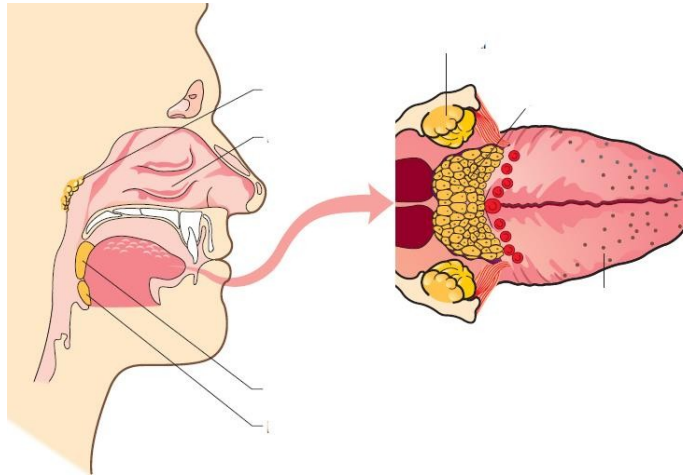


BAB II LANDASAN TEORI

A. TONSILITIS

1. Anatomi dan Fisiologi Tonsil



Gambar 2.1 : Anatomi Tonsil (Longe, 2015)

Tonsil terdiri dari tonsil lingual, tonsil faringeal (adenoid), tonsil tuba dan tonsil palatina. Tonsil palatine merupakan sepasang massa jaringan lunak dibagian belakang faring. Terdapat satu buah tonsil palatine pada tiap sisi. Tiap tonsil merupakan jaringan limfoid yang dilapisi epitel respirasi yang berinvasasi dan membentuk kripta / kriptus (Klarisa, C. & Fardizza, 2016).

Tonsil Palatina terdiri dari sekitar 15 kripta dengan area permukaan internal yang besar. Kripta berproliferasi ke dalam jaringan ikat dan diinfiltrasi oleh limfosit-T pada minggu ke-16 usia kehamilan. Pusat folikuler germinal, zona mantel, area ektrafolikuler, dan epitel retikular kripta mempunyai peran penting dalam regulasi imunologis dari jaringan limfoid yang berhubungan dengan mukosa ini. Secara histologi, kripta dilapisi dengan sel skuamosa berlapis non-keratin (Maegalla, N. & Downs, 2019).

Tonsil merupakan bagian dari jaringan limfoid yang berperan dalam imunitas. Jaringan limfoid, secara kolektif, adalah jaringan yang

memproduksi, menyimpan, atau memproses limfosit (Sherwood, 2014). Tonsil merupakan jaringan limfoid utama di orofaring. Tonsil bersama dengan tonsil lingual dan tonsil palatina membentuk cincin Waldeyer selaku agregat limfoid pertama pada saluran aerodigestif (pintu masuk saluran pencernaan dan pernapasan). Tonsil bertindak sebagai pertahanan garis depan yang akan menghasilkan limfosit dan aktif mensintesis imunoglobulin saat terjadinya infeksi di tubuh terutama terhadap patogen yang dihirup ataupun dicerna. Tonsil akan membengkak saat berespon terhadap infeksi (Klarisa, C. & Fardizza, 2016).

Seperti semua jaringan limfoid, tonsil berperan dalam kekebalan dan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan patogen asing. Ketika antigen dihirup atau dicerna, tonsil diposisikan dengan tepat untuk paparan yang akan mengarah pada pengembangan limfokin dan imunoglobulin. Tonsil terdiri dari jaringan limfoid sel B, salah satu perannya adalah sebagai imunitas mukosa sekretori. Pada permukaan tonsil, terdapat sel penangkap antigen khusus yang disebut sebagai sel M. Sel-sel ini memungkinkan penangkapan antigen yang dihasilkan oleh mikroorganisme. Sel M, setelah mengenali antigen, mengaktifkan sel T dan B dalam tonsil dan memicu respons imun. Ketika distimulasi, sel B berkembang biak di daerah germinal tonsil. Di pusat germinal, sel memori B akan matang dan disimpan untuk paparan yang berulang pada antigen yang sama. Sel B juga berfungsi untuk mengeluarkan IgA, sebuah antibodi yang memainkan peran vital dalam fungsi kekebalan pada cairan mukosa dan juga menghasilkan semua *isotipe imunoglobulin* (IgA, IgD, IgE, IgG, dan IgM). Studi yang terbaru menunjukkan bahwa tonsil juga menghasilkan *limfosit T*, tetapi mekanisme produksinya berbeda dibandingkan dengan timus dan sumsum tulang belakang (Maegalla, N. & Downs, 2019).

2. Definisi Tonsilitis

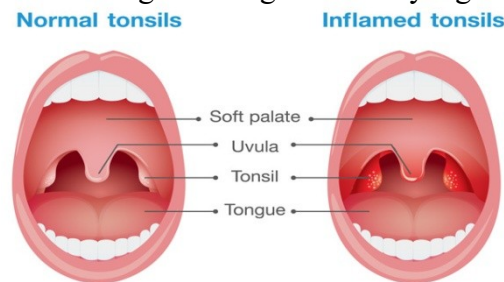
Tonsilitis diartikan sebagai peradangan pada tonsil palatina yang ditandai dengan peradangan tonsil, sakit tenggorok, gangguan menelan,

dan pembesaran ringan kelenjar limfe di leher. Peradangan biasanya meluas hingga ke adenoid maupun tonsil lingual (melibatkan cincin Waldeyer) dan seringkali bersamaan dengan faringitis yang dinamakan faringotonsilitis. Penyebaran infeksi ini ditransmisikan melalui udara (*air borne droplet*), tangan, dan ciuman (Klarisa, C. & Fardizza, 2016).

Tonsillitis adalah radang pada tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin *waldeyer*. Penyebaran infeksi melalui udara (droplets), tangan maupun ciuman. Dapat dialami oleh semua umur namun sering terjadi pada anak-anak (Ringgo, 2019).

Tonsilitis akut merupakan peradangan pada tonsil yang disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus yang terjadi dalam waktu kurang dari 3 minggu (Ramadhan et al., 2017). Tonsilitis kronis merupakan kondisi di mana terjadi pembesaran tonsil disertai dengan serangan infeksi yang berulang ulang (Nizar, 2016).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa tonsilitis adalah peradangan pada tonsil palatina yang disebabkan oleh infeksi bakteri dan virus yang menyebabkan tonsil membesar, lunak, merah dan berbintik bintik putih. Tonsilitis kronis merupakan peradangan tonsil yang disertai dengan serangan infeksi yang berulang.



Gambar 2.2 Penyakit Tonsilitis (Erlitarini, 2021)

3. Klasifikasi Tonsilitis

Tonsilitis menurut Soepardi (2017) terbagi menjadi :

a. Tonsilitis akut

1) Tonsilitis viral

Gejala tonsilitis viral lebih menyerupai *common cold* yang disertai rasa nyeri tenggorok. Penyebab yang paling sering adalah

virus Epstein Barr. *Haemophilus influenza* merupakan penyebab tonsilitis akut supuratif. Jika terjadi infeksi virus *coxschakie*, 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 dapat disebabkan kuman grup A Streptokokus β hemolitikus yang dikenal sebagai *strept throat*, *pneumokokus*, *Streptokokus viridian* dan *Streptokokus piogenes*. Infiltrasi bakteri pada lapisan epitel jaringan tonsil akan menimbulkan reaksi radang berupa keluarnya *leukosit polimorfonuklear* sehingga terbentuk detritus. Detritus ini merupakan kumpulan leukosit, bakteri yang mati dan epitel yang terlepas. Secara klinis detritus ini mengisi *kriptus* tonsil dan tampak sebagai bercak kuning.

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*. Bercak detritus ini juga dapat melebar sehingga terbentuk semacam membran semu (*pseudo membrane*) yang menutup tonsil.

b. Tonsilitis membranosa

1) Tonsilitis difteri

Penyebab tonsilitis difteri ialah kuman *Corynebacterium diphtheriae*, kuman yang termasuk Gram positif dan hidup di saluran napas bagian atas yaitu hidung, faring dan laring. Tidak semua orang terinfeksi oleh kuman ini akan menjadi sakit.

Tonsilitis difteri sering ditemukan pada anak berusia kurang dari 10 tahun dan frekuensi tertinggi pada usia 2-5 tahun walaupun pada orang dewasa masih mungkin menderita penyakit ini.

2) Tonsilitis septik

Penyebab dari tonsilitis septik ialah *Streptokokus hemolitikus* yang terdapat dalam susu sapi sehingga dapat timbul

epidemi. Di Indonesia, penyakit ini jarang ditemui karena pengolahan susu sapi di Indonesia dimasak dulu dengan cara pasteurisasi sebelum diminum.

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

Penyebab penyakit ini adalah bakteri *spichaeta* atau *triponema* yang didapatkan pada penderita dengan higiene mulut yang kurang dan defisiensi vitamin C.

4) Penyakit kelainan darah

Tidak jarang tanda pertama leukemia akut, *angina agranulositosis*, dan infeksi *mononukleosis* timbul di faring atau tonsil yang tertutup membran semu. Kadang-kadang terdapat perdarahan di selaput lendir mulut dan faring serta pembesaran kelenjar *submandibula*.

c. Tonsilitis kronik

Karena proses radang berulang yang timbul, maka selain *epitel mukosa*, jaringan *limfoid* juga terkikis, sehingga pada proses penyembuhan jaringan limfoid diganti oleh jaringan parut yang akan mengalami pengerutan sehingga kriptanya melebar. Kuman penyebabnya sama dengan tonsilitis akut tetapi kadang-kadang kuman berubah menjadi kuman golongan Gram negatif.

Berdasarkan rasio perbandingan tonsil dengan *orofaring*, dengan mengukur jarak antara kedua *pilar anterior* dibandingkan dengan jarak permukaan medial kedua tonsil, maka gradasi pembesaran tonsil dapat dibagi menjadi : (Sundariyati, 2017)

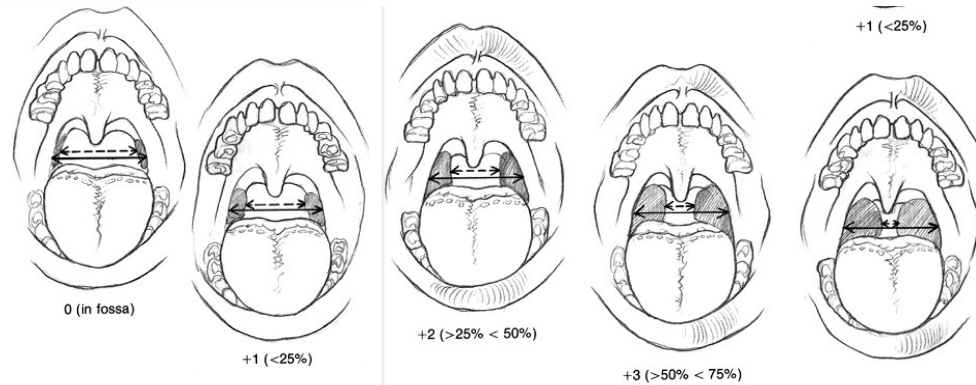
T0 : Tonsil masuk di dalam fossa

T1 : <25% volume tonsil dibandingkan dengan volume *orofaring*

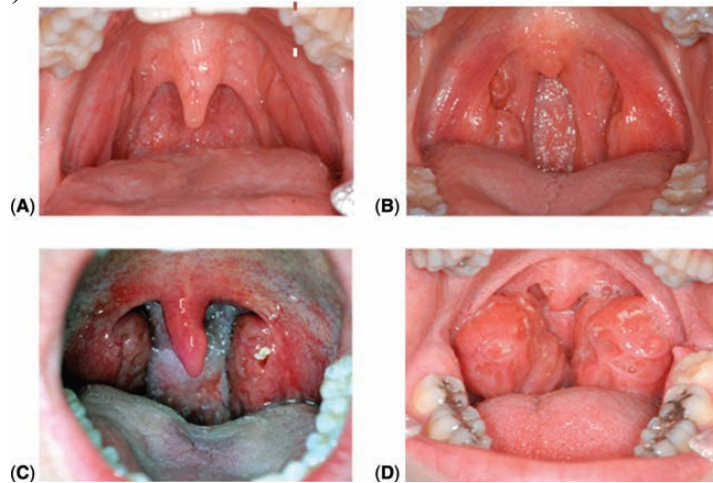
T2 : 25-50% volume tonsil dibandingkan dengan volume *orofaring*

T3 : 50-75% volume tonsil dibandingkan dengan volume *orofaring*

T4 : >75% volume tonsil dibandingkan dengan volume *orofaring*



Gambar 2.3 : Rasio perbandingan ukuran tonsil dengan orofaring (Sundariyati, 2017)



Gambar 2.4 : Tonsilitis (A) Gr. I/ T1 (B) Gr. II/T2 (C) Gr. III/T3 (D) Gr. IV/T4 (Sundariyati, 2017)

4. Etiologi

Tonsillitis terjadi disebabkan karena infeksi pada tonsil atau bisa saja terjadi karena adanya infeksi saluran pernapasan atas yang biasanya disebabkan oleh virus (Maqbool M & Maqbool S, 2013). Selain virus, tonsillitis juga disebabkan oleh infeksi bakteri, seperti bakteri gram positif *Streptococcus group A (Streptococcus pyogenes)* (Marshall, 2014).

Akan tetapi penyebab paling umum adalah infeksi virus seperti *rhinovirus*, *influenza*, *adenovirus*, *coronavirus* dan virus-virus *Epstein Barr*, *enterovirus (herpangina)*, *virus herpes simplex* dan infeksi dari HIV (*human immunodeficiency virus*) (Marshall, 2014). Penyebab kedua yang paling umum yaitu infeksi bakteri Grup A β -Hemolitik *Streptokokus*

(GABHS) yang dapat menyebabkan radang tergorokan. Selain itu bakteri penyebab tonsillitis seperti : *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *Fusobacterium sp.*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Treponema pallidum*, dan *Neisseria gonorrhoeae* (Meliala, 2017)

Tonsilitis *bakterialis supuratif* akut pada umumnya disebabkan oleh bakteri *streptokokus beta hemolitikus* grup A. *Pneumokokus*, *stafilokokus*, dan *Haemophilus influenzae* juga virus patogen lainnya (biasanya *rhinovirus*, bisa juga *coronavirus*, *metapneumovirus*, *Epstein-Barr* virus, dan lain-lain) juga dapat menjadi penyebabnya. *Streptococcus viridans* biasanya juga ditemukan namun hanya pada kasus-kasus yang berat (Adams, 2013).

Selain akibat infeksi virus dan bakteri, ada beberapa faktor predisposisi terjadinya tonsillitis menurut Rusmarjono (2007) dalam (Sundariyati, 2017) yaitu :

a. Terpaparnya dengan asap rokok yang menahun

Perubahan panas akibat merokok, menyebabkan perubahan vaskularisasi, sekresi kelenjar liur dan fungsi tonsil. Terdapat peningkatan laju aliran saliva dan konsentrasi ion kalsium pada salive, selama proses merokok. Senyawa kalsium fosfatase yang ditemukan pada kalkulus supragingiva, berasal dari saliva. Hal tersebut dapat dijadikan dasar, mengapa skor kalkulus pada perokok lebih tinggi dibanding bukan perokok. Merokok juga menyebabkan penurunan antibody pada tonsil, fungsi tonsil yaitu apabila pathogen menembus lapisan epitel maka sel-sel fagositik mononuclear akan mengenal dan mengeliminasi antigen, sehingga terjadi gangguan fungsi sel-sel pertahanan tubuh. Kemudian partikel dalam asap rokok merangsang tonsil untuk produksi antibody. Jika berlangsung terus menerus tonsil akan mengalami peradangan Penelitian Mita (2017) didapatkan 95% penderita tonsilitis kronis merupakan perokok pasif.

b. Konsumsi makan yang tidak sehat (beberapa jenis makanan)

Jelas bahwa makanan tidak sehat adalah makanan yang sudah terkontaminasi oleh lingkungan yang tidak bersih. Contohnya pada tempat yang berdekatan dengan tempat pembuangan sampah, yang banyak dihinggapi lalat dan terkontaminasi oleh tangan yang belum dicuci. Selain itu makanan yang tidak sehat juga dikategorikan makanan yang tidak bersih. Banyak pakar yang menyarankan untuk memilih makanan yang tak banyak mengandung zat adiktif seperti pewarna makanan, penyedap rasa dan penambah aroma (Komalasari, 2003 dalam Mita, 2017).

Penggunaan penyedap rasa dan sebagainya yang telah disebutkan di atas secara berlebihan dapat mengakibatkan gangguan kesehatan. Apabila mengonsumsi makanan yang mengandung MSG (*Mono Sodium Glutamat*) secara berlebihan akan menimbulkan gejala rasa gatal ataupun sakit pada tenggorokan, berkeringat, sakit kepala, mual, kelelahan dan kulit kemerahan (Waren, A., 2017 dalam Wahyuni, 2017). Penggunaan glutamat dosis tinggi dikaitkan dengan berbagai variasi kelainan neuroendokrin, degenerasi saraf, dan juga menyebabkan perubahan oksidatif pada organ yang berbeda. Sistem imun dan saraf secara anatomis, fisiologis, dan fungsional terkait satu sama lain. Terbukti ada hubungan langsung antara neuroendokrin dan sistem kekebalan tubuh dimana rangsangan lingkungan dari luar memiliki efek sementara pada sistem kekebalan tubuh melalui jalur neuroendokrin. (Mohamed, *et al*, 2017)

Selain makanan yang mengandung penyedap rasa, mengonsumsi makanan yang mengandung minyak secara terus menerus dapat memicu peradangan pada tonsil (Dharma, 2008). Terlalu banyak mengonsumsi minuman dingin juga dapat memicu meradangnya tonsil, karena air dingin dapat merangsang dan meregangkan sel epitel

pada tonsil sehingga lama kelamaan akan mengakibatkan tonsil hipertrofi (Winarno, 2004 dalam Wahyuni, 2017).

Penelitian Mita (2017) didapatkan 72,5% penderita tonsilitis kronis mempunyai kebiasaan makan-makanan yang berisiko yaitu kebiasaan makan makanan yang mengandung penyedap, berpengawet, pemanis buatan, makanan yang asam, goreng-gorengan, mengonsumsi air dingin, serta kebiasaan mengonsumsi makanan disembarang tempat. Penelitian Sari (2014) didapatkan sebanyak 65% penderita tonsilitis kronis mempunyai kebiasaan makan makanan gorengan, 47,5% mengonsumsi makanan pedas, 70% mengonsumsi makanan ringan, 67,5% mempunyai kebiasaan minuman dingin.

c. Hygiene mulut yang buruk

Kebersihan mulut adalah kondisi atau perlakuan dalam menjaga jaringan dan struktur dalam rongga mulut tetap berada ditahap yang sehat. Rongga mulut telah diketahui dapat menjadi satu tempat yang efektif untuk patogen membiak. Kebersihan mulut yang jelek dapat menyebabkan timbulnya penyakit yang berkaitan dengan gigi seperti seperti karies (gigi berlubang) atau penyakit periodontal (infeksi gigi/plak gigi). Apabila tidak cepat ditanggulangi dapat menyebabkan mikroba dalam plak gigi menyebar dan menimbulkan penyakit sistemik seperti gangguan pada jantung, saluran pernapasan, diabetes bahkan menyebabkan kelahiran prematur (PDGI, 2013). Beberapa penelitian terbaru menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara infeksi pada rongga toraks dengan kebersihan mulut yang jelek (Satku, 2004 dalam Mita, 2017).

d. Pengaruh cuaca

Tonsilitis dapat terjadi sepanjang tahun di daerah beriklim subtropis, dengan puncak kejadian pada musim dingin dan musim semi (Carter dan Marshall, 2014).

e. Kelelahan fisik

Kelelahan fisik adalah kelelahan yang disebabkan karena adanya

aktivitas fisik atau anggota tubuh yang ditandai dengan yang ditandai oleh adanya kelelahan, kejenuhan, ketegangan otot, perubahan dalam kebiasaan makan dan tidur, serta secara umum tingkat energinya rendah. Dampak kelelahan ini adalah gangguan kesehatan secara umum, kambuhnya berbagai penyakit kronis dan menurunnya daya tahan tubuh seseorang. Tonsilitis kronis didahului peradangan akut pada saluran nafas atas yang disebabkan oleh virus yang akan semakin berat jika daya tahan tubuh menurun yang kemudian diikuti oleh infeksi bakteri (Fakh, Novialdi & Ematrix, 2016).

f. Pengobatan tonsillitis akut yang tidak adekuat.

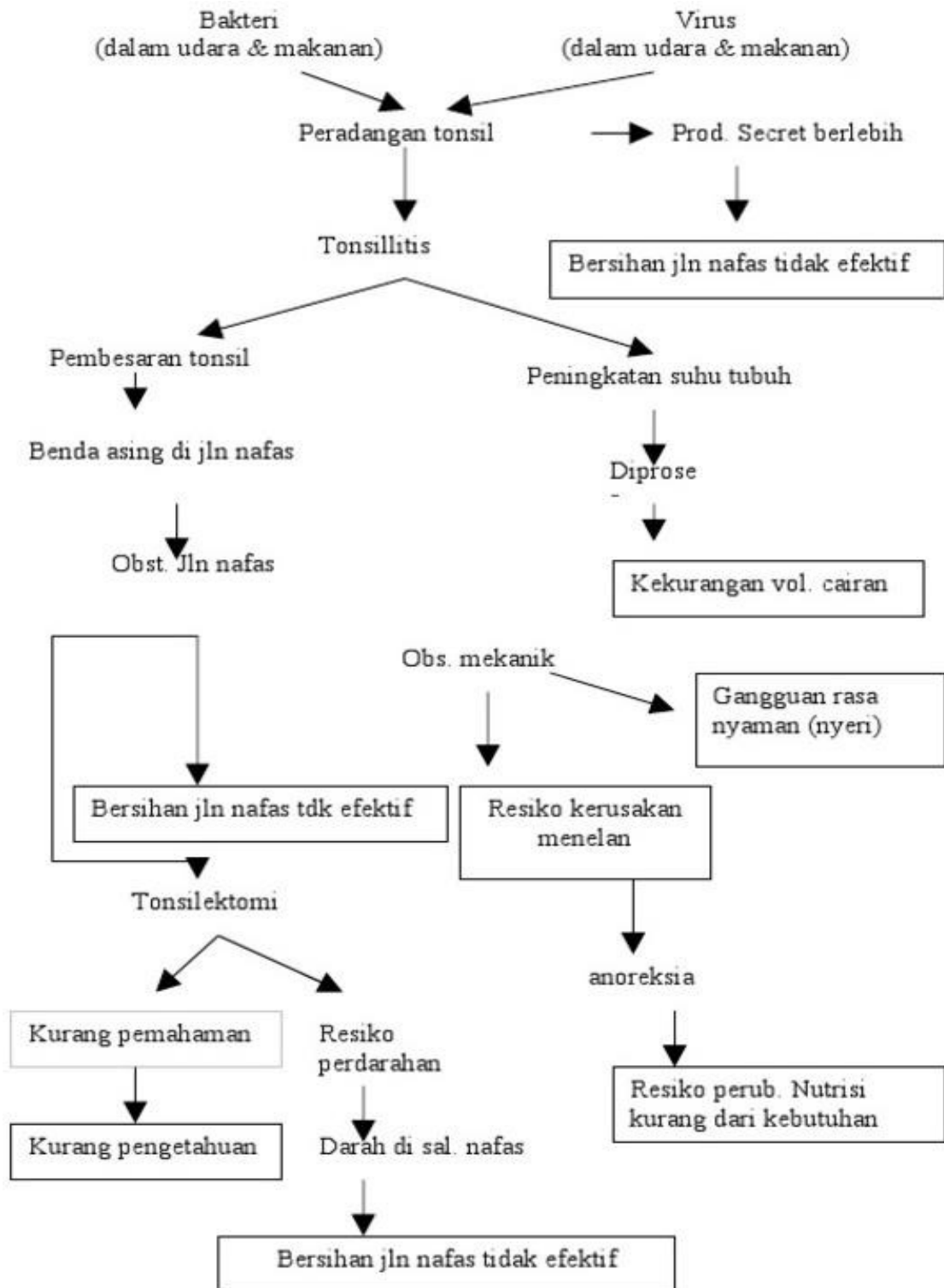
5. Patofisiologi

Proses infeksi diawali dengan masuknya bakteri atau virus ke dalam tubuh lewat hidung atau mulut. Tonsil berfungsi sebagai filter atau penyaring, sehingga organisme yang masuk akan diselubungi oleh sel-sel darah putih, kemudian akan menyebabkan infeksi ringan pada tonsil. Keadaan ini akan merangsang tubuh untuk membentuk antibody untuk melawan infeksi yang datang, akan tetapi ketika antibody yang terbentuk tidak dapat melawan infeksi bakteri dan virus, maka hal itulah yang menyebabkan tonsillitis.

Bakteri atau virus akan menginfeksi epitel tonsil dan menjadikannya terkikis dan terjadi peradangan serta infeksi pada tonsil. Infeksi tonsil jarang menimbulkan gejala, namun ketika terjadi pembesaran yang ekstrim, dapat menimbulkan gejala sakit ketika menelan. Infeksi tonsil tersebut ialah peradangan pada tenggorokan terutama dengan tonsil yang abses (*abses peritonsilar*). Abses yang besar yang terbentuk di belakang tonsil akan menyebabkan sakit yang hebat dan menimbulkan demam tinggi (39-40 C). Abses kemudian akan mendorong tonsil kearah tengah tenggorokan. Pasien akan merasa sakit pada tenggorokan sehingga berhenti makan. Peradangan pada tonsil juga dapat menyebabkan sukar menelan, panas, bengkak dan kelenjar getah bening melemah di dalam

daerah submandibular, sakit pada sendi dan otot, kedinginan, seluruh tubuh sakit, sakit kepala dan biasanya sakit pada telinga. Sekresi yang berlebih akan membuat pasien mengeluh sulit menelan, belakang tenggorokan akan terasa mengental. Hal-hal yang tidak menyenangkan tersebut biasanya berakhir setelah 72 jam (Wahyuni, 2017)

6. Pathway



Gambar 2.5 Pathway Tonsilitis (Siregar, 2019)

7. Gejala Klinis

Gejala klinis pada tonsillitis menurut Wetmore (2016) secara umum seperti:

- a. Sakit pada tenggorokan.
- b. Tonsil tampak bengkak dan merah yang disertai dengan bintik-bintik putih.
- c. Tonsil yang membengkak akan menyebabkan sulit menelan, nyeri, mual dan muntah, hilangnya nafsu makan dan akhirnya penurunan berat badan
- d. Respon terhadap infeksi, demam, menggigil (kedinginan), dan tidak enak badan dan kadang disertai batuk.
- e. Tanda dan gejala lainnya yang dapat ditemui adalah: adanya pembengkakan kelenjar getah bening di leher, sakit di telinga atau leher, kelelahan, sakit perut, lidah berbulu, bau mulut (*halitosis*), perubahan suara, kesulitan membuka mulut (*trismus*), gelisah atau takut tersedak. Dalam kasus tonsilitis akut, permukaan tonsil mungkin berwarna merah cerah dan terlihat adanya area putih atau garis-garis nanah.

8. Komplikasi

Tonsillitis dapat menyebabkan komplikasi pada daerah sekitar tonsil dan tonsil itu sendiri. Adapun komplikasi pada daerah sekitar tonsil seperti *rhinitis kronik, sinusitis* atau *otitis media secara percontinuitatum*. Sedangkan komplikasi yang terjadi pada tonsil antara lain : (Nelson, WE, 2000 dalam (Sundariyati, 2017)

a. Abses peritonsil

Merupakan infeksi yang meluas menuju kapsul tonsil dan mengenai jaringan disekitarnya. Biasanya abses terjadi diantara kapsul tonsil dan otot-otot yang mengelilingi *faringeal bed*. Komplikasi ini terjadi pada penderita dengan serangan berulang. Gejala yang timbul seperti

malaise yang bermakna, *trismus* dan *odinofagi* yang berat. Diagnosa dapat ditegakkan dengan melakukan aspirasi abses.

b. *Abses parafaring*

Gejala dari abses ini seperti pembengkakan disekitar angulus mandibula (indurasi), pembengkakan dinding lateral faring sehingga menonjol ke arah medial, *trismus*, dan demam tinggi. Abses ini dapat dievakuasi dengan melakukan insisi di daerah servikal

c. *Abses intratonsilar*

Adanya abses yang berada dalam substansi tonsil. Biasanya diikuti dengan tertutupnya *kripta* pada *Tonsilitis Folikular* akut. Tonsil tampak membesar dan merah, nyeri lokal dan *disfagia* yang bermakna. Penatalaksanaannya dengan pemberian antibiotic, *drainase* abses jika perlu, selanjutnya dengan operasi tonsilektomi.

d. *Tonsilolith* (kalkulus tonsil)

Tonsilolith ini dapat ditemukan pada Tonsilitis Kronis ketika *kripta* diblokade oleh sisa-sisa debris. Garam *inorganik kalsium* dan *magnesium* kemudian tersimpan yang memicu terbentuknya batu. Kemudian batu tersebut membesar secara berangsur-angsur dan akhirnya dapat menyebabkan ulserasi dari tonsil. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada dewasa. Dapat didiagnosa dengan mudah melalui palpasi atau ditemukannya permukaan yang tidak rata pada saat perabaan.

e. *Kista tonsilar*

Kista ini disebabkan oleh adanya blockade *kripta* tonsil dan tampak sebagai pembesaran kekuningan diatas tonsil. Sangat sering terjadi tanpa gejala dan dapat dilakukan tindakan drainasi dengan mudah.

f. Fokal infeksi dari demam rematik dan *glomerulonephritis*

Pada penelitiannya Xie mengatakan bahwa anti-streptokokal antibodi meningkat pada 43% pasien Glomerulonefritis dan 33% diantaranya mendapatkan bakteri Streptokokus beta hemolitikus pada swab tonsil yang merupakan bakteri terbanyak pada tonsil dan faring. Hasil ini

mengungkapkan kemungkinan infeksi pada tonsil menjadi patogenesis terjadinya penyakit Glomerulonefritis (Sundariyati, 2017).

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan tonsilitis kronis meliputi beberapa cara yaitu :

a. Terapi farmakologi

1) Antibiotik

Penisilin masih menjadi pilihan pertama tonsillitis akibat infeksi bakteri *Streptococcus pyogenes*. Penisilin terutama pada anak-anak dan remaja terbukti efektif dan tidak memerlukan biaya yang banyak. Cephalosporin lebih efektif pada anak-anak di bawah usia 12 tahun dan efektif untuk pengobatan tonsilitis kronis rekuren. Makrolida dan klindamisin pada anak-anak menyebabkan efek samping yang lebih banyak dengan efektivitas yang sama, oleh karena itu hanya digunakan bagi individu yang alergi terhadap penisilin. Selain itu, terapi jangka pendek dengan azitromisin (20 mg/kg) selama tiga hari atau klaritromisin dan sefalosporin selama lima hari memiliki hasil terapi hamper sama dengan terapi penisilin jangka panjang (Alotaibi, 2017).

2) Analgetik

Pada tonsilitis akut, obat anti inflamasi non steroid yang paling banyak digunakan adalah ibuprofen. Ibuprofen menunjukkan efikasi tertinggi dengan efek samping paling sedikit dibandingkan dengan parasetamol dan asam asetilsalisilat. Manfaat lain dari ibuprofen adalah memperpanjang periode kerja 6-8 jam dibandingkan dengan parasetamol. Diklofenak dan ketorolac pada anak-anak di metabolisme dengan cepat dan memerlukan penyesuaian dosis (dosis lebih tinggi daripada pada orang dewasa). Metamazol harus dihindari sebagai analgesik pada anak-anak karena risiko agranulositosis yang kecil (Alotaibi, 2017).

3) Antiseptik

Obat kumur antiseptik dengan chlorhexidine atau benzydamine menunjukkan pengurangan gejala pada anak-anak dan orang dewasa. Obat kumur herbal yang mengandung sage, thyme dan chamomile memberikan manfaat. Namun, beberapa zat yang mengandung etanol sebagai pelarut ekstraksi tidak dapat diberikan pada anak <12 tahun. Nasturtium dan akar lobak yang terkandung dalam beberapa obat memiliki sifat antimikroba, antivirus dan antijamur (Alotaibi, 2017).

4) Kortikosteroid

Kortikosteroid dapat memperpendek periode demam pada kasus infeksius mononukleosis. Dalam kasus infeksius mononucleosis yang parah kortikosteroid dapat mendukung terapi pengobatan. Kortikosteroid juga diindikasikan pada pasien dengan obstruksi jalan nafas, anemia hemolitik, dan penyakit neurologis. Berikan edukasi yang baik pada pasien mengenai efek samping serta komplikasi yang dapat terjadi akibat penggunaan steroid (Alotaibi, 2017).

b. Tindakan operasi (Tonsilektomy)

Untuk terapi pembedahan dilakukan dengan mengangkat tonsil (tonsilektomi). Tonsilektomi adalah prosedur pembedahan paling umum di Amerika Serikat, dengan 289.000 prosedur rawat jalan yang dilakukan setiap tahun pada anak-anak usia 15 tahun. Indikasi pembedahan termasuk infeksi tenggorokan berulang dan gangguan pernapasan tidur obstruktif, yang keduanya secara substansial dapat mempengaruhi status kesehatan anak dan kualitas hidup. Meskipun terdapat beberapa manfaat dari tonsilektomi, komplikasi dari pembedahan masih bisa terjadi. Komplikasi pembedahan seperti sakit tenggorokan, mual dan muntah pasca operasi, dehidrasi, gangguan bicara, perdarahan, dan bahkan kematian. Tonsilektomi dilakukan bila terapi konservatif gagal

(Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S & Al., 2019).

Dua indikasi utama tonsilektomi pada anak dan remaja adalah tonsilitis rekuran dan *sleep-disordered breathing /obstructive sleep apneu*. Indikasi tonsilektomi bervariasi tiap negara. Indikasi tonsilektomi dikelompokkan menjadi indikasi absolut dan relatif. Indikasi-indikasi untuk tonsilektomi yang hampir absolut adalah berikut ini:

- 1) Timbulnya kor pulmonale karena obstruksi jalan napas yang kronis.
- 2) Hipertrofi tonsil atau adenoid dengan sindroma apnea waktu tidur.
- 3) Hipertrofi berlebihan yang menyebabkan disfagia dengan penurunan berat badan penyerta.
- 4) Biopsi eksisi yang dicurigai keganasan (limfoma).
- 5) Abses peritonsilaris berulang atau abses yang meluas pada ruang jaringan sekitarnya.

Indikasi relatif tonsilektomi yaitu seluruh indikasi lain untuk tonsilektomi dianggap relatif yaitu terjadi 3 episode atau lebih infeksi tonsil dalam 1 tahun dengan terapi antibiotik adekuat, halitosis akibat tonsillitis kronis yang tidak membaik dengan terapi antibiotik adekuat, dan tonsillitis kronis berulang pada karier streptokokus beta hemolitikus grup A yang tidak membaik dengan antibiotik. Adapun kontraindikasi dari tonsilektomi yaitu infeksi pernapasan bagian atas yang berulang, infeksi sistemik atau kronis, demam yang tidak diketahui penyebabnya, pembesaran tonsil tanpa gejala-gejala obstruksi, asma, sinusitis, rhinitis alergi, dan tonus otot yang lemah (Adams, G. L., Boies, L. R. & Higler, 2012).

c. Tindakan Keperawatan

- 1) Perawatan pre operasi
 - a) Lakukan pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorok secara seksama dan dapatkan kultur yang diperlukan untuk

menentukan ada tidak dan sumber infeksi.

b) Ambil spesimen darah untuk pemeriksaan praoperasi untuk menentukan adanya risiko perdarahan : waktu pembekuan, pulasan trombosit, masa protrombin, masa tromboplastin parsial.

c) Lakukan pengkajian pra operasi:

Perdarahan pada anak atau keluarga, kaji status hidrasi, siapkan anak secara khusus untuk menghadapi apa yang diharapkan pada masa pascaoperasi, gunakan teknik-teknik yang sesuai dengan tingkat perkembangan anak (buku, boneka, gambar), bicaralah pada anak tentang hal-hal baru yang akan dilihat di kamar operasi, dan jelaskan jika terdapat konsep-konsep yang salah, bantu orang tua menyiapkan anak mereka dengan membicarakan istilah yang umum terlebih dahulu mengenai pembedahan dan berkembang ke informasi yang lebih spesifik, yakinkan orang tua bahwa tingkat komplikasi rendah dan masa pemulihan biasanya cepat, anjurkan orang tua untuk tetap bersama anak dan membantu memberikan perawatan.

2) Perawatan post operasi

a) Kaji nyeri dengan sering dan berikan analgesik sesuai indikasi.

b) Kaji dengan sering adanya tanda-tanda perdarahan pasca operasi.

c) Siapkan alat pengisap dan alat-alat nasal untuk berjaga-jaga seandainya terjadi kedaruratan.

d) Pada saat anak masih berada dalam pengaruh anestesi, beri posisi telungkup atau semi telungkup pada anak dengan kepala dimiringkan ke samping untuk mencegah aspirasi

e) Biarkan anak memperoleh posisi yang nyaman sendiri setelah ia sadar (orang tua boleh menggendong anak). Pada awalnya anak dapat mengalami muntah darah lama. Jika diperlukan pengisapan, hindari trauma pada orofaring. Ingatkan anak

untuk tidak batuk atau membersihkan tenggorok kecuali jika perlu.

- f) Berikan asupan cairan yang ade kuat; beri es batu 1 sampai 2 jam setelah sadar dari anestesi. Saat muntah susah berhenti, berikan air jernih dengan hati-hati.
- g) Tawarkan jus jeruk dingin disaring karena cairan itulah yang paling baik ditoleransi pada saat ini, kemudian berikan es loli dan air dingin selama 12 sampai 24 jam pertama
- h) Ada beberapa kontroversi yang berkaitan dengan pemberian susu dan es krim pada malam pembedahan : dapat menenangkan dan mengurangi pembengkakan, tetapi dapat meningkatkan produksi mukus yang menyebabkan anak lebih sering membersihkan tenggoroknya, meningkatkan risiko perdarahan.
- i) Berikan collar es pada leher, jika anak menjadi gelisah, lepas collar es tersebut.
- j) Bilas mulut pasien dengan air dingin atau larutan alkalin.
- k) Jaga agar anak dan lingkungan sekitar bebas dari drainase bernoda darah untuk membantu menurunkan kecemasan.
- l) Anjurkan orangtua agar tetap bersama anak ketika anak sadar (Hidayatulloh, 2018).

B. Konsep Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan ialah upaya menunjang program kesehatan guna dinamisasi serta peningkatan ilmu pengetahuan pada periode tertentu secara efektif (Saputra, 2021). Pendidikan kesehatan mengembangkan konsep yang dimulai melalui pemikiran masyarakat awam menjadi mampu (Fitria Yulastini, Evalina Fajriani, 2021)

Pendidikan kesehatan dapat berperan untuk merubah perilaku selaras dengan nilai-nilai kesehatan. Perilaku sehat dapat disebabkan oleh faktor pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran (Fitriana, H., & Siswantara, 2019). Perubahan perilaku yang diharapkan adalah dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya sakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat sehingga perubahan perilaku merupakan hasil dari pendidikan kesehatan (Suliha, U., & Resnayanti, 2019).

2. Tujuan

Masyarakat diharapkan dapat memecahkan masalah lalu mengatasi kebutuhannya melalui pendidikan kesehatan (Ernawati, 2018). Pendidikan kesehatan bertujuan untuk memperoleh dan memahami secara optimal guna peningkatan kualitas kesehatan (Rochmawati, L., & Novitasari, 2016). Disamping itu, hal ini dilakukan untuk mengubah kesadaran masyarakat mengenai kesehatan agar mencapai tujuan hidup sehat (Maolinda, N, Aat Sriati., 2012). Dari beberapa tujuan diatas, dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan menumbuhkan kemampuan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan secara fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Sasaran

Pendidikan terkait kesehatan menysasar tiga aspek yaitu primer merupakan upaya pendidikan yang dilakukan kepada individu. Sasaran sekunder merupakan upaya pendidikan yang dilakukan kepada pemimpin adat atau pemimpin daerah. Sasaran tersier merupakan upaya pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada para pembuat kebijakan publik (Aryawati, L. O., & Dolores, 2018).

Sasaran pendidikan kesehatan ditujukan kepada setiap lapisan masyarakat. Hal ini ditujukan untuk setiap individu dalam masyarakat untuk perubahan serta peningkatan perilaku terkait kesehatan mencakup jasmani, mental, kehidupan sosial serta ekonomi (Sari, 2013).

4. Faktor yang mempengaruhi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rochmawati dan Novitasari (2016), faktor berpengaruh dalam pendidikan kesehatan seperti lingkungan, diri serta kesediaan waktu. Pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor persiapan, lingkungan dan sumber daya serta sikap respon (Maolinda, N, Aat Sriati., 2012). Faktor yang paling mempengaruhi pendidikan kesehatan adalah persiapan pelaksanaan pendidikan kesehatan. Keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh faktor pemberi pendidikan kesehatan, faktor sasaran dan faktor proses dalam penyuluhan. Faktor pemberi pendidikan meliputi persiapan dan penguasaan materi yang disampaikan. Faktor sasaran dilihat dari tingkat pendidikan, lingkungan dan kepercayaan sasaran itu sendiri. Faktor proses penyuluhan meliputi waktu, tempat dan jumlah sasaran (Sari, 2013).

5. Ruang lingkup

Menurut Nurmala (2020) ruang lingkup dalam pendidikan kesehatan tidak dibatasi ruang dan waktu, sehingga dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yang meliputi :

a. Ruang lingkup berdasarkan area masalah

Ruang lingkup pendidikan kesehatan yang dilihat dari area masalah mencakup berbagai ideologi dari kesehatan dan penyakit seperti kesehatan ibu, kesehatan anak, penyakit infeksi dan penyakit infeksi menular, penyakit tidak menular, kesehatan lansia , kecelakaan dan bencana.

b. Ruang lingkup berdasarkan tingkat pencegahan

Pendidikan kesehatan juga dapat dilakukan dalam lingkup pencegahan terhadap terjadinya penyakit. Ada beberapa tingkatan dalam upaya pencegahan yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.

c. Ruang lingkup pelayanan kesehatan dasar

Upaya-upaya peningkatan kesehatan dibagi menjadi 4 tingkat pelayanan yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan/pengobatan penyakit dan rehabilitasi

d. Ruang lingkup aktivitas

Menurut Ottawa Charter mengemukakan 5 (lima) pilar utama dalam pendidikan kesehatan yaitu kebijakan publik yang sehat, lingkungan yang mendukung, kegiatan masyarakat, pengembangan keterampilan pribadi dan orientasi ulang pelayanan kesehatan.

6. Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Nurmala (2020) media pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Media yang tercakup pada meliputi media cetak adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), rubrik atau tulisan dan flip chart (lembar balik) pada surat kabar, majalah, poster atau foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.

Media leaflet merupakan bentuk penyampaian informasi atau pesan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi (Gani, Istiaji, & Kusuma, 2014).

Leaflet merupakan media cetak yang berisikan rangkuman materi pembelajaran. Media leaflet mempunyai beragam gambar dan warna. Selain itu juga media leaflet mudah dijadikan media penyampaian materi pembelajaran dengan cara yang menarik, sehingga responden tidak jenuh dengan materi yang disampaikan (Saputra, A., Sastrawan, A., & Chalimi, 2018).

Menurut Saputra, Sastrawan, & Chalimi (2018) adapun kelebihan media leaflet diantaranya yaitu :

- 1) Materi dapat dirancang sedemikian rupa
- 2) Beragam gambar, warna dan desain yang unik
- 3) Dapat disimpan lama
- 4) Mudah dibawa

Menurut Saputra, Sastrawan, & Chalimi (2018) adapun kelemahan media leaflet diantaranya yaitu :

- 1) Tidak dapat menampilkan gerak dalam media leaflet
- 2) Biaya percetakan mahal apabila ingin menampilkan ilustrasi, gambar atau foto yang berwarna
- 3) Salah dalam desain tidak akan menarik minat pembaca
- 4) Leaflet hanya untuk dibagikan, tidak bisa dipajang atau ditempel
- 5) Tidak terlalu efektif jika sasaran terlalu luas

b. Media elektronik

Media ini merupakan media yang sifatnya bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar serta penyampaiannya melalui alat bantu elektronika, media elektronik mencakup televisi, cassette, CD, VCD, internet (komputer dan modem), radio, video film, SMS (telepon seluler).

c. Media luar ruang

Media luar ruangan dapat dilakukan pada kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung.

7. Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2018) pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan di samping masuknya sendiri juga metode, materi atau pesannya, pendidik

atau petugas, yang melakukannya, dan alat-alat bantu/alat peraga pendidikan. Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan sebagai berikut :

a. Metode Individual (Perorangan)

Dalam promosi kesehatan, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Metode ini digunakan apabila antara pendidik kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (face to face) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misalnya telepon (Notoatmodjo, 2018).

Menurut Notoatmojo (2018) bentuk dari pendekatan ini, antara lain :

1) Bimbingan dan Penyuluhan (Guidance and Counseling)

Dengan cara ini kontak antara pasien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh pasien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya pasien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh perhatian, akan menerima perilaku baru.

2) Wawancara (Interview)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan pasien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah ia tertarik atau tidak terhadap perubahan. Juga untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

b. Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat

besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan (Notoatmodjo, 2018).

1) Keunggulan

- Memberi kemungkinan untuk saling mengemukakan pendapat.
- Merupakan pendekatan yang demokratis, mendorong rasa kesatuan.
- Dapat memperluas pandangan atau wawasan.
- Membantu mengembangkan kepemimpinan.

2) Kekurangan

- Tidak efektif pada kelompok yang lebih besar.
- Keterbatasan informasi yang didapat oleh peserta.
- Membutuhkan pemimpin diskusi yang terampil.
- Kemungkinan didominasi orang yang suka berbicara.
- Biasanya sebagian besar orang menghendaki pendekatan formal.

8. Peran perawat dalam pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai pemberi informasi (Rosymida, 2018). Menurut Lasmito (2014), manfaat pendidikan kesehatan yang diberikan perawat bagi pasien antara lain meningkatkan pengetahuan pasien tentang sakitnya, kemandirian, kenyamanan dan kesembuhan pasien.

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan yang baik di antaranya (Febriani & Handiyani, 2019) :

a. Persiapan pendidikan kesehatan

Persiapan pendidikan kesehatan pada pasien penting, karena dapat memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan. Pasien akan merasa nyaman bila mengetahui apa yang akan terjadi, sedikit kecemasan akan lebih

baik dari pada tidak tahu sama sekali. Pendidikan kesehatan menggunakan media teks *handout*, menyertakan informasi multi media, dan membaca dapat membatasi tingkat pemahaman saat pasien pasca operasi. Persiapan media pembelajaran adalah penting karena dapat merangsang proses belajar. Pendidikan kesehatan yang tidak dipersiapkan dapat menghambat tercapainya tujuan pendidikan kesehatan itu sendiri.

b. Sikap dan keyakinan perawat

Perawat pelaksana mempersiapkan baik terhadap pelaksanaan pendidikan kesehatan, mengindikasikan perawat pelaksana yakin bahwa pendidikan kesehatan merupakan tanggung jawab perawat, sehingga pendidikan kesehatan menjadi prioritas dalam asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran utama pada pendidikan kesehatan di rumah sakit, dan mereka dipandang sebagai titik fokus untuk mendistribusikan informasi kepada pasien.

c. Lingkungan dan sumber daya

Pendidikan kesehatan dengan lingkungan dan sumber daya yang baik akan meningkatkan kesembuhan pasien dan dapat mengatasi waktu tunggu di poliklinik dengan memodifikasi media pembelajaran dengan *smartphone*, pemilihan waktu yang tepat pelaksanaan pendidikan kesehatan pada pasien operasi dapat menurunkan rasa nyeri. Kurangnya persiapan peralatan, dan diri perawat seperti materi, bahasa yang disampaikan, penampilan, suara, intonasi, atau hal membosankan dapat mempengaruhi pasien yang diberikan pendidikan kesehatan.

d. Sikap pasien pada saat pendidikan kesehatan

Sikap pasien yang baik ketika pelaksanaan pendidikan kesehatan berlangsung dapat memberikan semangat pada kedua belah pihak, perawat dan pasien, selain itu perawat dapat mengevaluasi dirinya, secara langsung dan dapat melihat respon pasien seperti bosan, ketidaknyamanan dan kurangnya minat serta, ketidakpahaman akan materi yang diberikan.

C. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu hasil tau dari manusia atas penggabungan antara suatu subyek yang mengetahui dan objek yang diketahui tentang sesuatu objek tertentu (Winarsih *et al.*, 2021). Menurut Notoatmodjo (2018), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Jadi pengetahuan adalah berbagai macam hal yang diperoleh oleh seseorang melalui panca indera.

2. Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*Comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain (Notoatmodjo, 2018):

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha untuk mengembangkan watak dan kemampuan baik di dalam maupun di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah masyarakat menerima informasi baik dari orang lain maupun dari media massa.

b. Pekerjaan

Pekerjaan yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi proses pencarian informasi tentang masalah tertentu. Semakin mudah dalam pencarian informasi, maka semakin banyak pula informasi yang bisa didapat, memperluas pengetahuan.

c. Pengalaman

Pengalaman yang dimiliki seseorang memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap pengetahuannya. Semakin banyak pengalaman yang dimiliki dengan sesuatu, semakin banyak pengetahuan yang dimiliki.

d. Keyakinan

Keyakinan seseorang biasanya diturunkan dari generasi ke generasi. Keyakinan ini tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu.

e. Sosial budaya

Keadaan sosial budaya seseorang dapat berpengaruh pada pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap suatu objek.

f. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar seseorang, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial. Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kepada orang-orang di lingkungan ini. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak ada yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan menggunakan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi data yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita pelajari atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat yang ditunjukkan diatas (Notoatmodjo, 2010).

1. Tingkat pengetahuan sangat baik bila skor : 81% - 100%
2. Tingkat pengetahuan baik bila skor : 61% - 80,9%
3. Tingkat pengetahuan cukup baik bila skor : 41% - 60,9%
4. Tingkat pengetahuan kurang baik bila skor : 21% - 40,9%
5. Tingkat pengetahuan tidak baik bila skor : 0% - 20,9%

D. Konsep Asuhan Keperawatan Tonsilitis

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien tonsilitis menurut Andra Saferi Wijaya (2013) yaitu:

- a. Identitas klien
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama
Sakit tenggorokan, nyeri telan, demam dll
 - 2) Riwayat penyakit sekarang
Meliputi 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, tanda-tanda vital dll.
 - 1) Pernafasan
Seperti 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
Paisen tampak lemah, letargi, iritabel, malaise

4) Keamanan / kenyamanan

Kecemasan terhadap hospitalisasi

d. Dampak Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

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 menelan.

2) Gangguan komunikasi verbal

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

3) Gangguan nutrisi

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

4) Gangguan psikologis

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

5) Gangguan pendengaran

Karena peradangan tonsil, berhubungan dengan saraf yang bersangkutan.

2. Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan utama yang mungkin muncul berdasarkan gejala klinis menurut Wetmore (2016) pada pre operasi tonsilektomy adalah nyeri akut, gangguan rasa nyaman, hipertermi, defisit nutrisi, defisit pengetahuan dan ansietas. Adapun deskripsi diagnosa tersebut berdasarkan pendekatan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat

dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : 1. Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (Mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : (*Tidak tersedia*)

Objektif :

- 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) Diaforesis

- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit
Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (SDKI, 2017).

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : 1. Mengeluh tidak nyaman

Objektif : 1. Gelisah

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Tidak mampu rileks
- 3) Mengeluh kedinginan atau kepanasan

- 4) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual
- 6) Mengeluh lelah

Objektif :

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih/menagis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas

c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh (SDKI, 2017).

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : 1. Tidak tersedia

Objektif : 1. Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan tanda minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif :

- 1) Kulit merah
- 2) Kejang
- 3) Takikardi
- 4) Takipnea
- 5) Kulit terasa hangat

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0019)

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI, 2017)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : 1. Tidak tersedia

Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Cepat kenyang setelah makan
- 2) Kram/ nyeri abdomen
- 3) Nafsu makan menurun

Objektif :

- 1) Bising usus hiperaktif
- 2) Otot pengunyah lemah
- 3) Otot menelan lemah
- 4) Membran mukosa pucat
- 5) Sariawan
- 6) Serum albumin menurun
- 7) Rambut rontok berlebihan
- 8) Diare

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu. Penyebab defisit pengetahuan adalah keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang minat dalam belajar, kurang dapat mengingat, dan tidak familier dengan informasi.

Gejala dan tanda mayor menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), adalah sebagai berikut:

- 1) Subjektif

Menanyakan masalah yang dihadapi Misalnya : menanyakan keadaan ataupun kondisi mengenai penyakit tonsilitis yang dialaminya.

- 2) Obyektif

a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

Misalnya : Jarang melakukan pemeriksaan kesehatan dan mengobati penyakitnya dengan menggunakan alternatif seperti jamu atau herbal lainnya.

b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Misalnya : Mempunyai pemikiran yang keliru bahwa operasi tonsil dapat menurunkan imunitas tubuh.

f. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) merasa bingung
- 2) merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) sulit berkonsentrasi.

Objektif :

- 1) tampak gelisah
- 2) tegang
- 3) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh pusing
- 2) Anoreksia
- 3) Tidak berdaya.

Objektif :

- 1) Frekuensi nafas meningkat
- 2) Frekuensi nadi meningkat
- 3) Tekanan darah meningkat
- 4) Muka tampak pucat
- 5) Suara bergetar

- 6) Sering berkemih
- 7) Berorientasi pada masa lalu

Masalah keperawatan utama yang mungkin muncul pada kasus post operasi tonsilektomy adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (prosedur operasi); **(D.0077)**
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi **(D.0111)**
- c. Risiko Hipovolemia berhubungan dengan adanya perdarahan **(D.0034)**
- d. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive **(D.0142)**

3. Perencanaan keperawatan

- a. Intervensi pada pre operasi

Tabel 2.1 Intervensi pada pre operasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/ Kriteria Hasil (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Nyeri Akut berhubungan dengan inflamasi (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka tingkat nyeri dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. (L.08066)	Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat atau memperingan 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 di berikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik</i> 10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, akupresur, terapy music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres air hangat/dingin, terapy bermain) 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

			<p>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</p> <p><i>Kolaborasi</i> 19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit (D.0074)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka status kenyamanan meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun (L.08064) 	<p>Perawatan Kenyamanan <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (Mis, mual, nyeri, gatal, sesak) 2) Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 3) Identifikasi masalah emosional dan spiritual <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Berikan posisi yang nyaman 5) Berikan kompres air dingin atau hangat 6) Ciptakan lingkungan yang nyaman 7) Berikan pemijatan 8) Berikan terapi akupresur 9) Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan 10) Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan 12) Ajarkan terapi relaksasi 13) Ajarkan latihan pernapasan 14) Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p><i>Kolaborasi</i> 15) Kolaborasi pemberian analgetik, antipruritus, antihistamin, <i>jika perlu</i></p>
3	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit(D.0130)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka termoregulasi berada pada rentang normal, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menggigil menurun 2) Kulit merah menurun 3) Suhu tubuh membaik 4) Tekanan darah membaik (L.14134) 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor kadar elektrolit 4) Monitor haluaran urine <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Sediakan lingkungan yang dingin 6) Longgarkan atau lepaskan pakaian 7) Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8) Berikan cairan oral 9) Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres

			<p>dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>10) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>11) Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>12) Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i></p>
4	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)(D.0019)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2) Frekuensi makan membaik 3) Nafsu makan membaik (L.03030) 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Monitor asupan makan 5) Monitor berat badan 6) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 8) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 9) Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10) Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i> 11) Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, Pereda nyeri, antimietik), <i>jika perlu</i> 13) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)	<p>Setelah dilakukan asuhan intervensi keperawatan 1 x 30 menit maka tingkat pengetahuan pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4) Berikan kesempatan untuk bertanya 5) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

		<p>meningkat</p> <p>4) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>5) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (L.12111)</p>	
6	<p>Ansietas ditandai dengan situasional krisis (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku gelisah menurun 4) Perilaku tegang menurun 5) Konsentrasi membaik 6) Pola tidur membaik (L.09093) 	<p>Reduksi Ansietas (1.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 3) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 4) Fahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian. 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan. 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 10) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 11) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu. 12) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan. 13) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 14) Anjurkan pasien untuk berdoa dan berdzikir 15) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. 16) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat. 17) Latih relaksasi. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 18) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

b. Intervensi pada post operasi

Tabel 2.2 Intervensi pada post operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Rencana Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (prosedur operasi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka tingkat nyeri dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun. 4) Gelisah menurun. (L.08066)	Manajemen nyeri (I.08238) . Observasi : 1) Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal. 3) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : 4) Berikan teknik non farmakologis (Diet Dingi Cair) untuk mengurangi rasa nyeri. 5) Fasilitasi istirahat dan tidur. 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Edukasi : 7) Jelaskan strategi meredakan nyeri 8) Ajarkan teknik non farmakologis (Diet Dingin Cair) untuk mengurangi rasa nyeri . Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
2	Risiko Hipovolemia berhubungan dengan adanya perdarahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Status cairan membaik dengan Kriteria Hasil : 1) Kekuatan nadi meningkat. 2) Membrane mukosa lembap. 3) Frekuensi nadi membaik. 4) Tekanan darah membaik. 5) Turgor kulit membaik. (L.03028)	Manajemen hypovolemia (I.03116) . Observasi : 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia. 2) Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : 3) Berikan asupan cairan oral Edukasi : 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. 5) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. Kolaborasi : 6) Kolaborasi pemberian cairan IV.
3	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan Kriteria Hasil : 1) Kebersihan tangan meningkat. 2) Kebersihan badan meningkat. 3) Demam,kemerahan,	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area luka. 4) Cuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 5) Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi.

		nyeri, bengkak menurun. 4) Kadar sel darah putih meningkat (L.14137)	Edukasi : 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 8) Ajarkan etika batuk. 9) Anjurkan meningkat kanasupan nutrisi. 10) Anjurkan meningkat kanasupan cairan. Kolaborasi : 11) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.
--	--	---	---

12) Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan suatu aktivitas yang dimana dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan menurut (SIKI DPP PPNI, 2017). Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2018).

Dalam melakukan implementasi keperawatan perawat harus memperhatikan konsep *hazard* (bahaya) dan resiko dalam tindakan tersebut. Perawat harus menjamin bahwa tindakan yang akan dilakukan adalah tindakan yang tepat. Perawat juga harus mampu menilai kemampuan secara pribadi dalam melaksanakan implementasi agar tidak terjadi kesalahan dalam melaksanakannya. Selain itu, perawat harus memperhatikan keselamatan pasien dari penggunaan peralatan medis dan lingkungan sekitar pasien, hal ini perlu diperhatikan agar pasien dapat terhindar dari infeksi lain akibat kontak dengan benda asing atau lingkungan di luar tubuhnya (Eny Astuti, 2019).

13) Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Muttaqin, 2018).

Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien atau asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan
- b. Tujuan tercapai sebagian, pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
- c. Tujuan tidak tercapai, pasien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali atau dapat timbul masalah baru (Ernawati, 2019)

Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yaitu:

- S (Subjektif): Merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- O (Objektif): Merupakan salah satu data yang di dapatkan berdasarkan hasil dari pengukuran yang dilakukan oleh perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- A (Assesment): Merupakan interpretasi dari data subjektif dan data objektif.
- P (Planing): Merupakan salah satu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi dan ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya dan diharapkan tingkat pengetahuan pasien meningkat (Halija et al., 2022).