

Laporan Kasus

PENATALAKSANAAN HOLISTIK DAN KOMPREHENSIF PADA BATITA DENGAN TONSILITIS KRONIS DAN RIWAYAT KEJANG DEMAM

Faridah Alatas¹

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung, Lampung

Abstrak

Tonsilitis adalah peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Peradangan pada tonsil dapat disebabkan oleh bakteri atau virus, salah satu penyebab tersering pada tonsilitis adalah bakteri *grup A Streptococcus beta hemolitik* (GABHS), 30% dari tonsilitis anak dan 10% kasus dewasa dan juga merupakan penyebab radang tenggorokan. Faktor predisposisi timbulnya tonsilitis kronik ialah rangsangan yang menahun dari rokok, beberapa jenis makanan, higiene mulut yang buruk, pengaruh cuaca, kelelahan fisik dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat. Keadaan demam yang berulang memiliki dampak yang cukup serius pada anak dengan riwayat kejang demam. Kejang yang terjadi saat demam mudah sekali di jumpai pada anak-anak, oleh karena itu penyebab demam yang berulang tersebut harus segera di tatalaksana. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam biasanya terjadi pada 2-4% anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun. Komplikasi pada kejang demam yang tidak ditangani secara cepat dan tepat dapat menimbulkan gangguan yang sifatnya permanen seperti epilepsi dan retardasi mental.

Kata kunci : Penatalaksanaan holistik, tonsillitis kronis, kejang demam

Abstract

Tonsillitis is an inflammation of the palatine tonsils that are part of the Waldeyer ring. Inflammation of the tonsils can be caused by bacteria or viruses, one of the most common causes of tonsillitis is group A Streptococcus beta hemolytic (GABHS) bacteria, 30% of child tonsillitis and 10% of adult cases and is also a cause of strep throat. Predisposing factors of chronic tonsillitis are the chronic stimuli of cigarettes, certain foods, poor oral hygiene, weather effects, physical fatigue and inadequate acute tonsillitis treatment. Repeated fever conditions have a serious impact on children with a history of febrile seizures. Seizures that occur when the fever is easy to meet in children, therefore the cause of recurrent fever should be immediately in the management. A febrile seizure is a seizure upset occurring in the rise of the body (rectal temperature above 38°C) caused by an extracranium process. Febrile seizures usually occur in 2-4% of children 6 months to 5 years. Complications of febrile seizures that are not handled quickly and precisely can cause permanent disruption such as epilepsy and mental retardation.

Keywords: Holistic management, chronic tonsillitis, febrile seizures



1. LATAR BELAKANG

Tonsilitis adalah peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer. Cincin Waldeyer terdiri atas susunan kelenjar limfa yang terdapat di dalam rongga mulut yaitu tonsil laringeal (adenoid), tonsil palatina (tonsila fausial), tonsila lingual (tonsila pangkal lidah), tonsil tuba Eustachius (*lateral band* dinding faring/ *Gerlach's tonsil*). Peradangan pada tonsila palatina biasanya meluas ke adenoid dan tonsil lingual. Penyebaran infeksi terjadi melalui udara (*air borne droplets*), dan kontak langsung melalui tangan atau berciuman. Tonsilitis terjadi pada semua umur, terutama pada anak.^[1]

Peradangan pada tonsil dapat disebabkan oleh bakteri atau virus, termasuk strain bakteri *streptokokus*, *adenovirus*, virus *influenza*, virus *Epstein-Barr*, *enterovirus*, dan virus *herpes simplex*. Salah satu penyebab tersering pada tonsilitis adalah bakteri grup A *Streptococcus beta hemolitik* (GABHS), 30% dari tonsilitis anak dan 10% kasus dewasa dan juga merupakan penyebab radang tenggorokan.^[1,2]

Tonsilitis kronik merupakan peradangan pada tonsil yang persisten yang berpotensi membentuk formasi batu tonsil. Tonsilitis kronis merupakan salah satu penyakit yang paling umum dari daerah oral dan ditemukan terutama di kelompok usia muda. Kondisi ini karena peradangan kronis pada tonsil. Dalam literatur menggambarkan tonsilitis kronis klinis didefinisikan oleh kehadiran infeksi berulang dan obstruksi saluran napas bagian atas karena peningkatan volume tonsil. Kondisi ini mungkin memiliki dampak sistemik, terutama ketika dengan adanya gejala seperti demam berulang, odinofagia, sulit menelan, halitosis dan limfadenopati servikal dan submandibula. Faktor predisposisi timbulnya tonsilitis kronik ialah rangsangan yang menahun dari rokok, beberapa jenis makanan, higiene mulut yang buruk, pengaruh cuaca, kelelahan fisik dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat. Keadaan demam yang berulang memiliki dampak yang cukup serius pada anak dengan

riwayat kejang demam. Kejang yang terjadi saat demam mudah sekali di jumpai pada anak-anak, oleh karena itu penyebab demam yang berulang tersebut harus segera di tatalaksana.^[3,4]

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam biasanya terjadi pada 2-4% anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun. Kejang demam sederhana merupakan gangguan kejang yang paling lazim ditemukan pada anak. Kejang demam merupakan suatu bangkitan kejang yang terjadi akibat adanya demam tinggi pada anak yang umumnya disebabkan adanya infeksi, misalnya infeksi saluran pernapasan dan pendengaran. Umumnya kejang demam terjadi antara periode 9 bulan hingga 5 tahun. Ada kecenderungan genetik yang dijumpai pada kejang demam.^[5,6]

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang sering dijumpai pada anak, terutama umur 6 bulan sampai 4 tahun. Meski hal ini telah banyak diteliti, masih terdapat perbedaan pendapat mengenai pengertian kejang demam, hubungannya dengan sindroma epilepsy, manfaat pengobatan *maintenance* dan prognosis jangka panjang dari anak yang menderita kelainan ini.^[6]

Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam, kemudian kejang demam kembali tidak termasuk dalam kejang demam. Kejang disertai demam pada bayi berumur kurang dari 1 bulan tidak termasuk dalam kejang demam. Bila anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun mengalami kejang didahului demam, pikirkan kemungkinan lain, misalnya infeksi SSP, atau epilepsi yang kebetulan terjadi bersama demam.^[6,7]

Hampir 3% dari anak yang berumur di bawah 5 tahun pernah menderitanya. Wegman (1939) dan Millichap (1959) berkesimpulan bahwa suhu yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya bangkitan kejang. Komplikasi pada kejang demam yang tidak ditangani secara cepat dan tepat dapat

menimbulkan gangguan yang sifatnya permanen seperti epilepsi dan retardasi mental. Maka pentingnya pengetahuan mengenai kejang demam pada orang tua yang memiliki anak dengan riwayat kejang demam untuk menghindari komplikasi yang akan terjadi.⁷

2. KASUS

Pasien An. A berusia 2 tahun 11 bulan datang bersama dengan ibu kandungnya ke Puskesmas rawat inap Kota Karang dengan keluhan demam naik turun sejak 3 hari yang lalu disertai dengan nyeri menelan. Selain itu menurut pengakuan ibu kandungnya An. A juga menderita pilek dan mendengkur cukup keras saat sedang tidur. Demam yang diderita An. A turun setelah pemberian obat parasetamol yang tersedia dirumah akan tetapi demam kembali naik beberapa jam setelah diberi obat. Selain itu An. A belum mengkonsumsi obat lainnya. Nyeri menelan diketahui karena menurut penuturan ibu kandungnya An. A tidak mau makan sejak terserang demam.

Menurut ibu kandung An. A, keluhan yang dialami ini sudah sering hilang timbul semenjak bulan Januari. Sejak saat itu ibu pasien sudah mengetahui bahwa An. A menderita tonsillitis setelah berobat di Puskesmas rawat inap Kota Karang, setelah pulang berobat An. A mengalami kejang sehingga di larikan ke RSUD A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung dirawat selama 5 hari dan didiagnosa dengan kejang demam. Setelah kejadian tersebut pasien belum pernah mengalami kejang demam berulang.

Berdasarkan hasil autoanamnesis, dikeluarga pasien tidak ada yang mengalami hal yang sama seperti An. A yakni kejang demam maupun epilepsi. Ibu pasien mengaku cukup khawatir jika terjadi kejang berulang, ia mendatangi puskesmas dengan harapan agar demam dan keluhan An. A lekas terobati. Ibu pasien juga mengaku belum banyak mengetahui mengenai kejang demam dan selama ini hanya diberi tahu untuk menjaga agar An. A tidak sampai demam tinggi.

Pasien tinggal bersama orang tuanya, ayah Tn. An (38 tahun), ibu Ny. S (35 tahun), kakek Tn. P (63 tahun), nenek Ny. J (56 tahun), kakak Nn. AF (13 tahun) An. JA (10 tahun). Ayah pasien bekerja sebagai supir dan ibu pasien ibu rumah tangga sedangkan kakek dan nenek pasien tidak bekerja. Kakak pertama pasien siswa sekolah menengah pertama sedangkan yang kakak kedua pasien siswa sekolah dasar.

3. PEMERIKSAAN TUMBUH KEMBANG

Instrument yang digunakan dalam pemeriksaan tumbuh kembang An. A yaitu menggunakan Kuisisioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP). Tujuannya yakni untuk mengetahui apakah perkembangan anak normal atau tidak. Usia anak An. A yaitu 2 tahun 11 bulan 19 hari maka dilakukan pemeriksaan KPSP untuk anak usia 36 bulan.

Interpretasi hasil pemeriksaan KPSP An. A yaitu dengan 9 jawaban "YA" dan 1 jawaban "TIDAK". Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tumbuh kembang An. A sesuai dengan usianya.

4. PEMERIKSAAN FISIK

Keadaan umum: tampak sakit ringan; suhu: 37,8 oC; tekanan darah tidak dilakukan; frekuensi nadi: 92 kali/menit; frekuensi nafas: 18 kali/menit; berat badan: 11,5 kg; tinggi badan: 89 cm.

a. Status Gizi:

- Berat badan menurut umur (BB/U): -2 SD s/d +2 SD : Kategori status gizi baik
- Tinggi badan menurut umur (TB/U): -2 SD s/d +2 SD: Kategori normal
- Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB): -2 SD s/d +2 SD: Kategori normal

b. Status Generalis:

Mata: konjungtiva anemis (-), sclera ikterik (-), telinga, hidung



dan ekstremitas dalam batas normal.

c. Status lokalis:

Regio colli: Tenggorokan faring tidak hiperemis, pembesaran tonsil T3-T3, permukaan tonsil tidak rata, kriptas melebar, tidak ditemukan dendritus, KGB leher tidak teraba.

Regio thorak anterior

I : Simetris, scar (-), tumor (-), warna sama dengan kulit sekitar, retraksi intercostal (-)

P: Nyeri tekan (-), fremitus kanan=kiri, ictus cordis tidak teraba

P: Sonor/sonor, batas jantung dalam batas normal

A: Vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-), BJ I-II regular, murmur(-), gallop (-)

Regio thorak posterior

I : Simetris, scar (-), tumor (-), warna sama dengan kulit sekitar, retraksi intercostal (-)

P: Nyeri tekan (-), fremitus kanan = kiri

P: Sonor/sonor

A: Vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-)

d. Status neurologis:

Reflek fisiologis normal, refleksi patologis (-). Pemeriksaan motorik dan sensorik pasien tidak ada kelainan.

e. Pemeriksaan penunjang:

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

5. TATALAKSANA

Amoksisilin syrup 3 x 1cth

Paracetamol syrup 3 x 1cth

Cetirizin syrup tab 3 x ¾ cth

Vit C 1x1

6. DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

a. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: demam naik turun sejak 3 hari yang lalu.

- Kekhawatiran: demam yang diderita akan menyebabkan kejang berulang yang pernah diderita pasien dan dialami terakhir pada bulan februari 2018.

- Persepsi: demam yang sering kambuh-kambuhan sekitar satu bulan sekali yang disebabkan adanya peradangan tonsil kronis.

- Harapan: mengatasi peradangan tonsil kronis sehingga mencegah timbulnya demam berulang serta menghindari terjadinya kejang.

b. Aspek Klinik

- Tonsilitis kronis (J.35.01)

c. Aspek Risiko Internal

- Usia pasien yang masih batita sehingga belum kompeten dalam memahami faktor-faktor yang dapat mencetuskan berulangnya tonsillitis dan kejang demam.

- Kebiasaan pasien yang lebih suka makan-makanan yang dibeli di luar.

d. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: diasuh ibu kandung yang kurang memahami tentang penyakit pasien namun memberi dukungan yang baik dalam mengawasi pasien saat demam.

- Gaya hidup yang kurang baik, pasien sering makan-makanan yang didapatkan dari luar rumah dengan kualitas makanan yang tidak baik.

- Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah dengan ventilasi dan pencahayaan yang sesuai namun tidak selalu terbuka sehingga cahaya matahari tidak masuk kedalam rumah.

- Sosial ekonomi: biaya hidup pasien ditanggung oleh ayah pasien yang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari



- Kesehatan: pemberian antibiotik yang tidak rasional sehingga memungkinkan terjadinya resistensi.
- Derajat fungsional: 2 (dua), yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan di luar rumah (mulai mengurangi aktivitas kerja).

7. INTERVENSI

Intervensi yang diberikan pada pasien ini adalah edukasi dan konseling mengenai penyakitnya, pencegahan agar tidak terjadi kejang berulang. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focus* dan *community oriented*

a. Patient center

1. Nonmedikamentosa

- Konseling kepada orang tua pasien mengenai penyakit kejang demam.
- Konseling kepada orang tua pasien mengenai komplikasi penyakit kejang demam.
- Konseling kepada orang tua pasien mengenai cara penanganan pertama saat demam.
- Konseling kepada orang tua pasien mengenai pentingnya tipe pengobatan preventif dibandingkan kuratif.
- Konseling kepada orang tua pasien untuk selalu menyediakan obat penurun demam dan cara penggunaannya secara tepat.
- Konseling kepada orang tua pasien untuk menyediakan obat anti konvulsi dan cara penggunaannya secara tepat.
- Konseling kepada orang tua pasien untuk menghindari makan makanan yang dapat menyebabkan meradang tonsil.

- Konseling kepada orang tua pasien komplikasi yang timbul jika kejang demam dan tonsilofaringitis tidak ditatalaksana secara tepat.

2. Medikamentosa

- Amoksisilin syrup 3 x 1cth
- Paracetamol syrup 3 x 1cth
- Cetrizin syrup tab 3 x $\frac{3}{4}$ cth
- Vit C 1x1

b. Family Focused

- Konseling mengenai penyakit kejang demam pada keluarganya.
- Konseling mengenai penyakit kejang demam yang dapat menimbulkan komplikasi yang cukup serius jika tidak ditangani secara tepat.
- Edukasi kepada keluarga untuk berperan dalam mencegah timbulnya kejang berulang
- Edukasi dan motivasi mengenai perlunya perhatian dukungan dari semua anggota keluarga terhadap penyakit pasien

c. Community Oriented

Konseling mengenai kejang demam bukan merupakan penyakit yang dapat menular sehingga masyarakat tidak perlu khawatir untuk tertular.

8. DIAGNOSTIK HOLISTIK AKHIR

a. Aspek Personal

- Kekhawatiran keluarga terhadap penyakitnya yang tidak dapat disembuhkan sudah mulai berkurang dengan meyakini pola pengobatan yang rutin dan teratur serta mengurangi risiko timbulnya kejang demam yang berulang.
- Harapan mengenai peradangan tonsil dan demam sudah mulai berkurang dengan cara rutin meminum obat dan sudah yakin dapat sehat seperti sediakala.



- Persepsi mengenai kejang demam yang diderita pasien dapat dicegah dengan pengobatan yang telah dianjurkan dokter.

b. Aspek Klinik

- Tonsilitis kronis

c. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan yang lebih baik tentang penyakit Kejang demam
- Pengetahuan yang cukup mengenai tindakan pengobatan preventif dan keuntungan yang didapatkan.
- Pengetahuan yang cukup tentang pencegahan terjadinya kejang berulang.
- Pengetahuan yang cukup tentang efektifitas terapi gizi terhadap perbaikan klinis dan mulai membiasakan makan makanan yang dapat mencegah terjadinya peradangan pada tonsil.

d. Aspek Risiko Eksternal

- Psikososial keluarga: keluarga lebih memahami penyakit pasien dan memberi dukungan yang baik.
- Lingkungan tempat tinggal: keadaan rumah dengan ventilasi dan pencahayaan yang sesuai sehingga cahaya matahari banyak yang masuk kedalam rumah.
- Sosial ekonomi: biaya hidup pasien ditanggung oleh orangtua yang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- Derajat Fungsional : (satu) yaitu mampu melakukan pekerjaan seperti sebelum sakit (tidak ada kesulitan).

9. RENCANA INTERVENSI

Intervensi yang diberikan pada pasien ini berupa pencegahan sekunder.

Pencegahan sekunder dilakukan untuk pencegahan demam tifoid dan pola hidup bersih dan sehat. Dilakukan intervensi terhadap faktor internal dan eksternal, dengan melakukan 3 kali kunjungan rumah.

Nonmedikamentosa:

- Edukasi untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat serta menerapkan cuci tangan menggunakan sabun.
- Edukasi dan konseling mengenai tonsillitis, faktor penyebab tonsillitis serta pencegahannya.
- Edukasi dan konseling mengenai kejang demam, faktor penyebab kejang demam dan pencegahannya.
- Edukasi dan konseling mengenai langkah pertama dalam mengatasi kejang.
- Edukasi dan konseling untuk menjaga pola makan dan menjaga higienitas makanan.

10. PEMBAHASAN

Tonsilitis kronik adalah peradangan kronik tonsila palatina lebih dari 3 bulan setelah serangan akut yang terjadi secara berulang-ulang. Terjadi perubahan histologi pada tonsil dan terdapat jaringan fibrotik yang menyelimuti mikroabses serta dikelilingi oleh sel-sel radang. Tonsilitis berulang terutama terjadi pada anak-anak dan diantara serangan tonsil tampak sehat. Tetapi tidak jarang tonsil diluar serangan terlihat membesar disertai dengan hiperemi rigan yang mengenai pilar anterior dan apabila tonsil ditekan dapat mengeluarkan detritus.

Terdapat beberapa faktor predisposisi timbulnya tonsilitis kronik yakni rangsangan menahun (kronik) rokok dan beberapa jenis makanan (alergi), higiene mulut dan tangan yang buruk, pengaruh cuaca, kelelahan fisik serta pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat.

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang



disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam biasanya terjadi pada 2-4% anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun. Kejang demam sederhana adalah kejang demam yang berlangsung singkat, kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk umum tonik dan atau klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam. Kejang demam sederhana merupakan 80% di antara seluruh kejang demam.

Penyebab kejang demam hingga kini masih belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa faktor yang mungkin berperan dalam menyebabkan kejang demam, seperti demam itu sendiri, respon alergik atau keadaan imun yang abnormal oleh infeksi dan perubahan keseimbangan cairan atau elektrolit.

Upaya pencegahan kejang demam yang disebabkan karena demam yang hilang timbul oleh tonsillitis kronis yaitu dapat dilakukan dengan peningkatan higiene dan sanitas lingkungan, higiene dan sanitasi makanan melalui 5 kunci keamanan makanan (WHO): gunakan bahan makanan yang baik, gunakan air bersih, masak bahan makanan dengan sempurna, pisahkan makanan matang dan makanan mentah, serta simpan makanan matang pada suhu yang tepat. Selain itu, perlu menjaga higiene perorangan dengan membiasakan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir khususnya sebelum memegang makanan, setelah BAB, setelah keluar toilet, setelah melakukan kegiatan, setelah memegang binatang peliharaan.

Diagnosis tonsillitis kronis pada pasien ditegakan berdasarkan anamnesis riwayat demam sejak 3 hari sebelum datang ke puskesmas, pasien mendengkur keras saat sedang tidur, mengeluh sakit saat menelan serta terjadi penurunan napsu makan. Pada pemeriksaan fisik tampak sakit ringan, suhu tubuh 38,7°C. Pada tonsil ditemukan pembesaran tonsil T3-T3, permukaan tonsil tidak rata, kriptas melebar dan tidak ditemukan dendritus. Keluhan diatas ditemukan sejak 4 bulan

yang lalu pasien kemudian kejang sehingga dilarikan ke Rumah Sakit. Keluhan tersebut seringkali berulang setiap bulannya akan tetapi tidak menimbulkan kejang seperti saat 4 bulan sebelumnya.

Di puskesmas pasien diputuskan untuk rawat jalan dikarenakan pasien diberikan obat oral dan diperbolehkan rawat jalan karena keadaan umum pasien masih baik dan asupan makan masih adekuat serta masih bisa minum obat per oral. Diberikan terapi farmakologi dan non-farmakologi. Untuk terapi definitif farmakologi diberikan antibiotik oral yang tersedia di puskesmas rawat inap kota karang dan masuk dalam terapi rekomendasi literatur untuk tonsillitis kronik yaitu amoksisilin syrup 50 mg/kg BB/ hari diberikan dalam 3 dosis terbagi sampai dengan 5 hari. Dosis yang tersedia di puskesmas kota karang adalah 125 mg/5ml, dan diberikan obat untuk 5 hari terlebih dahulu agar pasien kontrol kembali ke puskesmas saat obat telah habis. Respon klinis terhadap antibiotik dinilai setelah penggunaannya selama 1 minggu. Selain terapi antibiotik pasien juga diberikan antipiretik yaitu parasetamol syrup untuk menurunkan demam. Terapi non-farmakologi berupa istirahat di rumah, menjaga kebersihan tangan dan mulut, menjaga higienitas makanan yang akan dimakan dan mengompres tubuh anak apabila terjadi demam.

Pelaksanaan pembinaan pasien ini dilakukan pada tanggal 17 Mei 2018. Kunjungan pertama dilakukan pengenalan terhadap pasien dan keluarga pasien serta menyaksikan langsung lingkungan tempat tinggal pasien diikuti melaksanakan pemeriksaan tanda-tanda vital berupa suhu, tekanan darah, nadi dan melakukan anamnesis dengan pasien dan anggota keluarga lainnya. Dari anamnesis dengan keluarga An. A dapat tergal jika perilaku kuratif yang diutamakan serta pengetahuan tentang penyakit yang diderita masih kurang. Dalam kasus ini pasien sering jajan sembarangan dan kurang menjaga kebersihan. Pasien telah mengkonsumsi

obat penurun panas yang masih tersisa saat berobat bulan lalu.

Orang tua pasien merasakan gejala tonsillitis kronis muncul cukup sering yakni hampir setiap bulan. Orang tua pasien tidak mengetahui jika pasien dapat menjalankan pola hidup sehat dan sanitasi lingkungan, serta hygiene makanan yang baik dapat terhindar dari penyakit tersebut.

Lingkungan psikososial, pasien merasa cukup mendapat perhatian baik dalam keluarganya setiap kali pasien sakit. Namun, pasien belum dapat mengungkapkan keluhannya secara sepenuhnya karena belum sepenuhnya mengerti dan hanya mengungkapkannya dengan cara menangis.

Ekonomi keluarga bergantung pada ayah pasien Tn. An, karena hanya ayahnya saja yang bekerja. Kebutuhan sehari-hari dapat tercukupi namun tidak dapat menabung untuk perencanaan keluarga.

Lingkungan tempat tinggal pasien dan warga sekitar terjalin baik dan rukun. Pemukiman tampak padat, terlihat dari mayoritas rumah warga langsung berhadapan langsung dengan jalan gang, terdapat ada teras didepan rumah namun tidak didapatkan pekarangan. Keadaan rumah kurang ideal perihal ruang dapur dan kamar mandi dengan penerangan dan ventilasi yang kurang. Penataan barang-barang terkesan kurang rapih.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 25 Mei 2018 pasien diberikan intervensi berupa media lembar balik yang berbentuk kalender. Pada media ini memaparkan mengenai tonsillitis kronis dan kejang demam baik pengertian, penyebab dan cara penularannya, gejala klinis awal sampai pencegahan sederhana yang dapat dilakukan. Selain itu juga diberikan tambahan perihal cara mencuci tangan yang baik dan benar.

Edukasi yang diberikan berupa menjaga pola makanan teratur serta memperhatikan hygiene personal dengan mencuci tangan sebelum makan dan hygiene pengolahan makanan minuman di rumah, ditekankan akan pentingnya penerapan Perilaku Hidup

Bersih dan Sehat (PHBS) dan cara mencuci tangan yang baik dan benar. Memperhatikan bahan pangan agar dicuci bersih dan tidak menggunakan air yang terkontaminasi.

Setelah intervensi dilaksanakan, kemudian dilakukan evaluasi 1 minggu berikutnya. Dari hasil anamnesis, pasien sudah tidak merasakan keluhan. Pasien sudah tidak pernah jajan sembarangan lagi. Orang tua pasien selalu memasak masakan kesukaan pasien. Pasien hanya memakan makanan yang di masak oleh ibunya dirumah. Orang tua pasien juga sudah mulai menerapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan setelah makan. Pasien belum dapat mengingat dengan baik gerakan mencuci tangan berdasarkan WHO akan tetapi dapat dituntun oleh orang tuanya. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga sudah dilaksanakan di rumah pasien. Ayang dan kakek pasien dan keluarga sudah dapat menerapkan perilaku tidak merokok didalam rumah.

Evaluasi intervensi mengenai pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap penyakit kejang demam kepada pasien dan keluarga dilakukan dengan menggunakan pre dan post intervensi dan didapatkan hasil yang memuaskan. Pengetahuan pasien dan keluarga yang pada awalnya masih tergolong rendah sudah mengalami peningkatan. Perubahan juga terlihat pada kedua aspek lainnya yaitu peningkatan sikap dari sedang menjadi tinggi dan tindakan dari rendah menjadi sedang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rusmarjono, Kartoesoediro S. Tonsilitis kronik. In: Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher ed Keenam. FKUI Jakarta: 2007. p212-25.
2. Hansen JT. Head and Neck. NETTER'S CLINICAL ANATOMY. 2nd ed. USA: Saunders, Elsevier 2010.
3. Boies AH. Rongga Mulut dan Faring. In: Boies Buku Ajar Penyakit THT. Jakarta: ECG, 1997. p263-340



4. Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD. Tonsillitis, Tonsillectomy, and Adenoidectomy. In: Head&Neck Surgery-Otolaryngology, 4th edition. 2006.
5. Richard EB, Robert MK, Ann MA. Kejang-kejang pada masa anak-anak. Ilmu kesehatan anak nelson. Vol 3. Ed 15th. Jakarta: EGC; 2004.hal.2059-60.
6. Abraham MR, Julien IE, Colin DR. Sistem saraf. Buku ajar pediatric Rudolph. Vol 3. Ed 20th. Jakarta: EGC; 2007.hal.2160-1.
7. Staf Pengajar ilmu kesehatan anak FKUI. Kejang demam sederhana. Buku kuliah ilmu kesehatan anak. Vol 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2003.hal.1190-2.
8. Taslim SS, Sofyan I. Kejang demam. Buku ajar neurologi anak. Jakarta: Balai Penerbit IDAI; 2001.hal.244-51.
9. Roy M, Simon JN. Kejang demam. Pediatrika. Ed 7th. Jakarta: Erlangga; 2005.hal.112-4.

