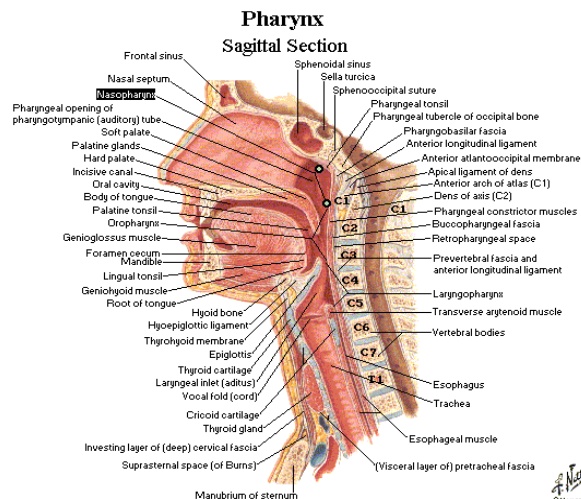


TINJAUAN TEORITIS

2.1 Tinjauan Teoritis Abses Retrofaring

2.1.1 Anatomi dan fisiologi Tenggorokan (Faring)



Gambar 2.1 Anatomi tenggorokan.

Sumber : Sobotta Atlas of Human Anatomy 4th Edition

Tenggorokan (Faring) merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan. Berasa dari bahasa yunani yaitu pharynx. Rongga tenggorokan (Faring) terbagi dalam 3 bagian :

- a. Nasofaring

Merupakan faring bagian atas yang berhubungan dengan rongga hidung interna. Pada bagian ini terdapat muara tuba eustachius yang berfungsi menyeimbangkan tekanan pada membrane timpani.

- b. Orofaring

Merupakan bagian tengah faring antara palatum lunak dan tulang hyoid (dibelakang rongga mulut). Reflek menelan berawal dari orofaring menimbulkan dua perubahan makanan terdorong masuk ke saluran pencernaan

(Esophagus) dan secara simultan katup menutup laring untuk mencegah makanan masuk ke saluran pernafasan. Pada daerah ini terdapat tonsil.

c. Laringofaring

Merupakan posisi terendah dari faring. Pada bagian sistem respirasi menjadi terpisah dari sistem digestive. Makanan masuk ke bagian belakang esophagus dan udara masuk bagian depan (Laring). (Mustikawati,2017)

2.1.2 Definisi

Abses leher dalam atau deep neck abscess adalah abses yang terbentuk didalam ruang potensial leher dalam karena proses infeksi atau benda asing sebagai akibat perluasan infeksi dari dari gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal, telinga tengah dan leher. (Rambe,2015)

Abses retrofaring adalah situasi medis dimana ada pembentukan nanah (abses) di jaringan yang terletak dibelakang tenggorokan. (Kerkar,2018)

Retrofaryngeal abscesses are deep neck space infection that can pose an immediate life-threatening emergency with potential for airway compromise and other catastrophic complications. (Acevedo,2018)

2.1.3 Etiologi

Pembentukan abses merupakan hasil perkembangan dari flora normal dalam tubuh. Flora normal dapat tumbuh dan mencapai daerah steril dari tubuh baik secara perluasan langsung, maupun melalui laserasi atau perforasi. Berdasarkan kekhasan flora

normal yang ada di bagian tubuh tertentu maka kuman dari abses yang terbentuk dapat diprediksi berdasarkan lokasinya. Sebagian besar abses leher dalam disebabkan oleh campuran berbagai kuman, baik kuman aerob, anaerob, maupun fakultatif anaerob. (Rambe, 2015)

Secara umum abses retrofaring terbagi 2 jenis yaitu :

2.1.3.1 Akut

Sering terjadi pada anak-anak berumur dibawah 4–5 tahun. Keadaan ini terjadi akibat infeksi pada saluran nafas atas seperti pada adenoid, nasofaring, rongga hidung, sinus paranasal dan tonsil yang meluas ke kelenjar limfe retrofaring (limfadenitis) sehingga menyebabkan supurasi pada daerah tersebut. Sedangkan pada orang dewasa terjadi akibat infeksi langsung oleh karena trauma akibat penggunaan instrumen (intubasi endotrakea, endoskopi, sewaktu adenoidektomi) atau benda asing.

2.1.3.2 Kronis

Biasanya terjadi pada orang dewasa atau anak-anak yang lebih tua. Keadaan ini terjadi akibat infeksi tuberkulosis (TBC) pada vertebra servikalis dimana pus secara langsung menyebar melalui ligamentum longitudinal anterior. Selain itu abses dapat terjadi akibat infeksi TBC pada kelenjar limfe retrofaring yang menyebar dari kelenjar limfe servikal. Pada banyak kasus sering dijumpai adanya kuman aerob dan anaerob secara bersamaan. Beberapa organisme yang dapat menyebabkan abses retrofaring adalah :

a. Kumanaerob :

Streptococcus beta-hemolyticus group A (paling sering), streptococcus pneumoniae, streptococcus non-hemolyticus, staphylococcus aureus, haemophilus sp.

b. Kuman anaerob :

Bacteroides sp., veillonella, peptostreptococcus, fusobacteria. (Rambe, 2015)

2.1.4 Tanda dan gejala:

2.1.4.1 Demam

2.1.4.2 Sukar dan nyeri menelan

2.1.4.3 Suara sengau

2.1.4.4 Dinding posterior faring membengkak (bulging) dan hiperemis pada satu sisi.

2.1.4.5 Pada palpasi teraba massa yang lunak, berfluktuasi dan nyeri tekan

2.1.4.6 Pembesaran kelenjar limfe leher (biasanya unilateral).

2.1.4.7 Kekakuan otot leher (*neck stiffness*) disertai nyeri pada pergerakan

2.1.4.8 Air liur menetes (*drooling*)

2.1.4.9 Obstruksi saluran nafas seperti mengorok, stridor, dispnea. (Rambe, 2015)

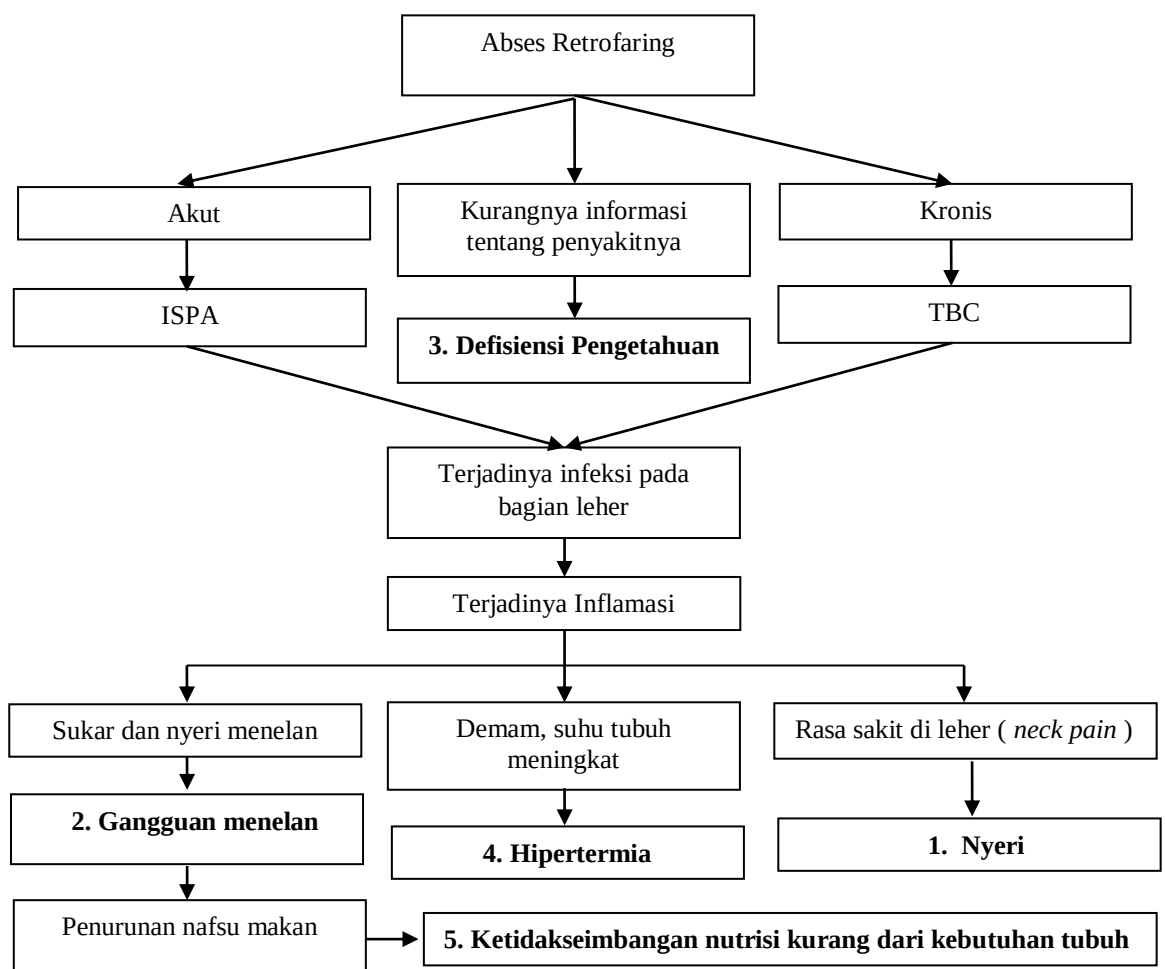
1.1.5 Patofisiologi

Ruang retrofaring berada di anterior fascia prevertebra yang berjalan inferior dari basis krani sepanjang faring. Ruang ini merupakan lanjutan ruang parafaring dan fossa infratemporal. Ruang retrofaring dan parafaring dipisahkan oleh fascia alar, yang merupakan barier yang kurang efektif terhadap penyebaran infeksi. Ruang retrofaring berhubungan dengan mediastinum superior dan posterior, sehingga dapat menjadi jalur yang

potensial penyebaran infeksi ke thoraks. Ruang retrofaring terdiri dari jaringan areolar dan cincin limfe, sehingga dapat mengikuti pergerakan faring dan esophagus pada saat menelan. Kelenjar limfe retrofaring menerima aliran limfe dari hidung, sinus paranasalis, tuba eustachius, dan faring. Pembentukan pus pada kelenjar limfe retrofaring pada umumnya terlokalisir dengan baik, sehingga penyebaran vertikal dari infeksi biasanya terjadi setelah beberapa waktu dalam progresi penyakit, meskipun keadaan ini jarang terjadi pada praktiknya. Sebagian besar gejala abses retrofaring berubungan obstruksi saluran nafas bagian atas dan iritasi lokal otot (misalnya sternomastoid dan pteridoid). Danger space berada diantara ruang retrofaring dan prevertebra yang dipisahkan oleh dua komponen yaitu fascia alar dan fascia prevertebra. Hal ini dapat menyebabkan penyebaran infeksi diantara basis kranii dan mediatinum posterior sampai pada level diafragma. Ruang retrofaring dapat mengalami infeksi yang berkembang menjadi abses meelalui dua cara, yaitu penyebaran infeksi melalui aliran limfe (sebagian besar) secara lokal dari sumber infeksi atau inokulasi langsung bakteri melalui trauma tembus atau benda asing. Pada anak, abses retrofaring akut paling banyak disebabkan infeksi saluran pernafasan atas seperti tonsillitis dan faringitis, sinusitis paranasalis, otitis media, dan infeksi gigi yang kemudian menyebar dan menyebabkan limfadenopati retrofaring. Limfadenopati retrofaring kemudian menyebabkan abses retrofaring akibat supurasi kelenjar getah bening nasofaring. Hal ini merupakan alasan abses retrofaring yang disebabkan oleh proses non-traumatik jarang ditemukan pada orang dewasa karena kelenjar getah bening retrofaring telah mengalami regresi. Abses retrofaring akut pada orang dewasa biasanya disebabkan oleh inokulasi langsung patogen piogenik ke dalam ruang retrofaring yang disebabkan trauma pada faring

atau esophagus akibat tertelan benda asing atau prosedur medis yang traumatik seperti endoskopi, laringoskopi direk, maupun intubasi endotrakeal. Penyakit-penyakit seperti diabetes mellitus, keganasan, alkoholisme kronik, dan AIDS dilaporkan sebagai predisposisi abses retrofaring pada orang dewasa. (Rambe,2015)

1.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Abses retrofaring. (Rambe,2015)

1.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1.1.7.1 Anamnesis

1.1.7.2 Pemeriksaan klinis

1.1.7.3 Laboratorium

- a. Darah rutin : lekositosis
- b. Kultur spesimen (hasil aspirasi)

1.1.7.4 Radiologis

1.1.7.5 Foto jaringan lunak leher lateral

Dijumpai penebalan jaringan lunak retrofaring (prevertebra) :setinggi C2 : > 7 mm (normal 1 - 7 mm) pada anak-anak dan dewasa - setinggi C6 : > 14 mm (anak-anak , N : 5 – 14 mm) dan > 22 mm (dewasa, N : 9 – 22 mm). Pembuatan foto dilakukan dengan posisi kepala hiperekstensi dan selama inspirasi. Kadang-kadang dijumpai udara dalam jaringan lunak prevertebra dan erosi korpus vertebra yang terlibat.

1.1.7.6 CT Scan

1.1.7.7 MRI. (Rambe,2015)

1.1.8 Penatalaksanaan

1.1.8.1 Mempertahankan jalan nafas yang adekuat

- a. Posisi pasien *supine* dengan leher adekuat
- b. Pemberian oksigen
- c. Trakeostomi / Krikotirotomi

1.1.8.2 Medikamentosa

- a. Antibiotik (Parenteral)

Pemberian antibiotik secara parenteral sebaiknya diberikan secepatnya tanpa menunggu hasil kultur pus. Antibiotik yang diberikan harus mencakup terhadap kuman aerob dan anaerob, gram positif dan gram negatif. Dahulu diberikan kombinasi penisilin

G dan metronidazole sebagai terapi utama, tetapi sejak dijumpainya peningkatan kuman yang menghasilkan B-laktamase kombinasi obat ini sudah banyak ditinggalkan. Pilihan utama adalah clindamycin, yang dapat diberikan tersendiri atau dikombinasikan dengan sefalosporin generasi kedua. Seperti cefuroxime atau beta – lactamase - resistant penicillin seperti ticarcillin / clavulanate, piperacillin / tazobactam, ampicillin / sulbactam. Pemberian antibiotik biasanya dilakukan selama kurang lebih 10 hari.

- b. Simtomatis
- c. Bila terdapat dehidrasi, diberikan cairan untuk memperbaiki keseimbangan cairan elektrolit
- d. Pada infeksi tuberkulosis diberikan obat tuberkulostika.

1.1.8.3 Operatif

- a. Aspirasi pus (*Needle aspiration*)
- b. Insisi dan drainase
 - 1) Pendekatan intra oral (*Transoral*) : Untuk abses yang kecil dan terlokalisir.
 - 2) Pendekatan eksterna (*External approach*) baik secara anterior maupun posterior : Untuk abses yang besar dan meluas ke arah hipofaring
 - a) Pendekatan anterior dilakukan dengan membuat insisi secara horozontal mengikuti garis kulit setingkat krikoid atau pertengahan antara tulang hioid dan lavikula.

- b) Pendekatan posterior dibuat dengan melakukan insisi pada batas M. Sternokleidomastoideus. (Rambe,2015).

1.1.9 Komplikasi

Komplikasi abses retrofaring dapat terjadi akibat :

1.1.9.1 Massa itu sendiri : obstruksi jalan nafas

1.1.9.2 Ruptur abses : asfiksia, aspirasi pneumoni, abses paru

1.1.9.3 Penyebaran infeksi ke daerah sekitarnya :

- a. Inferior : edema laring , mediastinitis, pleuritis, empiema, abses mediastinum.
- b. Lateral : trombosis vena jugularis, ruptur arteri karotis, abses parafaring.
- c. Posterior : osteomielitis dan erosi kolumna spinalis

1.1.9.4 Infeksi itu sendiri : necrotizing fasciitis, sepsis dan kematian. (Rambe,2015)

1.1.10 Prognosis

Pada umumnya prognosis abses retrofaring baik apabila dapat didiagnosis secara dini dengan penanganan yang tepat dan komplikasi tidak terjadi. Pada fase awal dimana abses masih kecil maka tindakan insisi dan pemberian antibiotika yang tepat dan adekuat menghasilkan penyembuhan yang sempurna. Apabila telah terjadi mediastinitis, angka mortalitas mencapai 40 - 50% walaupun dengan pemberian antibiotik. Ruptur arteri karotis mempunyai angka mortalitas 20 – 40% sedangkan trombosis vena jugularis mempunyai angka mortalitas 60%. (Rambe,2015)

2.2 Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan Abses Retrofaring

2.1.1 Pengkajian

Pengkajian menurut Muttaqin yaitu meliputi identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

2.1.1.1 Identitas

a. Identitas pasien meliputi :

Nama, jenis kelamin, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk RS, diagnosa medis dan nomor rekam medik

b. Identitas penanggung jawab meliputi :

Nama, jenis kelamin, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien

2.1.1.2 Keluhan utama

Biasanya pasien mengalami demam, sukar menelan, nyeri menelan, suara sengau.

2.1.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Proses perjalanan penyakit, dari pertama kali keluhan yang dirasakan saat dirumah, usaha untuk menguranginya, dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat, sampai menjalani rawat inap.

2.1.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Biasanya pasien pernah menderita penyakit tuberkulosis (TBC) dan diabetes melitus.

2.1.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Biasanya keluarga pasien pernah atau menderita penyakit menular seperti penyakit tuberkulosis (TBC) dan diabetes melitus. (Muttaqin,2012)

2.1.2 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada abses retrofaring dilakukan pemeriksaan tenggorokan serta pengumpulan dan analisis daritenggorokan. Kultur tenggorokan adalah contoh bagian belakang tenggorokan dengan batuan kapas untuk diperiksa. Berikut ini adalah beberapa tes untuk mendiagnosis abses retrofaring :

2.1.2.1 Pemeriksaan fisik dan evaluasi riwayat medis untuk abses retrofaring, di mana dokter memeriksa tenggorokan untuk mencari tanda-tanda infeksi.

2.1.2.2 Tenggorokan budaya untuk abses retrofaring yang melibatkan pengumpulan sampel nanah dari bagian belakang tenggorokan dengan mengosok dengan kapas. Sampel diperiksa secara ketat dilaboratorium untuk mengidentifikasi pertumbuhan mikroorganisme tertentu.

2.1.2.3 Beberapa tes juga dilibatkan penggunaan x-ray dan CT scan untuk diagnosis abses retrofaring

2.1.2.4 Hitung darah lengkap (CBC) untuk mencari peningkatan jumlah sel darah putih yang merupakan indikasi infeksi. (Kerkar,2018)

2.1.3 Diagnosa keperawatan

2.1.3.1 Nyeri Akut b/d Agen cedera biologis

2.1.3.2 Gangguan menelan b/d Odinofagia

2.1.3.3 Defisiensi Pengetahuan b/d Kurang dapat mengingat informasi

2.1.3.4 Hipertermi b/d Imflamasi diarea tenggorokan

2.1.3.5 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Odinofagia

2.1.4 Rencana keperawatan

Tabel 2.1 Rencana keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut b/d Agen cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 jam dinas diharapkan nyeri akut bisa teratasi dengan kriteria hasil : a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmalogi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	1. Kaji skala nyeri pada pasien 2. Monitor reaksi nonverbal dari rasa ketidaknyamanan 3. Lakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Lakukan penkes tentang manajemen nyeri 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat	1. Melihat skala nyeri pada pasien 2. Melihat reaksi non - verbalpasien terhadap nyeri 3. Mengurangi rasa nyeri 4. Memberikan informasi tentang manajemen nyeri 5. Menentukan dosis sesuai untuk pasien
2	Gangguan menelan b/d Odinofagia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 jam dinas diharapkan gangguan menelan bisa teratasi dengan kriteria hasil :	1. Kaji TTV 2. Pantau kemampuan menelan 3. Sarankan makan sedikit tapi	1. Melihat tanda - tanda vital pasien 2. Mengoreksi bagaimana respon pasien mau menelan

		a. Dapat mempertahankan makanan dalam mulut b. Kemampuan menelan adekuat c. Tidak ada kerusakan otot tenggorokan atau otot wajah, menelan, menggerakkan lidah, refleks muntah d. Mampu mengontrol mual dan muntah	sering(Diet bubur TKTP) 4. Hindari minum terlalu banyak 5. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi	3. Memberikan kecukupan nutrisi pada pasien 4. Menghindari terjadinya aspirasi 5. Menentukan gizi pada pasien yang sesuai
3	Defisiensi Pengetahuan b/d Kurang dapat mengingat informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam dinas diharapkan Defisiensi pengetahuan bisa teratasi dengan kriteria hasil : a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	1. Kaji TTV 2. Berikan penjelasan tentang penyebab penyakit 3. Sediakan informasi dengan media leaflet 4. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 5. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien	1. Melihat tanda - tanda vital pasien 2. Agar pasien mengetahui lebih jelas tentang penyebab penyakitnya 3. Mempermudah pasien untuk mengingat tentang penyakitnya 4. Menentukan pilihan terapi yang sesuai 5. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
4	Hipertermi b/d Imflamasi diarea tenggorokan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam dinas diharapkan hipertermi bisa teratasi dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh dalam rentang normal b. Nadi dan RR dalam rentang normal c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing	1. Kaji tanda-tanda vital 2. Monitor penurunan tingkat kesadaran 3. Lakukan kompres pada lipatan paha dan aksila 4. Ajarkan klien cara kompres yang benar 5. Kolaborasi dengan dokter obat penurun panas.	1. Mengetahui tanda-tanda vital pada pasien 2. Mengetahui terhadap penurunan tingkat kesadaran pasien 3. Menurunkan suhu tubuh pasien 4. Memberikan informasi yang tepat terhadap cara menurunkan suhu tubuh 5. Menentukan obat yang akan diberikan kepada

				pasien
5	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Odinofagia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 jam dinas diharapkan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bisa teratasi dengan kriteria hasil : - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan	- Kaji adanya alergi makanan - Monitor adanya penurunan berat badan - Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	- Mengetahui alergi makanan terhadap pasien - Mengetahui adanya penurunan berat badan pasien - Mencegah terjadinya malnutrisi ataupun penurunan berat badan - Agar pasien bisa lebih memahami kebutuhan nutrisi yang dia butuhkan - Menentukan kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien