultur
  - b) Antiinflamasi (Metilprednisolon 125mg/12 jam IV)
  - c) Analgetik (Tramadol 100mg/8jam IV)
10. Edukasi
- Posisi pasien *trendelenburg*
11. Penelaah Kritis
- Dubia ad bonam
12. Kepustakaan
- Panduan Praktik Klinik THT-KL RSUP Dr. Kariadi Semarang

#### D. Sinusitis Kronik

1. Pengertian

Sinusitis atau rinosinusitis kronik merupakan inflamasi mukosa sinus paranasal dan rongga hidung dengan durasi lebih dari 12 minggu dan/atau dalam 6 bulan terakhir kambuh lebih dari 3 episode.
2. Anamnesis
  - a) Gejala utama:
    - 1) Ingus mukopurulen
    - 2) Ingus belakang hidung
    - 3) Hidung tersumbat
    - 4) Nyeri wajah
    - 5) Hiposmia dan anosmia
  - b) Gejala tambahan:
    - 1) Nyeri kepala
    - 2) Halitosis/ bau mulut
    - 3) Nyeri daerah gusi atau gigi rahang atas
    - 4) Batuk
    - 5) Nyeri telinga
    - 6) Kelelahan



- c) Gejala faktor risiko, jika ada:
    - 1) Curiga rinitis alergi (ICD 10: J30.3); gejala ingus encer, bersin, hidung gatal jika terpajan allergen.
    - 2) Curiga refluks laringofaringeal (ICD 10: K21.9): gejala suara serak, mendeheh, ingus belakang hidung, kesukaran menelan, batuk setelah makan/berbaring, rasa tercekik, rasa mengganjal di tenggorok, rasa panas di dada (*skor reflux symptom index*)
  - d) Dapat disertai keluhan gangguan kualitas tidur (ICD 10: G.47.33), sesuai dengan *Epsworth sleepiness scale* (skor lebih dari 4)
  - e) Jika terdapat keluhan bengkak di mata, penglihatan ganda, penurunan penglihatan, nyeri dan bengkak di dahi yang berat, nyeri kepala berat dengan kaku kuduk dipikirkan kemungkinan komplikasi sinusitis ke orbita atau intracranial.
3. Pemeriksaan Fisik
- a) Pemeriksaan rinoskopi anterior dan atau nasoendoskopi dapat ditemukan:
    - 1) Sekret mukopurulen dari meatus medius
    - 2) Edema dan/atau hiperemis dan/atau polip di meatus medius,
    - 3) Ingus di belakang hidung
    - 4) Septum deviasi/ konka paradox/ defleksi prosesus uncinatus ke lateral
  - b) Dapat ditemukan bengkak dan nyeri tekan di pipi dan kelopak mata bawah (pada sinus maksila)
  - c) Dapat ditemukan bengkak dan nyeri di dahi dan kelopak mata atau pada sinusitis frontal
  - d) Dapat ditemukan tanda komplikasi sinusitis, berupa:
    - 1) Edema/ hiperemis periorbital
    - 2) Diplopia
    - 3) Oftalmoplegia
    - 4) Penurunan visus
    - 5) Tanda-tanda meningitis
4. Kriteria Diagnosis
- Sesuai dengan kriteria anamnesis dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosa Kerja
- Sinusitis Kronik
6. Diagnosa Bandin
- a) Allergic rhinitis (ICD 10: J30.4)
  - b) Vasomotor rhinitis (ICD 10: J30.0)
7. Pemeriksaan Penunjang
- a) CT scan sinus paranasal potongan koronal aksial soft tissue setting ketebalan 3 mm tanpa kontras dilakukan jika:
    - 1) Setelah pemberian antibiotika selama 2 minggu, tidak memberikan perbaikan terhadap infeksi bakteri dan tau
    - 2) Setelah pengobatan medikamentosa maksimal selama 6-8 minggu jika terdapat factor risiko rhinitis alergi atau refluks laringofaringeal.

- b) Jika diperlukan pemeriksaan alergi; dapat dilakukan tes cukit kulit dan pemeriksaan eosinophil darah tepi untuk menentukan tipe inflamasi dan diagnosis factor risiko rhinitis alergi.
  - c) Jika diperlukan pemeriksaan rinofaringolaringoskopi serat optic sebagai pemeriksaan menilai Reflux Finding Score (RFS) untuk menegakkan diagnosis factor risiko Refluks Laringofaringeal (RLF)
  - d) Jika diperlukan dilakukan pemeriksaan kultur bakteri dan tes resistensi dari secret hidung.
  - e) Bila terdapat kecurigaan komplikasi, konsultasi ke bidang terkait (mata/neurologi)
  - f) Bila terdapat tanda infeksi bakteri, dilakukan pemeriksaan laju endap darah (LED) dan C-reactive protein (CRP)
  - g) Untuk persiapan operasi: disesuaikan dengan PPK tindakan operasi yang dilakukan.
8. Tatalaksana dan Medikamentosa
- a) Non pembedahan-Medikamentosa Maksimal:
    - 1) Cuci hidung dengan larutan garam fisiologis (NaCl 0.9%)
    - 2) Steroid topical intranasal
    - 3) Dekongestan, analgetik, mukolitik
    - 4) Terapi medikamentosa terhadap factor risiko yaitu antihistamin dan steroid topical intranasal untuk rhinitis alergi persisten sedang berat dan *proton pump inhibitor* untuk refluks laringofaringeal.
    - 5) Antibiotika jika terdapat 3 gejala dan tanda infeksi bakteri dari 5 kriteria berikut ini: ingus mukopurulen satu sisi, nyeri wajah satu sisi, demam lebih dari 38 derajat C, terdapat 'double sickening'- gejala yang memberat sesudah terjadi perbaikan pemeriksaan,
    - 6) CRP dan LED meningkat dan atau sesuai kultur resistensi.
  - b) Pembedahan: Bedah Sinus Endoskopik Fungsional (BSEF)
    - 1) *Intranasal antrostomy* (ICD 9CM: 22.2)
    - 2) *Frontal sinusectomy* (ICD 9CM: 22.42)
    - 3) *Ethmoidectomy* (ICD 9CM: 22.63) *Sphenoidectomy* (ICD 9CM: 22.64)
  - c) Terapi selama 3 hari pasca operasi:
    - 1) Antibiotika intra vena
    - 2) Parasetamol atau *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* (NSAID) intra vena.
    - 3) Jika diperlukan Metilprednisolon dosis tinggi (3x125 mg)
    - 4) Jika diperlukan Pseudoefrin HCL oral
    - 5) Jika diperlukan Loratadin oral
    - 6) Jika diperlukan Asam Tranexamat intra vena
  - d) Edukasi
    - Penjelasan tentang rencana pengobatan dan operasi
    - Pencegahan inflamasi berulang dengan melakukan penatalaksanaan factor risiko dan factor lingkungan



- e) Prognosis  
Dubia ad bonam
- f) Penelaah Kritis  
KSM THT - KL
- g) Kepustakaan  
Panduan Praktik Klinik THT-KL- Pengurus Pusat PERHATI-KL

#### E. Peritonsillar Abscess

##### 1. Pengertian

Merupakan infeksi akut atau abses yang berlokasi di spatium peritonsiler, yaitu daerah yang terdapat di antara tonsil dan m. konstriktor superior, biasanya unilateral dan didahului oleh infeksi tonsilofaringitis akut 5-7 hari sebelumnya.

##### 2. Anamnesis

Gejala yang dikeluhkan pasien antara lain:

- a) Terdapat riwayat faringitis akut
- b) Tonsilitis
- c) Rasa tidak nyaman pada tenggorokan atau faring
- d) Panas sub febris
- e) Disfagia
- f) Odinofagia yang mencolok dan spontan
- g) Hot potato voice
- h) Mengunyah terasa sakit
- i) Nyeri telinga (otalgia) ipsilateral
- j) Perubahan suara karena hipersalivasi dan banyak ludah menumpuk di faring
- k) Rinolalia aperta karena udem palatum molle (udem dapat terjadi karena infeksi menjalar ke radix lingua dan epiglottis= udem perifokalis)
- l) Trismus yang bervariasi tergantung derajat keparahan dan progresivitas penyakit.
- m) Nyeri leher dan terbatasnya gerakan leher (tortikolis).

##### 3. Pemeriksaan Fisik

- a) Tonsilitis akut dengan asimetris faring sampai dehidrasi dan sepsis
- b) Didapatkan pembesaran dan nyeri tekan pada kelenjar regional
- c) Pada pemeriksaan kavum oral terdapat eritema, asimetris palatum molle, eksudasi tonsil. Dan pergeseran uvula kontralateral.
- d) Pada palpasi palatum molle teraba fluktuasi.
- e) Nasofaringoskopi dan laringoskopi fleksibel direkomendasikan pada pasien yang mengalami kesulitan bernapas untuk melihat ada tidaknya epiglottitis dan supraglottitis.

##### 4. Kriteria Diagnosis

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

##### 5. Diagnosa Kerja

Peritonsilar Abses

6. Diagnosa Banding

- a) Mononukleosis infeksiosa
- b) Tonsilitis difteri
- c) Scarlet fever
- d) Angina agranulomatosis
- e) Tonsilitis kronis

7. Pemeriksaan Penunjang

Prosedur diagnosis yaitu dengan melakukan aspirasi jarum. Tempat yang akan dilakukan aspirasi dibius atau dianestesi menggunakan lidokain dan epinefrin dengan menggunakan jarum besar (berukuran 16-18) yang biasa menempel pada syringe berukuran 10 cc. Aspirasi material yang purulent merupakan tanda khas, dan material dapat dikirim untuk dibiakkan untuk mengetahui organisme penyebab infeksi demi kepentingan terapi antibiotika.

- a) Hitung darah lengkap, kadar elektrolit, dan kultur darah.
- b) Throat culture atau throat swab culture
- c) Rontgen polos: Lateral Soft Tissue view (membantu untuk menyingkirkan diagnosis abses retrofaring)
- d) CT scan: biasanya tampak kumpulan cairan hypodense di apex tonsil yang terinfeksi dengan 'peripheral rim enhancement.

8. Tatalaksana

- a) Rawat inap.
- b) Medikamentosa
  - 1) Antibiotik broad spectrum (aerob/anaerob) ;
  - 2) Sefalosporin (Ceftriaxon 2gr/24jam IV atau Cefotaxim 1gr/12jam IV) atau Quinolon (Ciprofloksasin 400mg/12jam IV)
  - 3) Metronidazol 500mg/8jam IV atau Clindamicyn 300mg/8jam PO
  - 4) Antibiotik disesuaikan setelah ada hasil kultur
  - 5) Antiinflamasi (Metilprednisolon 125mg/12 jam IV)
  - 6) Analgetik (Tramadol 100mg/8jam IV)
- c) Pengawasan jalan nafas
- d) Pembedahan (insisi dan drainage abses)
- e) Pasien dianjurkan untuk:
  - 1) Operasi tonsilektomi a chaud
  - 2) Bila tonsilektomi dilakukan 3-4 hari setelah drainase disebut tonsilektomi a tiede

Bila tonsilektomi 406 minggu sesudah drainase abses disebut tonsilektomi a froid. Pada umumnya tonsilektomi dilakukan sesudah infeksi tenang yaitu 2-3 minggu sesudah drainase abses.

9. Medikamentosa

- a) Istirahat cukup
- b) Pemberian nutrisi dan cairan yang cukup
- c) Menjaga kebersihan rongga mulut

10. Edukasi  
Ed bonam
11. Prognosis  
Perbaikan Klinis
12. Penelaah Kritis  
KSM THT-KL
13. Kepustakaan  
Panduan Praktik Klinik SMF THT-KL RSUP Dr. Kariadi Semarang



#### BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Praktik Klinis KSM THT diantaranya:

1. Dokumentasi Rapat Koordinasi Komite Medik
  1. Undangan
  2. Materi
  3. Notulensi
  4. Absensi
  5. Dokumentasi
2. Formulir Pengkajian Medis Rawat Jalan RM.7.2
3. Formulir Komunikasi Edukasi RM.2.14