

Diagnosis Klinis dan Tatalaksana Rawat Jalan pada Abses Peritonsil Sinistra: Sebuah Laporan Kasus

Vania Widyadhari Damayanti¹, Mukhlis Imanto²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu THT, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Abses peritonsil merupakan komplikasi tersering tonsilitis akut yang ditandai dengan akumulasi pus pada ruang peritonsil dan berpotensi menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani secara tepat. Diagnosis umumnya dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang pada kasus dengan gambaran klinis yang khas. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan diagnosis klinis serta tatalaksana rawat jalan pada pasien abses peritonsil sinistra. Seorang laki-laki berusia 46 tahun datang dengan keluhan benjolan pada leher kiri sejak dua minggu disertai nyeri tenggorokan yang memberat, disfagia, odinofagia, trismus, hot potato voice, hipersalivasi, dan demam. Pemeriksaan orofaring menunjukkan pembengkakan peritonsil kiri yang hiperemis dan menonjol, menyebabkan deviasi uvula ke kanan serta pergeseran tonsil kiri ke arah medial. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik ditegakkan diagnosis abses peritonsil sinistra. Meskipun disarankan menjalani rawat inap, pasien menolak sehingga dipilih tatalaksana rawat jalan menggunakan cefixime, metronidazole, methylprednisolone, dan paracetamol, disertai edukasi mengenai istirahat, hidrasi, kebersihan rongga mulut, penghentian merokok, serta kewaspadaan terhadap tanda bahaya yang memerlukan evaluasi segera. Tata laksana rawat jalan dipilih karena pasien tidak menunjukkan gangguan jalan napas, dehidrasi, sepsis, maupun komorbid berat, serta masih mampu mengonsumsi obat secara oral. Kasus ini menunjukkan bahwa abses peritonsil dapat didiagnosis secara klinis dan tatalaksana rawat jalan dapat menjadi pilihan yang aman pada pasien terpilih dengan pemantauan dan edukasi yang adekuat untuk mencegah komplikasi.

Kata kunci: Abses peritonsilar, infeksi leher dalam, rawat jalan

Clinical Diagnosis and Outpatient Management of Peritonsillar Abscess Sinistra : A Case Report

Abstract

Peritonsillar abscess is the most common complication of acute tonsillitis and is characterized by the accumulation of pus within the peritonsillar space. If left untreated, it may lead to serious complications, making early recognition and appropriate management essential. In patients with characteristic clinical findings, the diagnosis can often be established based on history taking and physical examination without additional investigations. This case report describes the clinical diagnosis and outpatient management of a left-sided peritonsillar abscess in a 46-year-old man presenting with a two-week history of left neck swelling, progressive sore throat, odynophagia, dysphagia, trismus, hot potato voice, hypersalivation, and fever. Oropharyngeal examination revealed an erythematous and bulging left peritonsillar swelling, causing medial displacement of the left tonsil and rightward deviation of the uvula. A clinical diagnosis of left peritonsillar abscess was established. Although hospitalization was recommended, the patient declined admission and was managed as an outpatient with oral cefixime, metronidazole, methylprednisolone, and paracetamol. Comprehensive education was provided regarding adequate rest, hydration, oral hygiene, smoking cessation, medication adherence, and recognition of warning signs requiring immediate medical attention. Outpatient treatment was considered appropriate because the patient had no evidence of airway compromise, dehydration, sepsis, significant comorbidities, or inability to tolerate oral medication. This case highlights that peritonsillar abscess can be accurately diagnosed clinically and that carefully selected patients may be safely managed on an outpatient basis with appropriate follow-up and patient education to minimize the risk of complications.

Keywords: Deep neck infection, outpatient, peritonsillar abscess

Korespondensi: Vania Widyadhari Damayanti, alamat Jl. Pelita I No. 16, Bandar Lampung, HP 082132273353, e-mail vaniawidyadhari220401@gmail.com

Pendahuluan

Abses peritonsil merupakan infeksi supuratif yang paling sering dijumpai di bagian kepala dan leher serta merupakan komplikasi tersering dari tonsilitis akut. Kondisi ini ditandai oleh akumulasi pus pada ruang potensial antara otot konstriktor faring superior dan kapsul tonsil palatina akibat penyebaran infeksi

dari tonsil ke jaringan peritonsil. Abses peritonsil paling sering terjadi pada kelompok usia remaja hingga dewasa muda, meskipun dapat ditemukan di berbagai kelompok umur.^{1,2}

Manifestasi klinis abses peritonsil umumnya berupa nyeri tenggorokan unilateral yang progresif, odinofagia, disfagia, trismus,

perubahan suara khas berupa *hot potato voice*, hipersalivasi, serta demam. Pada pemeriksaan fisik sering ditemukan pembengkakan peritonsil, deviasi uvula ke sisi kontralateral, dan pergeseran tonsil ke arah medial. Apabila tidak ditangani dengan tepat, infeksi dapat menyebar ke ruang leher dalam dan mengakibatkan komplikasi berat berupa trombosis vena jugularis interna, obstruksi jalan napas, mediastinitis, sepsis, maupun abses parafaring.^{1,2,3}

Abses peritonsil merupakan infeksi polimikroba yang melibatkan bakteri aerob dan anaerob. Mikroorganisme yang sering diisolasi meliputi *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus anginosus* group, *Staphylococcus aureus*, serta berbagai bakteri anaerob rongga mulut. Faktor risiko yang diketahui berhubungan dengan kejadian abses peritonsil antara lain riwayat tonsilitis berulang, penyakit periodontal, higiene rongga mulut yang kurang baik, dan kebiasaan merokok.^{2,4,5}

Penatalaksanaan abses peritonsil meliputi drainase abses, pemberian antibiotik yang mencakup bakteri aerob dan anaerob, terapi suportif, serta kortikosteroid sebagai terapi tambahan pada beberapa kasus. Sebagian besar pasien dapat ditatalaksana secara rawat jalan, namun pasien dengan gangguan jalan napas, dehidrasi, sepsis, atau komorbid tertentu memerlukan perawatan inap dan observasi ketat.^{2,3,6} Pemberian kortikosteroid dilaporkan dapat membantu mengurangi edema dan inflamasi lokal sehingga mempercepat perbaikan gejala, meskipun bukti ilmiah yang tersedia masih terbatas.⁷

Laporan kasus ini membahas seorang pasien dengan abses peritonsil sinistra yang datang dengan keluhan benjolan pada leher kiri disertai odinofagia, disfagia, trismus, dan perubahan suara. Kasus ini menarik untuk dikaji karena diagnosis dapat ditegakkan melalui temuan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang khas. Selain itu, pasien memutuskan untuk menjalani tatalaksana secara rawat jalan setelah menolak perawatan inap yang disarankan.

Kasus

Seorang laki-laki berusia 46 tahun, Tn. TA, berobat ke Poliklinik THT RSUD Abdul

Moeloek (RSUDAM) pada tanggal 13 November 2025 dengan keluhan utama berupa benjolan pada leher kiri yang muncul sejak dua minggu sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengeluhkan nyeri tenggorokan yang semakin memberat, terutama saat menelan makanan padat. Nyeri dirasakan menjalar hingga ke telinga kiri. Seiring dengan munculnya demam yang dirasakan tidak terlalu tinggi, pasien mulai menyadari adanya benjolan pada leher kiri yang semakin lama semakin membesar.

Pasien juga mengeluhkan suara menjadi sengau, kesulitan menelan sehingga air liur sering keluar dari mulut, serta kesulitan membuka mulut (trismus). Keluarga pasien turut mengeluhkan adanya bau mulut yang tidak sedap. Pasien mengakui kurang memperhatikan kebersihan rongga mulut sehari-hari. Karena keluhan yang semakin memberat, pasien berobat ke fasilitas kesehatan dan selanjutnya disarankan ke RSUDAM.

Pasien tidak mengeluhkan sesak napas. Riwayat trauma pada daerah leher maupun riwayat tersedak benda asing disangkal. Tidak terdapat riwayat perdarahan dari mulut. Keluhan pada hidung seperti bersin, rinore, hidung tersumbat, penurunan fungsi penghidu, maupun nyeri wajah tidak ditemukan. Pasien juga menyangkal adanya keluhan telinga berupa otore, tinitus, maupun rasa gatal berlebihan pada liang telinga.

Pada riwayat penyakit dahulu, pasien tidak memiliki riwayat infeksi saluran pernapasan atas berulang maupun alergi obat. Riwayat anggota keluarga dengan keluhan serupa disangkal. Dari riwayat sosial, pasien memiliki kebiasaan merokok selama kurang lebih 10 tahun.

Pada pemeriksaan fisik umum, pasien tampak dalam keadaan sakit ringan dengan tingkat kesadaran compos mentis. Pemeriksaan tanda vital menunjukkan hasil dalam batas normal, yaitu tekanan darah 108/76 mmHg, frekuensi nadi 97 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, dan suhu tubuh 37,5°C. Tidak ditemukan kelainan bermakna pada pemeriksaan sistem kardiovaskular, integumen, maupun ekstremitas. Saturasi oksigen tercatat sebesar 98% pada udara ruangan. Selain itu, *capillary*

refill time (CRT) kurang dari 2 detik dan akril teraba hangat.

Pada pemeriksaan rongga mulut, mukosa oral tidak tampak hiperemis, gingiva dalam batas normal, serta tidak ditemukan karies maupun gigi berlubang. Lidah dan palatum durum tampak dalam batas normal. Palatum mole tidak tampak hiperemis. Uvula tampak mengalami deviasi ke kanan disertai hiperemia. Didapatkan saliva yang kental pada rongga mulut. Pada regio peritonsil kiri tampak massa yang hiperemis, menonjol, dan sangat nyeri tekan, yang menyebabkan pergeseran tonsil kiri ke arah medial.

Pemeriksaan faring menunjukkan mukosa faring hiperemis dengan sekret mukoid. Tidak ditemukan granula pada dinding posterior faring. Arkus faring anterior tampak hiperemis, sedangkan arkus posterior tidak menunjukkan hiperemia. Pemeriksaan tonsil menunjukkan ukuran T1 pada sisi kanan dan T4 pada sisi kiri, dengan hiperemia pada tonsil kiri. Kripta tonsil kanan tidak tampak, sedangkan kripta tonsil kiri tampak. Detritus tidak ditemukan pada kedua tonsil.



Gambar 1. Pemeriksaan orofaring

Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik mengarah pada diagnosis abses peritonsil sinistra. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya keluhan odinofagia yang memberat, disfagia, demam, suara sengau, hipersalivasi, trismus, serta temuan massa pada regio peritonsil kiri yang hiperemis, menonjol, sangat nyeri tekan, disertai deviasi uvula ke kanan dan pergeseran tonsil kiri ke arah medial.

Pasien disarankan untuk menjalani perawatan inap guna observasi ketat dan tatalaksana definitif. Namun, pasien menolak

rawat inap setelah diberikan penjelasan mengenai kondisi penyakit, pilihan terapi, serta kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi. Oleh karena itu, pasien diberikan tatalaksana rawat jalan berupa cefixime 200 mg dua kali sehari, metronidazole 500 mg tiga kali sehari, methylprednisolone 8 mg dua kali sehari, serta paracetamol 500 mg tiga kali sehari bila diperlukan untuk mengurangi nyeri atau demam.

Pasien juga diberikan edukasi untuk beristirahat yang cukup, menjaga kebersihan rongga mulut secara optimal, meningkatkan asupan cairan dengan meningkatkan asupan cairan oral, serta menghindari kebiasaan merokok dan paparan asap rokok. Selain itu, pasien dianjurkan untuk segera kembali ke fasilitas kesehatan apabila muncul keluhan sesak napas, kesulitan menelan yang semakin berat, demam tinggi, atau pembesaran benjolan yang progresif.

Pembahasan

Pada kasus ini, manifestasi klinis yang ditemukan sesuai dengan gambaran khas abses peritonsil. Berdasarkan anamnesis, pasien mengeluhkan nyeri tenggorokan yang semakin memberat dan terutama dirasakan saat menelan, yang menunjukkan adanya odinofagia. Pasien juga mengalami kesulitan menelan (disfagia), bahkan disertai keluarnya air liur secara berlebihan akibat ketidakmampuan menelan sekret dengan baik. Pasien juga mengeluhkan suara sengau dan keterbatasan dalam membuka mulut (trismus). Kedua gejala tersebut merupakan manifestasi klinis yang sering dijumpai pada abses peritonsil, yang terjadi akibat proses inflamasi dan spasme otot-otot mastikasi di sekitar ruang peritonsil. Keluhan berupa benjolan pada leher kiri yang muncul bersamaan dengan demam kemungkinan berkaitan dengan keterlibatan kelenjar getah bening servikal regional sebagai respons terhadap proses infeksi.¹

Pemeriksaan fisik sesuai dengan gambaran khas abses peritonsil. Pemeriksaan faring menunjukkan hiperemia pada arkus anterior, sedangkan pada pemeriksaan cavum oris tampak massa peritonsil sinistra yang hiperemis, menonjol, dan sangat nyeri tekan. Massa tersebut mendorong tonsil kiri ke arah medial serta menyebabkan deviasi uvula ke

kanan. Temuan ini menunjukkan adanya proses supuratif di ruang peritonsil kiri yang menimbulkan efek desak terhadap struktur orofaring di sekitarnya. Deviasi uvula ke sisi kontralateral dan pergeseran tonsil ke arah medial merupakan tanda klinis yang sangat khas pada abses peritonsil dan membantu membedakannya dari tonsilitis akut tanpa pembentukan abses. Selain itu, hiperemia pada arkus anterior mencerminkan proses inflamasi lokal yang menyertai infeksi pada daerah peritonsil.²

Pada kasus ini, pemeriksaan penunjang tidak dilakukan karena diagnosis abses peritonsil sinistra telah dapat ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan karakteristik klinis khas. Meskipun demikian, beberapa pemeriksaan penunjang dapat dipertimbangkan apabila diagnosis abses peritonsil masih meragukan. Aspirasi jarum yang menghasilkan pus dapat membantu mengonfirmasi adanya abses. Selain itu, ultrasonografi transkutan maupun intraoral dapat digunakan untuk mengidentifikasi koleksi abses serta membedakan abses peritonsil dari selulitis peritonsil. Pemeriksaan ini memiliki nilai diagnostik yang baik karena bersifat noninvasif dan dapat membantu menentukan adanya akumulasi cairan purulen pada ruang peritonsil. Apabila dicurigai terdapat penyebaran infeksi ke luar ruang peritonsil atau keterlibatan ruang leher dalam, maka pemeriksaan pencitraan lanjutan seperti *magnetic resonance imaging* (MRI) atau tomografi komputer (CT scan) dapat dilakukan.⁸ Pada kasus ini, tidak ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada penyebaran infeksi ke ruang leher dalam maupun komplikasi lain, seperti gangguan jalan napas, pembengkakan leher yang luas, atau tanda sepsis.

Tatalaksana abses peritonsil dapat dilakukan baik secara rawat inap maupun rawat jalan, bergantung pada kondisi klinis pasien. Menurut literatur, sebagian besar pasien dapat ditatalaksana sebagai rawat jalan, sedangkan rawat inap diindikasikan pada pasien dengan dehidrasi, ketidakmampuan mengonsumsi cairan per oral, adanya ancaman jalan napas, kegagalan terapi rawat jalan, maupun komorbid tertentu seperti diabetes melitus, kondisi imunokompromais,

penggunaan obat immunosupresan jangka panjang, atau tanda-tanda sepsis.^{2,6-8} Pada kasus ini, pasien tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan jalan napas, dengan saturasi oksigen 98% pada udara ruangan dan tidak ditemukan keluhan sesak napas. Selain itu, tanda vital pasien berada dalam batas normal dan tidak terdapat tanda-tanda sepsis. Pasien juga tidak memiliki riwayat diabetes melitus maupun kondisi imunokompromais yang dapat memperburuk perjalanan penyakit. Meskipun pasien mengalami disfagia dan hipersalivasi, pasien masih mampu menerima pengobatan secara oral sehingga tidak ditemukan indikasi absolut untuk perawatan inap.

Pasien yang ditatalaksana secara rawat jalan memerlukan pemantauan ketat dan evaluasi ulang dalam 24–36 jam untuk memastikan respons terapi serta mendeteksi kemungkinan perburukan kondisi.² Oleh karena itu, pada kasus ini pasien juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya seperti sesak napas, peningkatan kesulitan menelan, demam tinggi yang menetap, atau pembesaran benjolan yang progresif, serta dianjurkan untuk segera kembali berobat apabila keluhan tersebut muncul.

Terapi antibiotik merupakan komponen utama dalam tatalaksana abses peritonsil karena infeksi ini umumnya bersifat polimikroba, melibatkan bakteri aerob maupun anaerob. Literatur merekomendasikan penggunaan antibiotik dengan spektrum yang mencakup bakteri anaerob rongga mulut, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus anginosus group*, serta *Group A Streptococcus*. Untuk terapi oral, salah satu regimen yang dianjurkan adalah kombinasi sefalosporin generasi ketiga dengan metronidazole, atau amoksisilin-klavulanat sebagai monoterapi.² Pada kasus ini, pasien mendapatkan cefixime 200 mg dua kali sehari dan metronidazole 500 mg tiga kali sehari. Cefixime adalah antibiotik golongan sefalosporin generasi ketiga yang efektif terhadap berbagai bakteri Gram negatif maupun Gram positif yang umum menyebabkan infeksi saluran napas atas. Sementara itu, metronidazole diberikan untuk memberikan cakupan terhadap bakteri anaerob yang diketahui berperan penting dalam patogenesis abses peritonsil.

Selain antibiotik, pasien pada kasus ini juga mendapatkan terapi kortikosteroid

berupa methylprednisolone 8 mg dua kali sehari. Penggunaan kortikosteroid pada abses peritonsil didasarkan pada fakta bahwa sebagian besar gejala akut yang dialami pasien, seperti nyeri tenggorokan, disfagia, odinofagia, trismus, dan perubahan suara, disebabkan oleh proses inflamasi serta edema jaringan di sekitar tonsil dan palatum mole. Meskipun bukti ilmiah mengenai penggunaannya pada abses peritonsil masih terbatas, beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian kortikosteroid sebagai terapi tambahan dapat mempercepat perbaikan gejala. Dalam studi tersebut, digunakan dosis tunggal methylprednisolone intramuskular atau intravena sebesar 2–3 mg/kgBB (maksimal 250 mg) atau dexamethasone 10 mg, yang bertujuan untuk mengurangi inflamasi dan mempercepat pemulihan klinis.^{2,7}

Edukasi merupakan salah satu komponen penting dalam tatalaksana abses peritonsil, terutama pada pasien yang menjalani terapi rawat jalan. Pasien pada kasus ini diberikan edukasi untuk beristirahat yang cukup, meningkatkan asupan cairan, menjaga kebersihan rongga mulut, menghindari merokok, serta mengenali tanda bahaya yang memerlukan evaluasi medis segera. Edukasi tersebut bertujuan untuk mendukung proses penyembuhan, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, serta mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius.³

Menjaga kebersihan rongga mulut juga merupakan bagian penting dari edukasi pada kasus ini. Rongga mulut yang tidak terjaga kebersihannya dapat menjadi reservoir berbagai bakteri aerob dan anaerob yang berperan dalam patogenesis abses peritonsil. Pada anamnesis, pasien mengakui kurang memperhatikan kebersihan mulut, sehingga edukasi mengenai kebersihan rongga mulut menjadi relevan untuk membantu mengurangi kolonisasi bakteri dan mencegah kekambuhan infeksi di kemudian hari.⁴

Pasien juga dianjurkan untuk meminimalkan paparan asap rokok dan menghentikan kebiasaan merokok. Menurut beberapa studi, merokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya abses peritonsil karena dapat mengganggu mekanisme pertahanan mukosa saluran napas atas, meningkatkan kolonisasi bakteri patogen, serta memperburuk proses inflamasi lokal. Pada

kasus ini, riwayat merokok selama kurang lebih 10 tahun diduga menjadi salah satu faktor yang berperan dalam terjadinya infeksi peritonsil.⁵

Simpulan

Abses peritonsil merupakan komplikasi infeksi tonsil yang ditandai oleh terbentuknya kumpulan pus pada ruang peritonsil. Kondisi ini umumnya bermanifestasi dengan gejala khas seperti disfagia, trismus, odinofagia, suara sengau, hipersalivasi, serta deviasi uvula. Pada kasus ini, diagnosis abses peritonsil sinistra dapat ditegakkan secara klinis berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan karakteristik khas penyakit tersebut, sehingga pemeriksaan penunjang tambahan tidak diperlukan untuk menegaskan diagnosis. Meskipun pasien menolak perawatan inap, tata laksana rawat jalan masih dapat dipertimbangkan karena tidak ditemukan tanda gangguan jalan napas, dehidrasi, sepsis, maupun komorbid yang memerlukan observasi intensif. Pemberian kombinasi cefixime dan metronidazole sebagai terapi antibiotik, methylprednisolone sebagai terapi adjuvan, serta edukasi mengenai hidrasi, kebersihan rongga mulut, penghentian kebiasaan merokok, dan kewaspadaan terhadap tanda bahaya merupakan langkah penting dalam penatalaksanaan pasien. Pemantauan ketat dan evaluasi lanjutan tetap diperlukan untuk memastikan perbaikan klinis serta mencegah terjadinya komplikasi.

Daftar Pustaka

1. Krishnaprasadh D, Hohman MH, McDowell RH. Peritonsillar Abscess. [Updated 2026 Jan 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan– [cited 2026 Jun 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519520/>
2. Galioto NJ. Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician*. 2017;95(8):501–506.
3. Johnson RF, Stewart MG. Peritonsillar Abscess: Clinical Aspects and Treatment Outcomes. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2017;50(3):443–453.
4. Klug TE. Peritonsillar Abscess: Clinical Aspects of Microbiology, Risk Factors, and the Association with Parapharyngeal Abscess. *Dan Med J*. 2014;61(3):B4849.

5. Klug TE, Rusan M, Fuursted K, Ovesen T. Smoking Promotes Peritonsillar Abscess. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2013;270(12):3163–3167.
6. Garas G, Ifeacho S, Cetto R, Arora A, Tolley N. Prospective audit on the outpatient management of patients with a peritonsillar abscess: closing the loop: how we do it. *Clin Otolaryngol*. 2011;36(2):174–179.
7. Lee YJ, Jeong YM, Lee HS, Hwang SH. The efficacy of corticosteroids in the treatment of peritonsillar abscess: a meta-analysis. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2016;9(2):89–97.
8. Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. *Clin Otolaryngol*. 2012;37(2):136–145.