

TONSILITIS REKUREN DENGAN HIPERTROFI TONSIL DAN GEJALA OBSTRUKTIF PADA ANAK: SEBUAH LAPORAN KASUS

Oktaryona Trisera¹, Ratu Fajaria²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian THT-KL, Rumah Sakit Umum Daerah dr. A. Dadi Tjokrodipo

E-mail : triserao@gmail.com

ABSTRACT

Recurrent tonsillitis is a common condition in children and may be accompanied by tonsillar hypertrophy that can contribute to obstructive symptoms during sleep. Comprehensive clinical evaluation is important to assess recurrent infections and the potential impact of tonsillar enlargement on the upper airway. A 12-year-old boy presented with sore throat and difficulty swallowing that had progressively worsened. He had a history of recurrent sore throat approximately 5-6 times per year for five years, accompanied by fever, cough, rhinorrhea, halitosis, and loud snoring. Oropharyngeal examination revealed bilateral palatine tonsillar enlargement graded T3/T4, with hyperemia and widened crypts without visible debris. Based on the clinical history and examination, the patient was diagnosed with recurrent acute tonsillitis with suspected bacterial etiology. Recurrent infection and tonsillar hypertrophy are important findings that require comprehensive clinical assessment. Loud snoring in this patient suggested symptoms consistent with sleep-disordered breathing; however, the available findings were insufficient to establish a diagnosis of obstructive sleep apnea. Conclusion: Recurrent tonsillitis associated with tonsillar hypertrophy requires comprehensive assessment of infection burden and obstructive symptoms to guide appropriate clinical management.

Keywords: *children, obstructive symptoms, recurrent tonsillitis, tonsillar hypertrophy*

ABSTRAK

Tonsilitis rekuren merupakan kondisi yang sering dijumpai pada anak dan dapat disertai hipertrofi tonsil yang berpotensi menimbulkan gejala obstruktif saat tidur. Evaluasi klinis diperlukan untuk menilai karakteristik infeksi berulang serta dampak pembesaran tonsil terhadap fungsi jalan napas. Seorang anak laki-laki berusia 12 tahun datang dengan keluhan nyeri tenggorokan dan sulit menelan yang semakin memberat. Pasien memiliki riwayat sakit tenggorokan berulang sekitar 5-6 kali per tahun selama lima tahun, disertai demam, batuk, pilek, halitosis, dan mendengkur keras. Pemeriksaan orofaring menunjukkan pembesaran tonsil palatina bilateral derajat T3/T4, hiperemia, dan pelebaran kript tanpa detritus. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, pasien didiagnosis dengan tonsilitis akut

Article history

Received: Oktober

Reviewed: Oktober

Published: Oktober

Plagiarism checker no

Copyright : Author

Publish by : Nutricia



This work is licensed under a [creative commons attribution-noncommercial 4.0 international license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

rekuren dengan dugaan etiologi bakteri. Riwayat infeksi berulang dan hipertrofi tonsil merupakan temuan penting yang perlu dievaluasi secara menyeluruh. Mendengkur keras pada pasien menunjukkan adanya gejala yang mengarah pada sleep-disordered breathing, namun belum cukup untuk menegakkan diagnosis obstructive sleep apnea. Kesimpulan: Tonsilitis rekuren dengan hipertrofi tonsil memerlukan penilaian klinis yang komprehensif terhadap beban infeksi dan gejala obstruktif untuk menentukan tata laksana yang sesuai.

Kata Kunci: anak, gejala obstruktif, hipertrofi tonsil, tonsilitis rekuren

PENDAHULUAN

Tonsilitis merupakan inflamasi pada tonsil palatina yang termasuk dalam bagian dari cincin limfoid Waldeyer. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai agen infeksi, baik virus maupun bakteri, dan lebih sering ditemukan pada kelompok usia anak. Secara klinis, tonsilitis dapat bermanifestasi sebagai nyeri tenggorokan, demam, odinofagia, hiperemia serta pembesaran tonsil, dengan atau tanpa eksudat. Pada anak usia sekolah, group A Streptococcus (GAS) merupakan salah satu penyebab bakteri yang penting. Meskipun demikian, sebagian besar kasus tonsilitis bersifat viral sehingga pemilihan terapi perlu mempertimbangkan kemungkinan etiologi secara tepat.^{1,2}

Tonsilitis merupakan masalah kesehatan yang cukup sering dijumpai pada populasi anak secara global. Data mengenai tonsilitis secara spesifik masih sulit dibandingkan antarnegara karena terdapat perbedaan definisi antara sore throat, faringitis, dan tonsilitis serta perbedaan metode pencatatan kasus. Secara global, infeksi saluran pernapasan atas merupakan salah satu kelompok penyakit infeksi yang paling sering terjadi. Suatu analisis beban penyakit global memperkirakan terdapat sekitar 17,2 miliar episode infeksi saluran pernapasan atas pada tahun 2019 di seluruh dunia, dengan anak-anak merupakan kelompok yang memiliki beban penyakit yang tinggi.³ Pada kasus yang disebabkan oleh GAS, diperkirakan terdapat sekitar 600 juta kasus simptomatik secara global setiap tahun, meskipun angka tersebut mencakup spektrum manifestasi sore throat dan faringotonsilitis, bukan hanya tonsilitis yang telah terkonfirmasi secara etiologis.⁴

Di Indonesia, tonsilitis juga merupakan salah satu kondisi yang sering ditemukan pada anak. Namun, data epidemiologi nasional yang secara khusus menggambarkan prevalensi tonsilitis masih terbatas. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana Tonsilitis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa tonsilitis merupakan bagian dari infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan lebih sering ditemukan pada anak, terutama pada usia 5-12 tahun. Pada Riskesdas 2013, prevalensi ISPA berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala dalam satu bulan terakhir mencapai 25%, tetapi angka tersebut merupakan prevalensi ISPA secara keseluruhan.¹ Pada pelayanan THT di Lampung, tonsilitis merupakan diagnosis yang sering dijumpai terutama pada kelompok usia anak. Penelitian Rahayu et al. pada pasien usia 5-12 tahun di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung tahun 2020 menemukan bahwa dari 90 pasien tonsilitis yang diteliti, 37 pasien (41,1%) berada pada kelompok usia 5-12 tahun. Dari kelompok tersebut, sebagian besar merupakan kasus tonsilitis kronis, yaitu 28 pasien (75,67%), sedangkan tonsilitis akut ditemukan pada 9 pasien (24,32%). Ukuran tonsil yang paling sering ditemukan adalah T2-T2 dan keluhan yang paling banyak dilaporkan adalah nyeri saat menelan.⁵

Salah satu permasalahan yang perlu diperhatikan pada tonsilitis adalah terjadinya episode infeksi secara berulang atau tonsilitis rekuren. Tonsilitis rekuren dapat dipahami sebagai munculnya episode tonsilitis akut secara berulang setelah terdapat periode bebas

gejala atau gejala minimal. Evaluasi tonsilitis rekuren perlu mempertimbangkan dokumentasi setiap episode, termasuk gejala, temuan pemeriksaan fisik, kemungkinan etiologi, dan terapi yang diberikan.⁴

Hipertrofi tonsil juga berkaitan dengan gangguan pernapasan saat tidur. Sleep-disordered breathing (SDB) pada anak merupakan spektrum gangguan yang mencakup mendengkur habitual hingga obstructive sleep apnea (OSA). Kondisi ini cukup sering ditemukan pada anak, dengan estimasi prevalensi sekitar 6-17%. Salah satu faktor risiko anatomi yang paling dikenal adalah hipertrofi adenotonsil. Pembesaran tonsil dan adenoid dapat meningkatkan resistensi jalan napas bagian atas sehingga aliran udara selama tidur menjadi terganggu dan pada kondisi tertentu dapat menyebabkan episode obstruksi berulang.⁶

Pada pasien dengan tonsilitis rekuren, keberadaan hipertrofi tonsil dan gejala obstruktif menjadi semakin penting karena kedua kondisi tersebut dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan tata laksana. Pedoman AAO-HNS merekomendasikan watchful waiting pada anak dengan episode infeksi tenggorokan yang belum memenuhi ambang frekuensi tertentu, sedangkan tonsilektomi dapat dipertimbangkan pada episode yang memenuhi kriteria frekuensi dan memiliki dokumentasi klinis yang memadai. Di sisi lain, hipertrofi adenotonsil dengan SDB atau OSA memiliki pertimbangan tersendiri, sehingga aspek infeksi rekuren dan aspek obstruksi jalan napas perlu dievaluasi secara terpisah.⁷

Permasalahan tersebut menjadi relevan pada kasus anak dengan riwayat sakit tenggorokan berulang disertai pembesaran tonsil dan keluhan mendengkur. Pada satu sisi, frekuensi infeksi yang tinggi dapat meningkatkan kecurigaan terhadap tonsilitis rekuren dan menjadi pertimbangan dalam evaluasi tonsilektomi. Pada sisi lain, pembesaran tonsil yang signifikan dapat memberikan konsekuensi fungsional berupa gejala obstruktif saat tidur. Namun, adanya mendengkur saja belum dapat disamakan dengan OSA yang telah terkonfirmasi, terutama apabila belum terdapat pemeriksaan polisomnografi. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang dapat membedakan antara beban infeksi berulang dengan dampak obstruktif akibat hipertrofi tonsil.

KASUS

Seorang anak laki-laki berusia 12 tahun datang ke Poliklinik Telinga Hidung Tenggorok (THT) RS A. Dadi Tjokrodipo dengan keluhan utama nyeri tenggorokan dan sulit menelan. Berdasarkan anamnesis yang dilakukan secara autoanamnesis dan alloanamnesis pada 22 Mei 2025, keluhan tersebut telah dirasakan sejak kurang lebih dua bulan sebelum pemeriksaan. Keluhan nyeri tenggorokan dan kesulitan menelan dirasakan semakin memberat setelah pasien mengonsumsi es secara sembarangan. Pasien juga dilaporkan sering mengalami demam serta batuk dan pilek.

Keluhan awal berupa rasa kering pada tenggorokan yang kemudian disertai sakit kepala, terutama pada malam hari. Keluarga pasien juga mengeluhkan adanya bau mulut (halitosis) serta kebiasaan mendengkur dengan suara yang sangat keras yang telah berlangsung kurang lebih satu minggu sebelum pemeriksaan. Pasien memiliki riwayat keluhan sakit tenggorokan berulang sejak sekitar lima tahun sebelumnya. Dalam satu tahun, pasien dilaporkan mengalami episode sakit tenggorokan sebanyak kurang lebih 5-6 kali. Pada episode sebelumnya, pasien berobat ke dokter umum dan mendapatkan terapi berupa parasetamol serta antibiotik. Keluarga juga melaporkan adanya penurunan nafsu makan yang diduga berkaitan dengan keluhan rasa pahit di dalam mulut. Pasien memiliki kebiasaan membeli jajanan dan minuman es di sekolah, sedangkan makanan pokok umumnya dikonsumsi di rumah.

Keluhan perubahan suara, riwayat kejang setelah demam, nyeri pada gigi, dan gusi berdarah disangkal. Pasien juga menyangkal adanya benjolan pada daerah kepala maupun leher. Riwayat penyakit dahulu didapatkan berupa keluhan radang atau sakit tenggorokan yang berulang. Riwayat penyakit serupa dalam keluarga disangkal. Riwayat asma, diabetes melitus, dan alergi juga disangkal. Dalam kesehariannya, pasien memiliki kebiasaan sering mengonsumsi

es dan jajanan secara sembarangan serta jarang berolahraga.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak sakit ringan dengan tingkat kesadaran compos mentis. Berat badan pasien 49 kg dengan tinggi badan 125 cm. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi nadi 82 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu tubuh 38,9°C, dan saturasi oksigen perifer 97%. Pemeriksaan fisik secara umum menunjukkan keadaan kepala, leher, toraks, dan abdomen dalam batas normal. Konjungtiva tidak tampak anemis dan sklera tidak ikterik. Akral ekstremitas superior dan inferior teraba hangat dengan capillary refill time kurang dari dua detik.

Pada pemeriksaan telinga, kedua daun telinga tampak normotia dengan warna kulit tidak hiperemis. Tidak ditemukan nyeri tarik, tumor, maupun nyeri tekan tragus. Pemeriksaan regio preaurikular bilateral juga tidak menunjukkan hiperemia, nyeri tekan, fistel, maupun sekret. Liang telinga kanan dan kiri lapang, tanpa tanda inflamasi atau edema. Ditemukan serumen minimal pada kedua telinga tanpa sekret maupun corpus alienum. Membran timpani kanan dan kiri berwarna putih keabuan, tanpa bulging maupun retraksi, dengan refleks cahaya positif dan tanpa perforasi.

Pemeriksaan hidung menunjukkan kulit hidung tidak hiperemis, dorsum nasi simetris tanpa deviasi, serta tidak terdapat nyeri tekan maupun krepitasi. Alae nasi dalam batas normal. Tidak ditemukan nyeri tekan pada regio frontal maupun maksila. Pada pemeriksaan rinoskopi anterior, vestibulum bilateral tidak menunjukkan krusta, sekret, maupun furunkel. Mukosa kavum nasi dan septum tidak hiperemis serta tidak ditemukan lividitas. Septum tidak mengalami deviasi. Tidak ditemukan sekret maupun tumor. Konka inferior tidak menunjukkan lividitas, edema, sekret, darah, maupun hipertrofi. Konka media dan superior sulit dinilai. Pemeriksaan rinoskopi posterior tidak dilakukan.

Pemeriksaan orofaring menunjukkan pembesaran tonsil palatina bilateral derajat T3/T4. Tonsil tampak hiperemis dengan pelebaran kripta, tetapi tidak ditemukan detritus. Mukosa faring tidak hiperemis dan tidak terdapat sekret. Arkus anterior dan posterior tidak hiperemis. Dinding posterior faring sulit dinilai. Pemeriksaan laringoskopi indirek tidak dilakukan.

Pada pemeriksaan kelenjar getah bening, tidak ditemukan pembesaran kelenjar preaurikular, postaurikular, servikal superfisial, servikal posterior, parotis, tonsilar, submandibular, submental, sublingual, maupun tiroid. Pemeriksaan saraf kranialis menunjukkan fungsi nervus olfaktorius, optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduzens, fasialis, vestibulokoklearis, glosfaringeus, vagus, aksesorius, dan hipoglossus dalam batas normal.



Gambar 1. Foto klinis pasien.

Tidak terdapat pemeriksaan laboratorium, mikrobiologi, ataupun radiologi yang

dilaporkan. Berdasarkan penilaian klinis menggunakan Centor score, pasien memperoleh skor 4, yang pada kriteria yang digunakan dalam status pasien dikaitkan dengan kemungkinan infeksi Streptococcus grup A sebesar 51-53%. Diagnosis kerja ditetapkan sebagai tonsilitis akut rekuren ec. infeksi bakteri, dengan diagnosis banding berupa tonsilitis akut ec. difteri, faringitis, dan tonsilitis akut ec. infeksi virus.

Pasien diberikan terapi berupa amoksisilin 500 mg tiga kali sehari dan parasetamol 500 mg tiga kali sehari, disertai anjuran istirahat yang cukup dan meningkatkan asupan cairan. Mengingat adanya riwayat episode tonsilitis berulang, direncanakan tonsilektomi sebagai tata laksana nonmedikamentosa.

PEMBAHASAN

Tonsilitis merupakan suatu proses inflamasi pada tonsil palatina yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, baik virus maupun bakteri. Pada anak, infeksi saluran napas atas dan faringitis merupakan kondisi yang cukup sering dijumpai. Salah satu etiologi bakteri yang penting pada faringitis adalah group A Streptococcus (GAS). Secara klinis, infeksi GAS dapat ditandai dengan demam, nyeri tenggorokan akut, odinofagia, eritema pada faring dan tonsil, pembesaran tonsil dengan atau tanpa eksudat, serta limfadenopati servikal anterior. Sebaliknya, adanya batuk, rinore, suara serak, ulkus oral, dan konjungtivitis lebih mengarah pada infeksi dengan etiologi viral.⁷

Pada kasus ini, pasien berusia 12 tahun datang dengan keluhan utama nyeri tenggorokan dan kesulitan menelan yang disertai demam. Pemeriksaan orofaring menunjukkan pembesaran tonsil palatina bilateral hingga derajat T3/T4, disertai hiperemia dan pelebaran kripta tanpa ditemukan detritus. Temuan tersebut sesuai dengan adanya proses inflamasi pada tonsil. Selain keluhan akut, pasien juga memiliki riwayat sakit tenggorokan berulang sejak sekitar lima tahun sebelumnya, dengan frekuensi kurang lebih 5-6 episode setiap tahun. Riwayat tersebut menunjukkan adanya pola kekambuhan yang kemudian mengarahkan pada dugaan tonsilitis rekuren.

Pada tonsilitis rekuren, riwayat sakit tenggorokan perlu dibedakan dari episode tonsilitis yang benar-benar terdokumentasi secara klinis. Tidak semua keluhan nyeri tenggorokan dapat secara langsung dikategorikan sebagai episode tonsilitis. Oleh karena itu, setiap episode idealnya dicatat secara sistematis, meliputi gejala yang muncul, hasil pemeriksaan fisik, terapi yang diberikan, serta adanya temuan yang mendukung etiologi bakteri. Sistem penilaian klinis seperti skor Centor atau McIsaac dapat digunakan untuk memperkirakan kemungkinan infeksi GAS dan membantu menentukan perlunya pemeriksaan mikrobiologis lebih lanjut.²

Pada pasien ini, penilaian menggunakan Centor score menghasilkan skor 4, yang menunjukkan kemungkinan infeksi GAS cukup tinggi. Meskipun demikian, tidak dilakukan pemeriksaan rapid antigen detection test (RADT) maupun kultur tenggorok sehingga etiologi GAS pada pasien belum dapat dikonfirmasi secara mikrobiologis. Hal ini penting diperhatikan karena gambaran klinis saja tidak selalu dapat membedakan faringitis akibat GAS dengan faringitis non-GAS, terutama ketika tidak ditemukan gejala viral yang khas. Oleh karena itu, konfirmasi etiologi dapat dilakukan melalui pemeriksaan RADT atau kultur tenggorok sesuai dengan indikasi klinis.⁸

Temuan lain yang cukup menonjol pada kasus ini adalah hipertrofi tonsil bilateral derajat T3/T4. Pembesaran tonsil dapat dijumpai pada anak dengan riwayat infeksi tonsil berulang. Apabila pembesaran cukup signifikan, tonsil dapat mempersempit lumen orofaring dan berpotensi memengaruhi aliran udara, terutama saat tidur. Pada pasien ini, hipertrofi tonsil ditemukan bersamaan dengan riwayat tonsilitis berulang serta keluhan mendengkur dengan suara yang sangat keras. Kombinasi antara pembesaran jaringan limfoid dan keluhan saat tidur menjadi penting karena tonsil dan adenoid merupakan bagian dari cincin limfoid Waldeyer yang berperan dalam patogenesis sleep-disordered breathing (SDB) pada anak. Hipertrofi adenotonsil sendiri merupakan salah satu faktor anatomi utama yang berkontribusi terhadap terjadinya

obstructive sleep apnea (OSA) pada populasi pediatrik.⁹

Meskipun demikian, ukuran tonsil yang besar disertai kebiasaan mendengkur belum cukup untuk menegaskan diagnosis OSA. Tonsillar hypertrophy dan habitual snoring memang dapat menjadi petunjuk adanya SDB, tetapi keduanya memiliki spesifisitas yang terbatas. Dengan demikian, tidak semua anak dengan tonsil yang besar dan mendengkur akan mengalami OSA. Penegakan diagnosis OSA memerlukan evaluasi lebih lanjut dan, pada kondisi tertentu, pemeriksaan polisomnografi. Oleh karena itu, pada kasus ini istilah “gejala obstruktif” lebih sesuai digunakan untuk menggambarkan adanya mendengkur keras pada pasien dengan hipertrofi tonsil, dibandingkan menyebut pasien telah mengalami OSA. Pendekatan tersebut penting agar diagnosis dalam laporan kasus tetap sesuai dengan data yang tersedia.¹⁰

Keluhan mendengkur pada anak perlu mendapatkan perhatian karena dapat menjadi salah satu manifestasi SDB. Penggalan anamnesis terkait tidur sebaiknya dilakukan secara lebih mendalam, antara lain dengan menilai frekuensi dan konsistensi mendengkur, apakah keluhan terjadi setiap malam, adanya jeda napas saat tidur, tersedak atau megap-megap, posisi tidur tertentu, tidur yang gelisah, enuresis, rasa mengantuk pada siang hari, gangguan konsentrasi, perubahan perilaku, maupun penurunan prestasi akademik.

Pada pasien ini, didapatkan riwayat mendengkur dengan suara sangat keras selama kurang lebih satu minggu. Namun, tidak ditemukan riwayat episode apnea, gasping, gangguan perilaku, penurunan prestasi sekolah, enuresis, maupun somnolensi pada siang hari. Dengan demikian, keluhan yang ditemukan pada pasien lebih menggambarkan adanya gejala yang mengarah ke SDB, tetapi belum cukup untuk menentukan derajat gangguan maupun menegaskan diagnosis OSA.

Pedoman American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) menyatakan bahwa anak dengan SDB dan hipertrofi tonsil perlu dievaluasi untuk mengetahui adanya kondisi penyerta yang berpotensi mengalami perbaikan setelah tindakan tonsilektomi. Pemeriksaan polisomnografi juga dapat dipertimbangkan pada kelompok tertentu, termasuk anak dengan obesitas atau ketika terdapat ketidaksesuaian antara temuan fisik dan beratnya gejala yang dilaporkan. Dengan demikian, evaluasi tidak hanya didasarkan pada ukuran tonsil, tetapi juga mempertimbangkan manifestasi klinis dan faktor risiko pasien.⁸

Selain keluhan nyeri tenggorokan dan gangguan tidur, pasien juga mengeluhkan halitosis atau bau mulut. Halitosis dapat berhubungan dengan kelainan tonsil, terutama apabila terdapat retensi debris pada kriptas tonsil. Pelebaran kriptas dapat mempermudah terjadinya akumulasi debris dan material organik yang kemudian berpotensi berkontribusi terhadap timbulnya bau mulut.

Pada pemeriksaan fisik pasien ditemukan pelebaran kriptas tonsil bilateral, meskipun tidak ditemukan detritus. Temuan tersebut dapat mendukung kemungkinan keterlibatan tonsil dalam keluhan orofaring yang dialami pasien. Namun, hubungan antara kelainan tonsil dengan halitosis pada kasus ini tidak dapat dipastikan secara langsung karena halitosis memiliki etiologi yang cukup beragam. Beberapa penyebab lain yang perlu dipertimbangkan antara lain penyakit periodontal, kebersihan rongga mulut yang kurang baik, serta kelainan pada saluran napas maupun gastrointestinal. Oleh karena itu, pelebaran kriptas tonsil pada pasien ini sebaiknya dipandang sebagai salah satu kemungkinan faktor yang berkontribusi, bukan sebagai penyebab tunggal halitosis.⁸

Pada episode akut, pasien mendapatkan amoksisilin 500 mg tiga kali sehari berdasarkan diagnosis klinis tonsilitis dengan dugaan etiologi bakteri. Pada prinsipnya, pemberian antibiotik pada faringitis atau tonsilitis sebaiknya ditujukan pada pasien dengan kemungkinan GAS yang cukup tinggi atau pada kasus yang telah memperoleh dukungan pemeriksaan mikrobiologis. Antibiotik tidak direkomendasikan untuk faringitis yang disebabkan oleh virus. Pada anak dengan dugaan infeksi GAS, diagnosis dapat dikonfirmasi menggunakan RADT atau kultur tenggorok sesuai dengan kondisi klinis.²

Riwayat pasien yang sebelumnya telah beberapa kali mendapatkan antibiotik untuk

keluhan sakit tenggorokan juga menunjukkan pentingnya evaluasi etiologi dan dokumentasi episode secara lebih sistematis. Penggunaan antibiotik yang berulang tanpa konfirmasi atau dasar klinis yang memadai perlu dihindari untuk mengurangi pemberian antibiotik yang tidak diperlukan. Selain itu, dokumentasi yang baik menjadi penting karena keputusan untuk melakukan tonsilektomi pada tonsilitis rekuren tidak hanya ditentukan oleh jumlah keluhan, tetapi juga oleh karakteristik dan bukti klinis dari setiap episode.⁴

Tonsilektomi merupakan salah satu pilihan tata laksana definitif pada pasien tertentu dengan tonsilitis rekuren. Namun, frekuensi sakit tenggorokan saja belum dapat menjadi satu-satunya dasar untuk menentukan tindakan pembedahan. Pedoman AAO-HNS tahun 2019 merekomendasikan watchful waiting pada anak dengan riwayat kurang dari tujuh episode dalam satu tahun, kurang dari lima episode per tahun selama dua tahun, atau kurang dari tiga episode per tahun selama tiga tahun. Tonsilektomi dapat dipertimbangkan apabila frekuensi episode telah mencapai ambang tersebut dan setiap episode memiliki dokumentasi klinis yang memadai.⁸

Pada kasus ini, pasien melaporkan mengalami sakit tenggorokan sekitar 5-6 kali setiap tahun selama lima tahun. Secara klinis, frekuensi tersebut menunjukkan beban penyakit yang cukup tinggi dan telah berlangsung dalam jangka waktu lama. Namun, data yang tersedia belum mencakup dokumentasi individual setiap episode, seperti suhu tubuh, limfadenopati servikal, eksudat tonsil, maupun hasil pemeriksaan GAS. Oleh sebab itu, apabila hanya berdasarkan data yang tersedia dalam kasus ini, indikasi tonsilektomi berdasarkan tonsilitis rekuren belum dapat dinyatakan memenuhi kriteria secara definitif. Hal ini perlu dibedakan dari keputusan klinis dokter yang merencanakan tonsilektomi, karena keputusan tersebut dapat mempertimbangkan informasi klinis lain yang tidak tercantum dalam laporan kasus.

Tinjauan sistematis yang dipublikasikan pada tahun 2023 juga menekankan bahwa keputusan tonsilektomi pada tonsilitis rekuren sebaiknya mempertimbangkan jumlah episode yang memenuhi kriteria dan terdokumentasi dengan baik, tingkat keparahan penyakit, dampaknya terhadap kualitas hidup, serta respons terhadap tata laksana konservatif. Dengan demikian, penilaian pasien tidak hanya berfokus pada frekuensi episode, tetapi juga pada dampak keseluruhan penyakit terhadap kondisi dan aktivitas pasien.⁴

Bukti yang lebih baru dari studi NATTINA tahun 2024 menunjukkan bahwa tonsilektomi pada pasien dengan tonsilitis rekuren dapat memberikan manfaat klinis dibandingkan tata laksana konservatif pada populasi yang memenuhi kriteria penelitian. Hasil tersebut menunjukkan adanya peran tonsilektomi pada kasus tonsilitis rekuren yang memberikan beban penyakit bermakna. Namun, hasil penelitian tersebut tetap perlu diterapkan secara hati-hati dan disesuaikan dengan karakteristik klinis pasien, karena tidak seluruh pasien dengan riwayat sakit tenggorokan berulang memiliki kondisi yang sama dengan populasi penelitian.¹¹

Selain berdasarkan infeksi yang berulang, tonsilektomi pada anak juga dapat dipertimbangkan pada kondisi SDB atau OSA yang berkaitan dengan hipertrofi tonsil. Pedoman AAO-HNS merekomendasikan tonsilektomi pada anak dengan OSA yang telah didokumentasikan melalui pemeriksaan polisomnografi. Pada anak dengan SDB dan hipertrofi tonsil, evaluasi juga perlu mencakup kondisi komorbid yang berpotensi mengalami perbaikan setelah tindakan pembedahan.²

Pada pasien ini ditemukan hipertrofi tonsil T3/T4 disertai mendengkur dengan suara keras, tetapi belum terdapat pemeriksaan polisomnografi. Oleh karena itu, kondisi pasien lebih tepat digambarkan sebagai tonsilitis rekuren dengan hipertrofi tonsil dan gejala obstruktif berupa mendengkur, bukan sebagai OSA yang telah terkonfirmasi. Temuan ini menunjukkan bahwa evaluasi anak dengan tonsilitis rekuren perlu dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya dengan mempertimbangkan frekuensi infeksi, tetapi juga dengan menilai konsekuensi anatomi dan fungsional dari pembesaran tonsil. Pada pasien dengan keluhan mendengkur, evaluasi terhadap kemungkinan SDB dapat memberikan informasi tambahan yang penting dalam menentukan pilihan tata laksana.

Hubungan antara hipertrofi adenotonsil dan gangguan tidur juga didukung oleh penelitian pada anak dengan SDB. Intervensi adenotonsil dapat memberikan perbaikan pada gejala tidur dan beberapa luaran klinis tertentu. Uji klinis acak PATS yang dipublikasikan pada tahun 2023, misalnya, mengevaluasi tindakan adenotonsilektomi pada anak dengan mendengkur dan SDB ringan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan pentingnya melakukan penilaian gejala tidur secara sistematis pada anak dengan keluhan mendengkur. Namun, hasil pada populasi dengan SDB ringan tersebut tidak dapat secara langsung dijadikan dasar untuk melakukan operasi pada seluruh anak yang mengalami mendengkur.⁶

Berdasarkan kondisi pasien, evaluasi lebih lanjut sebelum menentukan tindakan tonsilektomi sebaiknya mencakup dokumentasi yang lebih lengkap mengenai episode tonsilitis sebelumnya serta karakteristik keluhan obstruktif. Anamnesis terkait tidur perlu digali lebih lanjut, terutama mengenai adanya apnea, gasping, tidur gelisah, posisi tidur tertentu, enuresis, gangguan konsentrasi, perubahan perilaku, serta dampak keluhan terhadap aktivitas sehari-hari. Evaluasi tersebut diperlukan untuk mengetahui apakah keluhan mendengkur hanya merupakan gejala sementara yang berkaitan dengan episode infeksi akut atau merupakan bagian dari gangguan napas saat tidur yang lebih menetap.

Pada episode tonsilitis akut, pasien diberikan amoksisilin dan parasetamol serta dianjurkan untuk beristirahat dan meningkatkan asupan cairan. Tata laksana suportif tetap memiliki peran penting dalam mengurangi gejala tonsilitis akut, terutama melalui pemberian analgesik dan antipiretik. Konsensus terbaru menyebutkan bahwa parasetamol dan/atau obat antiinflamasi nonsteroid dapat digunakan sebagai bagian dari terapi konservatif untuk mengontrol nyeri dan demam pada tonsilitis.⁴

Dengan demikian, rencana tonsilektomi pada pasien ini perlu dilihat dari dua aspek utama, yaitu riwayat tonsilitis berulang dan adanya hipertrofi tonsil yang disertai gejala obstruktif. Kedua aspek tersebut perlu dinilai secara terpisah karena memiliki pertimbangan dan kriteria indikasi yang berbeda. Pada kasus ini, riwayat infeksi berulang cukup menonjol dengan frekuensi 5-6 episode per tahun selama beberapa tahun, tetapi dokumentasi setiap episode belum lengkap. Di sisi lain, hipertrofi tonsil T3/T4 disertai keluhan mendengkur keras telah ditemukan, tetapi belum terdapat bukti objektif yang cukup untuk menyatakan adanya OSA. Oleh karena itu, evaluasi lanjutan terhadap dokumentasi tonsilitis rekuren dan gejala gangguan napas saat tidur menjadi penting sebelum menentukan indikasi pembedahan secara lebih definitif.¹²

KESIMPULAN

Kasus ini menggambarkan tonsilitis rekuren pada anak yang ditandai dengan riwayat sakit tenggorokan berulang, disertai hipertrofi tonsil bilateral derajat T3/T4 dan gejala obstruktif berupa mendengkur keras. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tonsilitis rekuren pada anak dapat disertai pembesaran tonsil yang berpotensi memengaruhi fungsi jalan napas, terutama saat tidur. Evaluasi klinis yang menyeluruh diperlukan untuk menilai karakteristik infeksi berulang, derajat hipertrofi tonsil, serta gejala gangguan napas saat tidur, sehingga kondisi pasien dapat dinilai secara tepat dan tata laksana diberikan sesuai temuan klinis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana tonsilitis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. Available from: <https://kemkes.go.id/id/pnpk-2018---tata-laksana-tonsilitis>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical guidance for group A streptococcal pharyngitis [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2026 Sep 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/group-a-strep/hcp/clinical-guidance/strep-throat.html>

3. Yang J, et al. Global burden of upper respiratory infections in 204 countries and territories, from 1990 to 2019. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(5):706-717. Available from: PubMed Central
4. Guntinas-Lichius O, et al. Treatment of recurrent acute tonsillitis—a systematic review and clinical practice recommendations. *Front Surg.* 2023;10:1221932. doi:10.3389/fsurg.2023.1221932. Available from: PubMed Central
5. Rahayu RD, Arief T, Anggraeni S. Karakteristik pasien tonsilitis pada anak usia 5-12 tahun di RSPBA Bandar Lampung tahun 2020. *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan.* 2021;2(1):30-35. doi:10.37148/arteri.v2i1.143.
6. Redline S, Cook K, Chervin RD, et al. Adenotonsillectomy for snoring and mild sleep apnea in children: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2023;330(21):2084-2095. doi:10.1001/jama.2023.22114. Available from: PubMed
7. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;160(1 Suppl):S1-S42. doi:10.1177/0194599818801757.
8. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update)—executive summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;160(2):187-205. doi:10.1177/0194599818807917.
9. Gozal D, et al. Adenotonsillectomy: the good, the bad and the unknown. *Curr Opin Pulm Med.* 2022.
10. Gupta S, Sharma R. Pediatric obstructive sleep apnea: diagnostic challenges and management strategies. *Cureus.* 2024;16(12):e75347. doi:10.7759/cureus.75347.
11. Jones CR, Guy RL, Mirfenderesky M, Brown CS, Lamagni T. Tonsillectomy for recurrent tonsillitis: the NATTINA trial. *Lancet.* 2024;403(10437):1632. doi:10.1016/S0140-6736(24)00191-0.
12. Albornoz AE, Rana M, Hayes J, Englesakis M, Tsang M, Amin R, et al. Perioperative clinical practice recommendations for pediatric tonsillectomy: a systematic review. *Can J Anaesth.* 2024;71(2):187-200. doi:10.1007/s12630-023-02668-z.