

SUSPEK DIFTERI TONSIL LARING PADA ANAK: LAPORAN KASUS**Titin Suharyati^{1*}, Fauna Herawati², Umi Fatmawati³**¹⁻²Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya³Instalasi Farmasi, RSUD Dr. Soetomo

Email Korespondensi: fauna@staff.ubaya.id

Disubmit: 24 Januari 2025 Diterima: 27 Agustus 2025 Diterbitkan: 01 September 2025

Doi: <https://doi.org/10.33024/mahesa.v5i9.19295>**ABSTRACT**

Diphtheria (DPT) is a disease caused by an infection of the bacterium Corynebacterium diphtheriae. Whereas Probable Diphtheria is a person with suspected Diphtheria plus one of the following symptoms: Had contact with a case (<2 weeks), incomplete immunization, including not having received a booster, residing in an endemic area of Diphtheria, Stridor, Bullneck, submucosal bleeding or petechiae on the skin, toxic heart failure, acute kidney failure, Myocarditis, death. This bacterium often infects the throat and nose. This bacterium produces toxins that can damage tissues and organs. The most characteristic symptom of diphtheria is the formation of a thick gray layer on the throat and tonsils. A 2-year-old child weighing 11 kg and measuring 85 cm tall presents with complaints of sore throat, swelling on the left side of the neck, fever, a breath that sounds like a snore when breathing, and a heavy voice during sleep. decreased food and drink intake. The patient was hospitalized in the Special Diphtheria Isolation Room in December 2024. History of using intermoxil injection, calmetasone injection, santagesic injection, and apetic syrup. Total Length Of Stay (LOS) for 10 days, with a family history of mumps. Received breast milk until the age of 2 years, complementary feeding until the age of 6 months, family food until the age of 1 year, developmental history of sitting with head upright at 6 months, able to roll over at 4 months, able to walk at 15 months, able to speak at 14 months, incomplete immunization history only up to DPT 1. Patient therapy PPC 900,000 IU, ADS 10,000 IU, dexamethasone, paracetamol tablet, D5 ¼ NS, RL, PPC 1.2 million IU. Diphtheria treatment is the most efficient effort to prevent the spread of Diphtheria. Nutritional status and malnutrition are closely related to diphtheria mortality.

Keywords: *Diphtheria, Tonsillitis, Immunization, Corynebacterium Diphtheriae, Children*

ABSTRAK

Difteri (DPT) merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Sedangkan *Probable Difteri* adalah orang dengan suspek Difteri ditambah dengan salah satu gejala berikut: Pernah kontak dengan kasus (<2 minggu), Imunisasi tidak lengkap, termasuk belum dilakukan booster, berada di daerah endemis Difteri, *Stridor*, *Bullneck*, pendarahan submukosa atau *petechiae* pada kulit, gagal jantung toxic, gagal ginjal akut, *Myocarditis*, meninggal. Bakteri ini sering menginfeksi bagian tenggorokan dan hidung. Bakteri

ini menghasilkan toksin yang dapat merusak jaringan dan organ tubuh. Gejala difteri yang paling khas adalah terbentuknya lapisan abu-abu tebal pada tenggorokan dan amandel. Pasien anak 2 tahun berat badan 11 kg tinggi badan 85 cm dengan keluhan nyeri telan, bengkak leher sebelah kiri, demam, apabila bernapas nafas seperti mengorok, dan suara memberat saat tidur. makan minum berkurang. Pasien di rawat inap di Ruang Isolasi Khusus Difteri pada bulan Desember 2024. Riwayat penggunaan obat injeksi intermoxil, injeksi kalmetason, injeksi santagesic dan sirup apetic. Total *Length Of Stay (LOS)* selama 10 hari, ada riwayat keluarga dengan *mumps*. Mendapatkan ASI sampai dengan usia 2 tahun, MPASI sampai usia 6 bulan, makanan keluarga sampai usia 1 tahun, riwayat tumbuh kembang duduk dengan kepala tegak pada usia 6 bulan, bisa tengkurap pada usia 4 bulan, bisa berjalan pada usia 15 bulan, dapat berbicara pada usia 14 bulan, riwayat imunisasi tidak lengkap hanya sampai DPT 1. Terapi pasien PPC 900.000 UI, ADS 10.000 UI, dexametason, paracetamol tablet, D5 ¼ NS, RL, PPC 1,2 juta UI. Pengobatan Difteri merupakan upaya paling efisien mencegah penyebaran Difteri. Status gizi dan malnutrisi sangat berhubungan dengan mortalitas Difteri.

Kata Kunci: Difteri, Tonsilitis, Imunisasi, *Corynebacterium Diphtheriae*, Anak

PENDAHULUAN

Difteri (DPT) penyakit yang sangat menular, dapat dicegah dengan imunisasi, dan disebabkan oleh bakteri gram positif *Corynebacterium diphtheriae* strain toksin. Penyakit ini ditandai dengan adanya peradangan pada tempat infeksi, terutama pada selaput mukosa faring, laring, tonsil, hidung dan juga pada kulit (CDC Atlanta, 2016).

Manusia adalah satu-satunya reservoir *Corynebacterium diphtheriae*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak langsung dari lesi di kulit. Tanda dan gejala berupa infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) bagian atas, adanya nyeri tenggorok, nyeri menelan, demam tidak tinggi (kurang dari 38,5°C), dan ditemui adanya *pseudomembrane* putih/keabu-abuan/kehitaman di tonsil, faring, atau laring yang tak mudah lepas, serta berdarah apabila diangkat. Sebanyak 94 % kasus Difteri mengenai tonsil dan faring. Ada dua jenis difteri: pernapasan dan kulit. Difteri pernapasan melibatkan

hidung, tenggorokan, dan amandel, sedangkan difteri kulit melibatkan kulit. Gejala difteri yang paling khas adalah terbentuknya lapisan abu-abu tebal pada tenggorokan dan amandel. Difteri pernapasan muncul sebagai sakit tenggorokan disertai demam ringan dan selaput yang menempel pada amandel, faring, atau hidung. Pembengkakan leher biasanya terjadi pada penyakit yang parah. Difteri pernapasan dapat menyebabkan masalah pernapasan yang parah, gagal jantung, kelainan darah, kelumpuhan, koma, dan bahkan kematian (CDC Atlanta, 2016).

Difteri ditularkan dari orang ke orang melalui kontak dekat dengan cairan yang keluar dari mata, hidung, tenggorokan, atau kulit orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul dua hingga lima hari setelah infeksi, dengan kisaran satu hingga sepuluh hari. Pada keadaan lebih berat dapat ditandai dengan kesulitan menelan, sesak nafas, stridor dan pembengkakan leher yang tampak seperti leher sapi (*bullneck*). Kematian biasanya

terjadi karena obstruksi/sumbatan jalan nafas, kerusakan otot jantung, serta kelainan susunan saraf pusat dan ginjal (CDC Atlanta, 2016).

Difteri yang tidak diobati dan terinfeksi kuman difteri dapat menularkan penyakit hingga empat minggu. Jika pasien diobati dengan tepat, masa penularan dapat dibatasi hingga kurang dari empat hari. Angka kematian adalah sekitar 50%, sedangkan dengan terapi angka kematiannya sekitar 10%, (CDC *Manual for the Surveilans of Vaccine Preventable Diseases*, 2017). Angka kematian Difteri rata-rata 5 - 10% pada anak usia kurang 5 tahun dan 20% pada dewasa (diatas 40 tahun) (CDC Atlanta, 2016).

Pemulihan dari difteri tidak selalu diikuti dengan kekebalan yang bertahan lama. Langkah pengendalian yang paling efektif adalah mempertahankan tingkat imunisasi setinggi mungkin di masyarakat. Metode pengendalian lainnya termasuk penanganan kasus secara cepat dan program pengawasan masyarakat.

TINJAUAN PUSTAKA

Tonsil berfungsi membantu menyerang bakteri dan mikroorganisme lainnya sebagai tindakan pencegahan terhadap infeksi. Tonsil bisa dikalahkan oleh bakteri maupun virus, sehingga tonsil dapat membengkak dan meradang yang disebut dengan tonsilitis. Tonsillitis dapat terjadi pada semua umur terutama pada anakanak usia sekolah yaitu 5-15 tahun (Manurung, 2016).

Faktor risiko terjadinya peradangan pada tonsil yaitu karena kuman masuk mulut bersamaan dengan makanan atau minuman. Anak-anak usia sekolah sangat menyukai makanan yang mengandung bahan pewarna buatan, pengawet, pemanis buatan dan

minuman dingin yang dapat menyebabkan peradangan pada tenggorokan atau infeksi pada tonsil (Rimbi, 2019). Faktor lain yang dapat memicu timbulnya tonsilitis kronis yaitu rokok, cuaca, keadaan jasmani yang lemah, kebersihan mulut, dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak berhasil (Mahdang, 2022).

Difteri ditularkan dari orang ke orang melalui kontak dekat dengan cairan yang keluar dari mata, hidung, tenggorokan, atau kulit orang yang terinfeksi. Gejala biasanya muncul dua hingga lima hari setelah infeksi, dengan kisaran satu hingga sepuluh hari. Pada keadaan lebih berat dapat ditandai dengan kesulitan menelan, sesak nafas, stridor dan pembengkakan leher yang tampak seperti leher sapi (*bullneck*) (Hartoyo, 2018).

METODOLOGI PENELITIAN

Presentasi Kasus

Pasien anak usia 2 tahun 11 bulan dengan berat badan 11 kg dan tinggi badan 85 cm dengan bengkak di leher sebelah kiri sehingga nyeri telan juga mengeluh demam sejak 05 Desember 2024. Pasien mengalami berkurangnya nafsu makan dan minum dikarenakan sulit untuk menelan. Pasien sebelumnya rawat inap di rumah sakit X dengan diagnosa *S.Difteri* Tonsil Laring dan mendapat terapi injeksi intermoxil, injeksi kalmetason, injeksi santagesic dan sirup apetic. Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB) dalam batas normal. Pasien Masuk Rumah Sakit (MRS) tanggal 07 Desember 2024 dan Keluar Rumah Sakit (KRS) 16 Desember 2024 sehingga total lama rawat inap/*Length Of Stay* (LOS) 10 hari. Pasien didiagnosa *S.Diphtheri* Tonsil Laring + *Underimmunization+Low Intake*. Pasien memiliki riwayat keluarga terkena mumps tetapi sudah membaik. Mendapatkan ASI

sampai dengan usia 2 tahun, MPASI sampai usia 6 bulan, makanan keluarga sampai usia 1 tahun, riwayat tumbuh kembang duduk dengan kepala tegak pada usia 6 bulan, bisa tengkurap pada usia 4 bulan, bisa berjalan pada usia 15 bulan, dapat berbicara pada usia 14 bulan, riwayat imunisasi tidak lengkap hanya sampai DPT 1. Pasien dengan riwayat imunisasi yang tidak lengkap.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum lemah, Glasgow Coma Scale (GCS) pasien adalah 4/5. Denyut nadi 102 kali/menit, frekuensi pernafasan 25 kali/menit, suhu aksila 37 °C, saturasi oksigen 98%. Data pemeriksaan laboratorium Hemoglobin 11,8; Eritrosit 4,53; Hematokrit 37,2; Leukosit 127000; Trombosit 291000; *Mean Corpuscular Volume (MCV)* 82,1; *Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH)* 26,0; *Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC)* 31,7; Basofil 0,9; Eosinofil 1,8; Neutrofil 42,4; Limfosit 50,8; Monosit 4,1. Data

Serum *Glutamic Pyruvate Transaminase (SGPT)* 45; Serum *Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)* 48; Albumin 3,97; Blood Urea Nitrogen (BUN) 5,0; Serum Kreatinin (SK) 0,3; C Reactive Protein (CRP) 6,27; Kalsium 8,7; Kalium 4,60; Natrium 137; Klorida 97,0.

Pasien juga dilakukan Swab Throat (tenggorok) sebanyak tiga kali pada hari yang berbeda yaitu pada tanggal 07,08 dan 13 Desember. Dari hasil ketiga Swab Throat (tenggorok) tidak didapatkan pertumbuhan bakteri *Corynebacterium diphtheriae* dinyatakan negatif akan tetapi kondisi klinis mendukung diagnose s. difteri tonsil laring tersebut.

Terapi yang diterima pasien anak umur 2 tahun ini selama rawat inap adalah infus D5 1/4 NS tiap 24 jam, Ringer Laktat tiap 24 jam, Paracetamol 3x120 mg peroral bila demam, injeksi Dekametason 3x 1 ampul intravena, Penicillin Procaïn 900.000 UI, ADS 100.000 UI.

PEMBAHASAN

Pasien ini mendapatkan terapi infus D5 1/4 NS tiap 24 jam, Ringer Laktat tiap 24 jam, Paracetamol 3x120 mg peroral bila demam, injeksi Dekametason 3x 1 ampul intravena, Penicillin Procaïn 900.000 UI, ADS 100.000 UI. Tata laksana terapi kasus Difteri Tonsil Laring diberikan ADS total 80.000 UI.

Pada kasus difteri tatalaksana dimulai dengan pemberian Anti Difteri Serum (ADS) dan antibiotik tanpa perlu konfirmasi laboratorium (kultur baik swab/apus tenggorok). Penderita difteria diisolasi sampai tidak menular yaitu 48 jam setelah pemberian antibiotik. Namun tetap dilakukan kultur setelah pemberian antibiotik. Secepat mungkin diberikan setelah melakukan tes

hipersensitivitas terhadap ADS; pemberian antitoksin secara dini sangat penting dalam hal kesembuhan. Sebelum pemberian ADS harus dilakukan uji kulit terlebih dahulu, oleh karena pada pemberian ADS dapat terjadi reaksi anafilaktik, sehingga harus disediakan larutan adrenalin 1:1000 dalam semprit. Uji kulit dilakukan dengan penyuntikkan 0,1 ml ADS dalam larutan garam fisiologis 1:1.000 secara intrakutan. Hasil positif bila dalam 20 menit terjadi indurasi > 10 mm. Bila uji kulit positif, ADS diberikan dengan cara desensitisasi (*Besredka*). Bila uji hipersensitivitas tersebut diatas negatif, ADS harus diberikan sekaligus secara intravena. Dosis ADS ditentukan secara empiris

berdasarkan berat penyakit dan lama sakit, tidak tergantung pada berat badan penderita, berkisar antara 20.000-100.000 KI. Pemberian ADS intravena dalam larutan garam fisiologis atau 100 ml glukosa 5% dalam 1-2 jam. Pengamatan terhadap kemungkinan efek samping obat dilakukan selama pemberian antitoksin dan selama 2 jam berikutnya. Demikian pula perlu dimonitor terjadinya reaksi hipersensitivitas lambat (*serum sickness*). Kemungkinan terjadi reaksi anafilaksis sekitar 0,6% yang terjadi beberapa menit setelah pemberian ADS. Reaksi demam (4%) setelah 20 menit-1 jam, *serum sickness* (8,8%) 7-10 hari kemudian. Menegakkan diagnosis melalui kultur bakteri yang tepat. Pemberian antibiotika. Antibiotika Penicillin procaine IM 25.000-50.000 U/kg BB maks 1,5 juta selama 14 hari, atau Eritromisin oral atau injeksi diberikan 40 mg/KgBB/hari maks 2 g/hari interval 6 jam selama 14 hari.

Perawatan suportif termasuk perhatian khusus untuk mempertahankan patensi saluran napas bila terdapat membran laring atau faring ekstensif. Lakukan penilaian apakah ditemukan keadaan gawat napas akibat obstruksi salurannapas karena membran dan edema perifaringeal maka lakukan trakeostomi (Sujati, 2025). Observasi jantung ada/tidaknya miokarditis, gangguan neurologis, maupun ginjal. Kortikosteroid dapat diberikan kepada penderita dengan gejala obstruksi saluran nafas bagian atas, dan bila terdapat penyulit miokarditis diberikan prednison 2 mg/KgBB selama 2 minggu kemudian diturunkan bertahap. Pada fase konvalesens diberikan vaksin difteri toksoid disesuaikan status imunisasi penderita.

Pemulangan penderita harus memperhatikan hal-hal seperti

setelah pengobatan tetap dilakukan pengambilan kultur pada Penderita (sebaiknya pada hari ke 8 dan ke 9 pengobatan). Apabila klinis Penderita setelah terapi baik (selesai masa pengobatan 10 hari), maka dapat pulang tanpa menunggu hasil kultur laboratorium. Sebelum pulang penderita diberi penyuluhan komunikasi risiko dan pencegahan penularan oleh petugas. Setelah pulang, Penderita tetap dipantau oleh Dinas Kesehatan setempat sampai mengetahui hasil kultur terakhir negatif. Semua Penderita setelah pulang harus melengkapi imunisasi nya sesuai usia. Penderita yg mendapat ADS harus diimunisasi lengkap 3x setelah 4-6 minggu dari saat ADS diberikan.

KESIMPULAN

Pengobatan medis untuk Difteri dengan diagnosis yang tepat, merupakan landasan dalam pengelolaan dan pengendalian Difteri. Hal ini relevan dari perspektif klinis dan kesehatan masyarakat, karena Difteri merupakan penyakit menular yang ditularkan melalui kontak dekat dengan cairan yang keluar dari mata, hidung, tenggorokan, atau kulit orang yang terinfeksi.. Pengobatan Difteri merupakan upaya paling efisien mencegah penyebaran Difteri. Obat Penicillin Procaïn dan serum Anti Difteri (ADS) adalah komponen terpenting pada pengobatan Difteri. Untuk menurunkan terjadinya mortalitas pada Difteri dapat dicegah dengan imunisasi lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifah, F. G., & Setiaji, B. (2019). Surveilans Kasus Difteri Rawat Inap Di Rspi Prof. Dr. Sulianti Saroso Tahun 2015-2017. *Indonesian Journal Of Infectious Disease*, 5(2), 31-40.
- Hartoyo, E. (2018). Difteri Pada Anak. *Sari Pediatri*, 19(5), 301-306.
- Hutauruk, S. M., Fardizza, F., & Aristya, S. (2018). Tonsilitis Difteri Dengan Sumbatan Jalan Napas Atas. *Oto Rhino Laryngologica Indonesiana*, 48(1), 95-101.
- Ilham Saiful Fauzi, Nuning Nuraini, Ade Maya Sari, Imaniah Bazlina Wardani, Delsi Taurustiati, Purnama Magdalena Simanullang, Bony Wiem Lestari. (2024). Menilai Dampak Vaksinasi Penguat Terhadap Penularan Difteri: Pemodelan Matematika Dan Pemetaan Zona Risiko. 245-262. Published Online 2024 Jan 17
- Ilhani, P. A. (2023). Penerapan Pemberian Menonton Video Game Padapasien An. A Dengan Tonsilitis Dalam Penurunan Ansietas Di Paviliun Ade Irma Suryani Rspad Gatot Soebroto.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Direktorat Surveilans Dan Karantina Kesehatan Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit, Jakarta.
- Kumoro, B., Sulawati, I., & Indra, D. O. (2025). Difteri Tonsil Faring Dengan Bullneck: Laporan Kasus. *Journal Of Syntax Literate*, 10(1).
- M. T. Traugott, S. Pleininger, S. Inschlag-Tisch, B. Eder, T. Seitz, A. Merrelaar, J. Reiß-Kornfehl, J. Fussi, S. Schindler, M. Blaschitz, F. Heger, A. Indra, M. Karolyi, M. Staudacher, T. Oelschlaegel, W. Hoepler, S. Neuhold, C. Wenisch. (2023). A Case Of Fulminant Respiratory Diphtheria In A 24-Year-Old Afghan Refugee In Austria In May2022; 51(2): 489-495.
- Mahdang, P. A., Km, S., Kkk, M., Sarinah Basri, K., Kes, S. K. M. M., Maksum, T. S., ... & Aulia, U. (2022). Epidemiologi Penyakit Menular. *Media T, Editor*, 27-37.
- Manurung, R. (2016). Gambaran Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Tonsilitis Pada Remaja Putri Di Akper Imelda Medan Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 2(1), 28-31.
- Margaret M. Williams, Jessica L. Waller, Janessa S. Aneke, Michael R. Weigand, Maureen H. Diaz, Katherine E. Bowden, Ashley K. Simon, Yanhui Peng, Lingzi Xiaoli, Pamela K. Cassiday, Jonas Winchell, M. Lucia Tondella. (2020). Detection And Characterization Of Diphtheria Toxin Gene-Bearing *Corynebacterium* Species Through A New Real-Time Pcr Assay J Clin Microbiol. 58(10): E00639-20. Prepublished Online 2020 Jul 29.
- Meshram Rm, Patil A. (2018). Int J Contemp Pediatr ,Clinical Profile And Outcome Of Diphtheria In Central India: A Retrospective Observational Study;5:1600-1605
- Murhekar M. (2017). Am J Trop Med Hyg,Epidemiology Of Diphtheria In India, 1996-2016: Implications For Prevention And Control.97:313-318.
- Qurniyawati, E., Azzahra, A., Shabrina, I. N., & Ananda, F. H. (2024). Relationship

- Between Immunization Coverage And Diphtheria Incidence In East Java 2023. *Media Gizi Kesmas*, 13(2), 608-613.
- Qurniyawati, E., Azzahra, A., Shabrina, I. N., & Ananda, F. H. (2024). Relationship Between Immunization Coverage And Diphtheria Incidence In East Java 2023. *Media Gizi Kesmas*, 13(2), 608-613.
- Rimbi, N. (2019). *Buku Cerdik Penyakit-Penyakit Menular*. Saufa.
- Saunders, R., & Suarca, I. K. (2019). Diagnosis Dan Tata Laksana Difteri. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(2), 98-101.
- Solohery L. Razafimahatratra, Arthur Menezes, Amy Wesolowski, Lala Rafetrarivony, Simon Cauchemez, Razafindratsimandresy, Aina Harimanana, Tania Crucitti, Jean Marc Collard, C. J. E. (2022). Leveraging Serology To Titrate Immunisation Programme Functionality For Diphtheria In Madagascar. *Metcalf Epidemiol Infect.* 150: E39
- Sujati, N. K., Maidartati, M., Surani, V., Puspita, L. M., Husniawati, N., Ifadah, E., ... & Judijanto, L. (2025). *Tindakan Keperawatan: Pada Sistem Pernapasan, Kardiovaskular Dan Pencernaan*. Pt. Green Pustaka Indonesia.
- Sulawati, I., & Onesimus, D. (2025). Difteri Tonsil Faring Dengan Bullneck: Laporan Kasus. *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 10(1), 141-146.