

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Tonsilitis kronis ialah pembesaran tonsil akibat infeksi yang berulang dan kerap dijumpai pada anak-anak (Nizar M et al., 2016). Tonsilitis kronis disebabkan oleh infeksi berulang yang mengakibatkan peradangan sehingga jaringan limfoid mengalami perlukaan yang menyebabkan penyembuhan oleh jaringan parut yang nantinya mengerut dan *kripte* melebar. Faktor-faktor predisposisi dari tonsilitis ialah rokok, makanan yang tidak sehat, kebersihan mulut, pergantian cuaca, fisik yang lelah, dan penanganan dari tonsilitis akut yang tidak adekuat (Nizar M et al., 2016). Tonsilitis akut ialah penyakit tersering pada anak usia 5-10 tahun dan usia remaja dewasa 15-25 tahun. Penelitian di Skotlandia penderita tonsilitis kronis pada usia 14-29 tahun sebesar 50% dari populasi yang didukung oleh penelitian di Rusia pada tahun 1998-2011 bahwa usia tersering yang menderita tonsilitis kronis 15-30 tahun yakni 32,7%-50,6% dari populasi. Penelitian yang dilakukan oleh Dr. Rameez Shah pada tahun 2014 di Bangladesh dari 446 anak usia 4-17 tahun yang dilaporkan Departemen THT atau Departemen Otolaringologi Rumah Sakit Universitas Kedokteran Dhaka terdapat anak dengan tonsilitis berulang 89 orang atau 19,9%, anak dengan *tonsilar hipertropi* 15 orang atau 3,4%,

dan anak dengan tonsilitis kronis yang diindikasikan tonsilektomi atau adenoidektomi 24 orang atau 5,5% jumlah kunjungan.

Prevalensi tonsilitis

kronis di Indonesia sendiri berdasarkan survei epidemiologi penyakit THT di 7 provinsi (Indonesia) pada bulan September 2012 , tonsilitis kronik tertinggi setelah *nasofaringitis* akut (4,6%) yaitu sebesar 3,8% (Farokah , dkk., 2012) . Insiden tonsilitis kronis di RS Dr. Kariadi Semarang yang dilaporkan oleh Aritomoyo (1978) sebanyak 23,36% dan 47% diantaranya pada usia 6-15 tahun. Sedangkan Udaya (1999) di RSUP Dr. Hasan Sadikin pada periode April 1997 sampai dengan Maret 1998 menemukan 1024 pasien tonsilitis kronis atau 6,75% dari semua jumlah kunjungan. Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar jumlah kunjungan baru dengan tonsilitis kronik mulai Juni 2008 – Mei 2009 sebanyak 63 orang atau 4,7% dari jumlah kunjungan baru (Nizar M et al., 2016).

Penatalaksanaan tonsilitis kronis sendiri dibagi dua jenis yaitu konservatif dan operatif. Terapi konservatif dilakukan untuk mengeliminasi penyebab yaitu infeksi dan mengatasi keluhan yang mengganggu. Bila tonsil membesar dan mengakibatkan sumbatan jalan nafas, *disfagia* berat, gangguan tidur, terbentuk abses, atau tidak berhasil dengan pengobatan konvensional, maka operasi tonsilektomi perlu dilakukan (Hermani B, 2007). Selain itu indikasi tonsilektomi pada tonsilitis kronis sebagai fokal infeksi, penurunan kualitas hidup dan menimbulkan rasa tidak nyaman (Jackson C, 1959).

Tonsilitis kronis merupakan penyakit untuk indikasi tonsilektomi yang sehubungan bahwa tonsil sebagai fokal infeksi. Tonsilektomi bisa menyebabkan komplikasi ringan setelah operasi apalagi

setelah pemasangan *Endo Tracheal Tube* (ETT) atau Intubasi . Intubasi berpengaruh pada efek samping yang sering dikeluhkan oleh pasien setelah melakukan operasi. Nyeri tenggorokan pascaoperasi merupakan keadaan dimana masih menjadi persoalan setelah dilakukannya pemasangan Intubasi, akibat dari iritasi & trauma lokal pemasangan Intubasi (Reko P, 2014).

Pada Penelitian di RSUP Dr.M.Djamil Padang periode Januari 2012 - Juni 2014 hasil penelitian menemukan 163 kasus tonsilektomi dan tonsiloadenoidektomi dengan umur terbanyak pada usia 10-19 tahun sebanyak 37,2% dan 58,4% dengan indikasi tonsilektomi yang ditemukan ialah *sleep apnea* (47%) , tonsilitis kronis berulang (27,9%), *disfagia* (7%), *abses peritonsil* (2,3%) dan *halitosis* (1,2%) (Hafizha, 2015).

Pada tindakan tonsilektomi biasanya dengan jalur *General Endotracheal Anesthesia* dengan menggunakan *desfluran*, karena pada tindakan tonsilektomi sendiri menggunakan metode diseksi yaitu metode dengan memegang tonsil, membawanya ke garis tengah lalu insisi membran mukosa, mencari kapsul tonsil, mengangkat dasar tonsil diakhiri mengangkatnya dari *fossa* dengan manipulasi hati-hati. Lalu dilakukan hemostasis dengan *elektokauter* atau ikatan. Selanjutnya dilakukan irigasi pada daerah tersebut dengan salin (Rahmatullah P, 2007 ; Ridley J, 2006).

Pembebasan jalan nafas ialah tindakan pertama dan penting yang harus dilakukan pada saat melakukan pembedahan dan anestesi.

Salah satu pembebasan jalan nafas yang sering digunakan ialah menggunakan intubasi dengan Intubasi (Benumof JL, 1991). Salah satu komplikasi dari Intubasi sendiri ialah trauma pada *mukosa* trakea yang menimbulkan nyeri tenggorokan pasca bedah. Keluhan dapat seperti tergores, bahkan sampai *ruptur trakea obliterasi/stenosis*, atau *fistula trakeo-esofagal*. Munculnya batuk dapat menyebabkan terjadinya hipertensi, takikardi, peningkatan tekanan intraokuler atau intrakranial, iskemik *miokard*, *spasme bronkus* hingga perdarahan pada daerah pembedahan (Manissery JJ, 2007).

Dalam tindakan tonsilektomi anastesi umum bisa dilakukan dengan Intubasi atau LMA ( *Laryngeal Mask Airway* ). Kedua cara anastesi ini saling memiliki keuntungan masing masing dalam penggunaannya. yang paling penting ialah mencegah komplikasi, menurunkan derajat infeksi, mencegah aspirasi *trakea*, dan pemulihan akibat pasca anastesi. Pada penggunaan LMA ada sedikit peningkatan *bronkonstriksi* daripada Intubasi . Akan tetapi penggunaan LMA mempunyai kesulitan yang berupa dalam penentuan posisi, tekanan penyegelan rendah, peningkatan frekuensi insuflasi lambung, kemungkinan aspirasi isi lambung yang dapat menyebabkan mual dan muntah, batuk, *spasme* laring dan trauma pada saluran napas (Chaudhry, 2014).

Penatalaksanaan dalam jalan nafas bukanlah hal yang dianggap mudah dalam dunia kedokteran dikarenakan jalan nafas merupakan

penanganan yang penting menjaga berjalannya fungsi organ tubuh pasien secara normal. Karena ketidakadekuatan dalam jalan nafas akan berdampak negatif pada pasien yang bisa berbagai macam bentuknya mulai dari kerusakan otak hingga kematian. Sehingga saat pembedahan akan dilakukan jalan nafas yaitu dengan intubasi *endotracheal* (Chaudhry, 2014).

Intubasi *endotracheal* merupakan “*gold standard*” dalam penanganan jalan nafas. Intubasi sendiri dilakukan pada kasus kasus pasien yang mengalami sumbatan jalan nafas, dan segala kegagalan jalan nafas (Marino LP, 1998). Intubasi *endotracheal* sendiri memiliki 2 jenis yaitu *oral* dan *nasal* yang memiliki keuntungan dalam masing masing prosedur. Pada intubasi *nasal* lebih baik dilakukan pada pasien yang sadar dan kooperatif, sedangkan yang *oral* dilakukan pada pasien yang tidak sadar (koma), tidak kooperatif, maupun kegawatdaruratan pada pasien yang mempunyai riwayat *Cardiac Arrest* (Dreher, 2014).

Intubasi bisa melalui *oral* maupun *nasal*. Pipa *oral* diameter lebih besar dibandingkan pipa *nasal* pada Intubasi . Intubasi pada jalur

فَمَنْ يُرِدِ اللَّهُ أَنْ يَهْدِيَهُ، يَشْرَحْ صَدْرَهُ، لِلْإِسْلَامِ وَمَنْ يُرِدْ  
أَنْ يُضِلَّهُ، يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأَنَّمَا يَصْعَدُ فِي السَّمَاءِ

كَذَلِكَ يَجْعَلُ اللَّهُ الرِّجْسَ عَلَى الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ ﴿١٢٥﴾

*nasal* sekarang jarang digunakan pada jangka panjang karena dapat menyebabkan *sinusitis* (Dreher, 2014).

Artinya : “Barangsiapa yang Allah menghendaki akan memberikan kepadanya petunjuk, niscaya Dia melapangkan dadanya untuk (memeluk agama) Islam dan barangsiapa yang dikehendaki Allah kesesatannya, niscaya Allah menjadikan dadanya sesak lagi sempit, seolah-olah ia sedang mendaki langit. Begitulah Allah menimpakan siksa kepada orang-orang yang tidak beriman” (QS. Al An'aam (6): 125).

Faktor utama yang menentukan pemilihan intubasi *oral* dan *nasal* ialah pengalaman dokter karena kedua jenis intubasi tersebut dapat aman dan efektif apabila dilakukan dengan prosedur yang tepat ( Advanced Trauma Life Support, 2008).

Berdasarkan uraian di atas penelitian ini untuk mengetahui pada saat akan dilakukannya pembedahan tonsilektomi memerlukan pembebasan jalan nafas yaitu dengan teknik intubasi. Teknik intubasi sendiri dapat dengan cara melalui *nasal* atau *oral*, dengan 2 jenis intubasi ini manakah yang paling efektif pada prosedur tonsilektomi .

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini ialah ”Manakah jenis intubasi yang paling efektif melalui *nasal* atau *oral* pada saat prosedur tonsilektomi”.

### **C. Tujuan penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk membandingkan keefektifan dari intubasi nasal atau intubasi oral pada tonsilektomi.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui efektifitas intubasi nasal
- b. Untuk mengetahui efektifitas intubasi oral
- c. Untuk mengetahui intubasi nasal dibandingkan intubasi Oral

### **D. Manfaat penelitian**

#### 1. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan teknik intubasi pada prosedur tonsilektomi.

#### 2. Manfaat bagi Pendidikan

Penelitian ini sarana untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan



## E. Keahlian Penelitian

**Tabel 1. Keahlian Penelitian**

No	Judul,penulis,tahun	Variabel	Jenis penelitian	Perbedaan	Persamaan
1.	<i>Simulation study of nasotracheal and orotracheal fiberoptic intubation with the Aintree intubation Catheter.</i> (Ueki R et al., 2015)	Variabel bebas : Aintree Intubation Catheter.  Variabel terikat : Intubasi Nasotracheal dan Orotracheal	RCT	Perbedaan penggunaan Aintree Intubation Catheter pada Nasotracheal dan Orotracheal	Pada objek penelitian tentang Intubasi Nasotracheal dan Orotracheal
2.	<i>Variation in the Type Rate, and Selection of Patients for Out-of-hospital Airway Procedures Among Injured Children and Adults.</i> (Craig D, 2014)	Variabel bebas : Orotracheal, Nasotracheal, Supraglottic Airway, Cricothyrotomy.  Variabel terikat : cedera pada anak anak dan dewasa	Study Cohort	Perbedaan pada pembebasan jalan nafas menggunakan Cricothyrotomy dan Supraglottic Airways	Pada objek penelitian terdapat pengkajiaan Intubasi Nasotracheal dan Orotracheal