

ABSES PERITONSIL : MANIFESTASI KLINIS, DIAGNOSIS, DAN TATALAKSANA

Siti Raodatul Jannah Tunairin^{1*}, Eka Arie Yuliyani², Imey Pinasty Harianto Putri³, I Putu Aryana Kusuma Putra⁴, Novanda Ayu Dila Putri Pambudi⁵

Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram, Mataram, Indonesia^{1,2,3,4,5}

*Corresponding Author : jannahtsitiraodatul@gmail.com

ABSTRAK

Abses peritonsil atau quinsy merupakan infeksi leher dalam yang paling sering terjadi dan umumnya muncul sebagai komplikasi tonsilitis akut. Penyakit ini ditandai oleh akumulasi pus pada ruang peritonsil yang dapat menimbulkan odinofagia, trismus, demam, dan risiko obstruksi jalan napas yang mengancam jiwa. Permasalahan utama pada kondisi ini adalah keterlambatan diagnosis dan penatalaksanaan yang dapat meningkatkan risiko komplikasi serius. Oleh karena itu, artikel ini bertujuan untuk meninjau secara komprehensif definisi, epidemiologi, etiologi, anatomi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis, tatalaksana, komplikasi, dan prognosis abses peritonsil. Artikel ini menggunakan metode tinjauan literatur sistematis melalui penelusuran database ilmiah melalui PubMed, ScienceDirect, Scopus, dan Google Scholar. Kriteria inklusi adalah artikel 10 tahun terakhir yang relevan dengan topik, dan data dikumpulkan dan dianalisis untuk memperoleh pemahaman komprehensif mengenai penyakit ini. Hasil telaah menunjukkan bahwa abses peritonsil umumnya disebabkan oleh *Streptococcus* dan *Staphylococcus aureus*. Diagnosis ditegakkan secara klinis dan dikonfirmasi dengan aspirasi jarum sebagai gold standard, serta dapat diperkuat dengan ultrasonografi atau CT scan. Penatalaksanaan meliputi drainase abses, pemberian antibiotik, terapi suportif, dan tonsilektomi pada kasus tertentu. Kesimpulannya, abses peritonsil merupakan infeksi serius yang membutuhkan diagnosis dini serta penanganan yang cepat dan tepat untuk mencegah komplikasi fatal dan meningkatkan prognosis pasien. Dengan pemahaman menyeluruh mengenai aspek klinis dan pilihan tatalaksana, tenaga kesehatan diharapkan mampu mengambil keputusan yang lebih tepat dan memberikan perawatan optimal bagi penderita.

Kata kunci : abses peritonsil, diagnosis, infeksi, tatalaksana

ABSTRACT

*Peritonsillar abscess, also known as quinsy, is the most common deep neck infection and typically arises as a complication of acute tonsillitis. It is characterized by the accumulation of pus in the peritonsillar space, which may cause odynophagia, trismus, fever, and a potentially life threatening risk of airway obstruction. The main issue in this condition is delayed diagnosis and management, which can increase the risk of serious complications. Therefore, this article aims to comprehensively review the definition, epidemiology, etiology, anatomy, pathophysiology, clinical manifestations, diagnosis, management, complications, and prognosis of peritonsillar abscess. This article employed a systematic literature review by searching scientific databases including PubMed, ScienceDirect, Scopus, and Google Scholar. Inclusion criteria consisted of relevant articles published within the last ten years, and the collected data were analyzed to obtain a comprehensive understanding of this condition. The findings indicate that peritonsillar abscess is commonly caused by *Streptococcus* and *Staphylococcus aureus*. Diagnosis is primarily established clinically and confirmed by needle aspiration as the gold standard, and may be supported by ultrasonography or CT scan. Management includes abscess drainage, administration of antibiotics, supportive therapy, and tonsillectomy in selected cases. In conclusion, peritonsillar abscess is a serious infection that requires early diagnosis and prompt, appropriate treatment to prevent fatal complications and improve patient prognosis. A comprehensive understanding of clinical aspects and management options is expected to support healthcare providers in making accurate decisions and delivering optimal care.*

Keywords : diagnosis, infection, management, peritonsillar abscess

PENDAHULUAN

Abses peritonsil atau quinsy merupakan komplikasi supuratif tersering dari tonsilitis akut yang ditandai dengan akumulasi pus pada ruang peritonsil di dekat pilar tonsil palatina yang dapat menimbulkan odinofagia, trismus, demam, dan risiko obstruksi jalan napas atas (Galioto, 2017; Marbun, 2016). Secara epidemiologis, abses peritonsil menyumbang proporsi tertinggi kasus infeksi jaringan lunak kepala-leher dengan insidensi dilaporkan bervariasi secara global, berkisar 10-45 kasus per 100.000 populasi per tahun, dengan puncak pada remaja dan dewasa muda (Castagnini et al., 2016; Seyhun et al., 2018). Kajian mikrobiologi menunjukkan bahwa abses peritonsil umumnya bersifat polimikrobal dengan dominasi *Streptococcus β-hemolitik* grup A, *Streptococcus anginosus*, *Staphylococcus aureus*, serta beberapa bakteri anaerob yang berpotensi menyebar ke ruang parafaring dan menimbulkan komplikasi intrakranial (Galioto, 2017; Saar et al., 2023; Slouka et al., 2020). Diagnosis ditegakkan secara klinis dan dikonfirmasi melalui aspirasi jarum sebagai gold standard, disertai dukungan pencitraan seperti ultrasonografi atau CT untuk meningkatkan akurasi identifikasi koleksi pus (Voruz et al., 2025; Galioto, 2017).

Tatalaksana abses peritonsil meliputi drainase (aspirasi atau insisi), pemberian antibiotik, terapi suportif, dan pada kondisi tertentu tonsilektomi (Galioto, 2017; Chang et al., 2016). Perdebatan mengenai superioritas aspirasi dibandingkan insisi masih berlangsung, meskipun beberapa studi terkini mengevaluasi kembali efektivitas insisi dalam era antibiotik modern (Chang et al., 2016; Ketterer et al., 2023). Pada populasi anak, penatalaksanaan memerlukan pendekatan khusus terkait perbedaan anatomi dan pola inflamasi (Galluzzi et al., 2024). Faktor anatomi orofaring tertentu diduga turut berperan dalam predisposisi terbentuknya abses peritonsil (Gopalakrishnan et al., 2024), sementara inovasi model simulator klinis dilaporkan berkontribusi pada peningkatan keterampilan operatif (Marouf et al., 2024). Meskipun telah banyak kajian membahas aspek etiologi, diagnosis, dan penatalaksanaan, sebagian besar belum mengintegrasikan secara komprehensif aspek epidemiologi, anatomi, patofisiologi, manifestasi klinis, hingga komplikasi. Hal ini menjadi dasar kebaruan artikel ini yang menyoroti urgensi diagnosis dini dan tatalaksana tepat guna mencegah komplikasi fatal, serta menyajikan tinjauan sistematis mengenai definisi, epidemiologi, etiologi, anatomi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis, tatalaksana, komplikasi, dan prognosis abses peritonsil (Rahmah et al., 2023).

Oleh karena itu, artikel ini bertujuan untuk meninjau secara komprehensif definisi, epidemiologi, etiologi, anatomi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis, tatalaksana, komplikasi, dan prognosis abses peritonsil.

METODE

Penulisan artikel ini menggunakan metode *literature review* naratif yang disusun dengan menelaah literatur terkait abses peritonsil. Penelusuran literatur dilakukan melalui database ilmiah seperti PubMed, ScienceDirect, Scopus, dan Google Scholar sebagai Lokasi pengambilan data sekunder dan dilakukan secara daring. Penelusuran literatur dilakukan secara sistematis dengan menggunakan kata kunci “peritonsillar abscess”, “epidemiology”, “pathophysiology”, “diagnosis”, dan “management”. Kriteria inklusi meliputi artikel berbahasa Indonesia atau Inggris yang membahas topik secara relevan dan diterbitkan dalam 10 tahun terakhir. Literatur yang memenuhi kriteria dianalisis secara kualitatif dan disusun secara deskriptif untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif berdasarkan data yang tersedia. Data dianalisis secara deskriptif-kualitatif melalui proses identifikasi, seleksi, ekstraksi, dan sintesis isi artikel terpilih tanpa melakukan perhitungan statistik. Karena penelitian ini hanya menggunakan data sekunder dari artikel yang telah dipublikasikan dan tidak melibatkan subjek manusia secara langsung, maka uji etik penelitian tidak diperlukan.

HASIL

Definisi

Abses peritonsil, yang dikenal juga sebagai Quinsy, adalah suatu kondisi yang melibatkan penumpukan nanah di dalam rongga antara jaringan ikat longgar yang berada di sisi tengah fossa tonsilaris dan otot konstriktor faring superior. Komplikasi ini memiliki potensi untuk menyebar ke ruang parapharyngeal, serta ruang leher lainnya, bahkan dapat menyebar ke struktur terdekat dan masuk ke dalam aliran darah. Meskipun abses peritonsil sering terjadi, namun jika penanganannya tidak tepat atau terlambat, dapat berakibat fatal (Tsai, Liu, & Su, 2018). Abses peritonsil dapat muncul sebagai komplikasi dari tonsilitis akut. Meskipun tonsilitis biasanya muncul sebelum abses peritonsil dan lebih umum terjadi pada pasien anak, namun abses peritonsil juga dapat terjadi pada pasien dewasa, termasuk dewasa muda (Rahmah, Sangging, & Himayani, 2023). Oleh karena itu, penting untuk mengenali gejalanya dan melakukan penanganan yang tepat sesegera mungkin untuk mencegah kemungkinan komplikasi yang lebih serius.

Epidemiologi

Abses peritonsil merupakan salah satu jenis abses leher dalam yang paling umum terjadi, dengan angka kejadian sekitar 10 hingga 45 per 100.000 orang. Dalam hal ini, abses peritonsil menyumbang sekitar 30% dari semua kasus infeksi jaringan lunak di kepala dan leher. Diantara individu yang berusia di bawah 20 tahun, insiden abses peritonsil berkisar antara 0,82 hingga 0,94 kasus per 10.000 pasien. Meskipun kondisi ini dapat dialami oleh semua kelompok usia, namun paling sering ditemukan pada remaja dan dewasa muda, dengan usia rata-rata saat diagnosis mencapai 13-14 tahun (Castagnini, Goyal, & Ongkasuwan, 2016). Abses leher dalam, yang merupakan kondisi infeksi berpotensi fatal, terjadi ketika lapisan fascia servikalis yang dalam mengalami infeksi. Tingkat morbiditas dan mortalitasnya sangat bervariasi, berkisar antara 1,6 hingga 40 persen, menunjukkan tingkat keparahan dan risiko yang signifikan bagi penderitanya. Merupakan penyakit yang pertama kali disebutkan pada abad ke-14, abses peritonsil memerlukan penanganan yang tepat dan cepat untuk mengatasi penyakit ini secara efektif dan mencegah kemungkinan komplikasi yang lebih serius (Marbun, 2016).

Etiologi

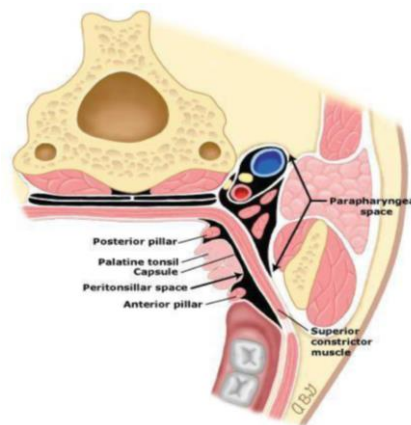
Abses peritonsil umumnya disebabkan oleh infeksi mikroba. Pada banyak penelitian, disebutkan bahwa patogen yang paling sering terdeteksi adalah spesies *Streptococcus* (*Streptococcus* α -hemolitik dan β -hemolitik dan kelompok *Streptococcus anginosus*) dan *Staphylococcus aureus*, terdeteksi sendiri atau dalam kombinasi satu sama lain atau dengan patogen lain, baik aerob maupun anaerob. Pada kasus anak, infeksi patogen campuran dengan anaerob lebih sering terjadi dibandingkan patogen aerobik saja (Esposito *et al.*, 2022).

Anatomi

Ruang peritonsil dibentuk oleh pilar anterior (arcus palatoglossus) dan pilar posterior (arcus palatopharyngeus). Ruang ini berhubungan dengan *torus tubarius* dibagian atas dan dibatasi oleh *sinus piriformis* di bagian bawah. Ruang ini sebagian besar terdiri dari jaringan ikat longgar sehingga infeksi yang berat dapat membentuk pus. Sepasang organ limfoid terletak diantara pilar anterior dan posterior disebut tonsil palatina. Tonsil palatina dikelilingi oleh kapsul tipis yang memisahkannya dengan otot konstriktor superior dan bagian tengah seperti yang ditunjukkan pada gambar 1. (Marbun, 2016).

Faring dibagi menjadi tiga bagian utama, yaitu nasofaring, orofaring, serta laringofaring. Nasofaring terletak diatas palatum molle, Nasofaring berada di bagian atas palatum molle, orofaring menempati area antara palatum molle dan tulang hyoid, sedangkan laringofaring

meluas dari tulang hyoid hingga ke tepi bawah kartilago krikoid. Berdasarkan letaknya, menyebabkan orofaring dapat terbuka ke rongga mulut pada bagian pilar anterior dari faring. Sedangkan palatum molle dengan nama lain *vellum palati*, yang tersusun atas serabut otot yang ditutupi jaringan fibrosa serta lapisan mukosa. Pada palatum molle terdapat penonjolan di bagian tengah yang membelahnya menjadi dua sisi, dengan ujung yang menonjol ke bawah disebut uvula (Marbun, 2016). Tonsilaris (*plica triangularis*) merupakan bagian yang membentuk lipatan dan dilapisi oleh mukosa tipis menutupi seluruh bagian pilar bagian depan dan sebagian sisi anterior tonsil. Supratonsil (*plica semilunaris*) merupakan lipatan bagian atas mukosa yang menggabungkan kedua pilar. Celah yang terletak diatas tonsil dan berada diantara pilar anterior dan posterior dengan ukuran yang variatif disebut fossa supratonsil. *Tonsilla pharyngealis* merupakan komponen utama dari cincin *waldeyer* (Marbun, 2016).



Gambar 1. Ruang Peritonsil

Patofisiologi

Abses peritonsil umumnya berkembang akibat tonsilitis akut, meskipun dapat ditemukan tanpa riwayat tonsilitis sebelumnya, misalnya langsung diakibatkan oleh bakteri maupun faktor risiko berupa usia. Infeksi menyebar ke kapsul tonsil sehingga memicu peritonsilitis serta membentuk pus. Bagian superior dan lateral fossa tonsillaris didominasi jaringan ikat longgar, sehingga supurasi lebih sering menginfiltrasi ruang potensial peritonsil di area ini dan menyebabkan perubahan pada palatum molle mengalami inflamasi. Selain itu, abses ini dapat berkembang pada bagian inferior meskipun jarang terjadi. Pada fase infiltrat, inflamasi disertai dengan gambaran permukaan yang kemerahan. Apabila proses berlanjut, supurasi akan timbul dan menyebabkan jaringan menjadi lunak dengan warna kekuningan (Galioto, 2017; Manojlovic, 2016; Marbun, 2016).

Inflamasi peritonsil akan mendorong tonsil bergeser ke medial, anterior, serta inferior, disertai uvula yang membengkak dan mengalami deviasi. Apabila dibiarkan, perkembangan peradangan pada jaringan sekitarnya dapat memicu iritasi otot pterygoid medial dan menyebabkan trismus. Kelenjar Weber dapat memainkan peran kunci dalam pembentukan abses peritonsilar. Kelenjar ini terletak di ruang yang lebih superior dari tonsil di langit-langit lunak dan terhubung ke permukaan tonsil oleh saluran. Kelenjar ini juga membersihkan area tonsil dari sisa-sisa kotoran, dan jika kelenjar Weber meradang, saluran ke permukaan tonsil menjadi semakin terhambat. Nekrosis jaringan yang dihasilkan dan pembentukan nanah menghasilkan tanda dan gejala klasik abses peritonsilar (Galioto, 2017; Marbun, 2016).

Manifestasi Klinis

Abses peritonsil menampilkan gejala yang mencakup demam, nyeri saat menelan, kesulitan membuka mulut, serta perubahan pada penampilan langit-langit mulut. Beberapa pasien bahkan mungkin mengalami rasa sakit pada telinga. Trismus, yang merupakan kesulitan

membuka mulut, seringkali menjadi indikasi penting bahwa seseorang mungkin mengalami abses peritonsilar, dan hal ini dapat disebabkan oleh peradangan pada otot di sekitar tonsil palatina. Kesulitan menelan atau rasa sakit yang parah saat menelan juga dapat menyebabkan dehidrasi, terutama pada anak-anak yang lebih kecil (Castagnini, Goyal, & Ongkasuwan, 2016). Selain gejala yang telah disebutkan, pasien dengan abses peritonsilar juga dapat mengalami bau mulut yang tidak sedap bahkan muntah. Selain itu, dokter juga dapat menemukan akumulasi nanah di sekitar tonsil dan otot-otot di belakang tenggorokan yang dikenal sebagai kapsul tonsil dan otot konstriktor faring pada pemeriksaan fisik. (Rahmah, Sangging, & Himayani, 2023). Hal ini menambah kompleksitas diagnosis dan menekankan pentingnya identifikasi gejala secara komprehensif dalam menangani kondisi ini.

Diagnosis

Abses peritonsil dapat didiagnosa secara klinis melalui anamnesis, kemudian dipastikan dengan pemeriksaan fisik. Anamnesis terkait informasi dari pasien harus dilakukan sebelum pemeriksaan dilakukan, dan tindakan aspirasi dapat dilakukan sebagai *gold standart* dalam penegakan diagnosis abses peritonsil. Tindakan ini disebut juga punksi, dengan melakukan tusukan pada bagian tubuh paling fluktuatif yang dicurigai. Punksi dilakukan dengan tujuan untuk mengumpulkan pus dari abses. Selanjutnya, pus akan diperiksa untuk mengetahui jenis kuman yang menyebabkan abses peritonsil (Marbun, 2016). Pemeriksaan penunjang juga dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis maupun menentukan tatalaksana yang sesuai. Ultrasonografi dapat dilaksanakan sebagai pemeriksaan penunjang awal untuk membedakan antara diagnosis selulitis atau fase awal dari abses yang dicurigai (Marbun, 2016). Pemeriksaan darah lengkap untuk melihat peningkatan jumlah sel darah putih dan *C-Reactive Protein* (CRP) yang mengindikasikan terjadinya infeksi (Castagnini, Goyal & Ongkasuwan, 2016).

Pemeriksaan radiologi juga dapat dilakukan untuk menentukan posisi abses. Pemeriksaan radiografi sederhana diambil dengan orientasi anteroposterio dapat memvisualisasikan adanya distorsi jaringan, dan untuk menegakkan lokasi abses dapat dilakukan *CT scan*. *CT scan* dapat menunjukkan letak abses melalui penampakan area dengan densitas rendah akibat akumulasi eksudat pada tonsil yang terinfeksi, selain itu berpotensi menunjukkan citra perbesaran asimetrik dari tonsil. Gambaran hasil *CT scan* umumnya digunakan untuk membantu rencana operasi, seperti yang ditunjukkan pada gambar 2. (Marbun, 2016).



Gambar 2. CT Scan Abses Peritonsil Kanan

Tatalaksana

Abses peritonsil merupakan kondisi medis yang serius dan memerlukan penanganan yang tepat. Pengobatan utamanya terdiri dari tiga komponen utama, yaitu drainase abses, pemberian antibiotik, dan terapi suportif. Prosedur drainase abses dapat dilakukan melalui berbagai

metode, termasuk aspirasi jarum, insisi dan drainase, atau tonsilektomi segera. Kombinasi pengeluaran abses dengan antibiotik yang tepat dapat menyebabkan pemulihan pada sebagian besar pasien dengan tingkat kesembuhan lebih dari 90%. Namun, penting untuk dicatat bahwa tonsilektomi segera tidak selalu lebih efektif dibandingkan dengan metode drainase lainnya. Pemilihan antibiotik awal harus memperhatikan organisme yang paling umum terkait dengan abses peritonsil, seperti *Streptococcus* grup A dan anaerob oral. Meskipun penisilin intravena saja cukup efektif dalam beberapa kasus, keputusan untuk menggunakan antibiotik yang lebih luas seringkali dipengaruhi oleh respon klinis pasien setelah periode tertentu dari terapi antibiotik. Oleh karena itu, penanganan abses peritonsil harus didasarkan pada evaluasi individu terhadap setiap kasus, dengan mempertimbangkan respons terhadap terapi, risiko komplikasi, dan indikasi untuk tonsilektomi (Galioto, 2017).

Komplikasi

Komplikasi potensial berupa dehidrasi akibat asupan makanan yang tidak mencukupi serta pecahnya abses yang dapat mengakibatkan perdarahan, aspirasi paru, atau pyemia. Abses yang pecah dapat menyebabkan komplikasi serius seperti perdarahan, aspirasi paru, dan penyebaran infeksi ke daerah parafaring dan intrakranial. Hal ini dapat mengakibatkan abses parafaring, trombus sinus kavernosus, meningitis, dan abses otak. Oleh karena itu, penanganan yang tepat diperlukan untuk mencegah komplikasi-komplikasi ini. Penanganan yang tidak tepat dapat menimbulkan gangguan neurologis yang serius. Komplikasi lain yang mungkin timbul meliputi endokarditis, nefritis, dan peritonitis (Marbun, 2016).

Prognosis

Penanganan abses peritonsil yang optimal melibatkan terapi antibiotik yang memadai serta drainase abses. Mayoritas pasien mengalami kesembuhan dalam beberapa hari setelah prosedur ini. Namun, dalam beberapa kasus kecil, tonsilektomi mungkin diperlukan dalam waktu yang lebih lama. Jika pasien masih mengalami gejala sakit tenggorokan setelah abses diinsisi, tonsilektomi dapat menjadi pilihan yang tepat. Risiko kambuhnya abses peritonsil lebih tinggi pada individu di bawah usia 30 tahun, demikian juga bila sebelumnya menderita tonsilitas sebelumnya (Marbun, 2016).

PEMBAHASAN

Abses peritonsil merupakan infeksi leher dalam tersering yang sering timbul sebagai komplikasi tonsilitis akut dan berpotensi menimbulkan komplikasi berat bila tidak ditangani segera (Galioto, 2017; Marbun, 2016). Secara global, insidensinya bervariasi antara 10–45 kasus per 100.000 populasi per tahun, dengan puncak kejadian pada remaja dan dewasa muda (Castagnini et al., 2016; Seyhun et al., 2018). Secara mikrobiologis, abses ini bersifat polimikrobal dengan dominasi *Streptococcus β-hemolitik grup A*, *Streptococcus anginosus*, dan *Staphylococcus aureus*, serta bakteri anaerob yang dapat menyebar ke ruang parafaring dan intrakranial (Saar et al., 2023; Slouka et al., 2020). Patogenesisnya berawal dari penyebaran infeksi tonsil ke ruang peritonsil akibat peradangan pada kelenjar Weber, yang menyebabkan obstruksi duktus, nekrosis jaringan, dan akumulasi pus (Galioto, 2017; Manojlovic, 2016). Secara klinis, pasien biasanya menunjukkan odinofagia, trismus, demam, suara “hot potato voice”, dan deviasi uvula (Castagnini et al., 2016; Rahmah et al., 2023). Diagnosis ditegakkan secara klinis dan dikonfirmasi melalui aspirasi jarum sebagai *gold standard*, sedangkan ultrasonografi atau CT scan membantu membedakan abses dari selulitis (Voruz et al., 2025).

Tatalaksana utama meliputi drainase abses melalui aspirasi atau insisi, pemberian antibiotik yang menargetkan *Streptococcus* dan bakteri anaerob, serta terapi suportif (Galioto, 2017; Chang et al., 2016). Tonsilektomi segera atau interval dapat dipertimbangkan pada kasus

berulang atau refrakter (Ketterer et al., 2023). Komplikasi yang dapat timbul mencakup aspirasi pus, perdarahan, abses parafaring, trombosis sinus kavernosus, hingga abses otak (Marbun, 2016). Prognosis umumnya baik bila diagnosis ditegakkan dini dan terapi dilakukan secara adekuat, dengan angka kesembuhan >90%.

KESIMPULAN

Abses peritonsil merupakan infeksi leher dalam tersering yang sering timbul sebagai komplikasi tonsilitis akut dan berpotensi menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani dengan tepat. Artikel ini menegaskan bahwa diagnosis dini melalui pemeriksaan klinis yang dikonfirmasi dengan aspirasi, serta tata laksana komprehensif berupa drainase abses, pemberian antibiotik, dan terapi suportif dengan pertimbangan tonsilektomi pada kasus tertentu sangat penting untuk mencegah luaran fatal dan meningkatkan prognosis pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan penuh rasa hormat dan syukur, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam proses penulisan artikel ini. Artikel ini disusun sebagai bagian dari tugas akademik sekaligus untuk memberikan pemahaman lebih luas mengenai abses peritonsilar. Penulis menyadari adanya keterbatasan dalam penyusunan artikel ini, sehingga sangat menghargai kritik dan saran yang membangun demi perbaikan ke depan. Semoga artikel ini bermanfaat bagi pembaca dan dapat menambah wawasan terkait abses peritonsilar.

DAFTAR PUSTAKA

- Castagnini, L. A., Goyal, M., & Ongkasuwan, J. (2016). *Tonsillitis and peritonsillar abscess*. In *Infectious Diseases in Pediatric Otolaryngology: A Practical Guide* (pp. 137–150).
- Chang, B. A., et al. (2016). *Needle aspiration versus incision and drainage for peritonsillar abscess*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Esposito, S., De Guido, C., Pappalardo, M., Laudisio, S., Meccariello, G., Capoferri, G., Rahman, S., Vicini, C., & Principi, N. (2022). *Retropharyngeal, parapharyngeal and peritonsillar abscesses*. *Children*, 9(5), 618. <https://doi.org/10.3390/children9050618>
- Galioto, N. J. (2017). *Peritonsillar abscess*. *American Family Physician*, 95(7), 501–507.
- Galluzzi, F., et al. (2024). *Treatment of peritonsillar abscess in children: A review*. *Pediatric Otolaryngology Review*.
- Gopalakrishnan, D. P., et al. (2024). *Anatomical factors for formation of peritonsillar abscess*. *Anatomical Science Journal*.
- Ketterer, M. C., et al. (2023). *The peritonsillar abscess and its management Is incision still superior? European Archives of Otorhinolaryngology*.
- Manojlovic, S. (2016). *Abscess, peritonsillar*. In M. Volavšek (Ed.), *Head and Neck Pathology. Encyclopedia of Pathology*. Springer.
- Marbun, E. M. (2016). *Diagnosis, tata laksana dan komplikasi abses peritonsil*. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 22(60), 42–47. <https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v22i60.1445>
- Marouf, A., et al. (2024). *A systematic review of peritonsillar abscess simulators*. *The Laryngoscope*.
- Rahmah, A. N., Sangging, P. R. A., & Himayani, R. (2023). *Diagnosis dan tata laksana abses peritonsil: Sebuah tinjauan pustaka*. *Medical Profession Journal Lampung*, 13(4.1), 129–133.

- Saar, M., et al. (2023). *Unveiling the etiology of peritonsillar abscess using next generation sequencing. Clinical Microbiology and Infection.*
- Seyhun, N., et al. (2018). *Epidemiology and clinical features of peritonsillar abscess. Journal of Clinical Otolaryngology.*
- Slouka, D., et al. (2020). *Epidemiological and microbiological aspects of peritonsillar abscess. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(11), 4020.*
- Tsai, Y. W., Liu, Y. H., & Su, H. H. (2018). *Bacteriology of peritonsillar abscess: The changing trend and predisposing factors. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 84(5), 532–539.*
- Voruz, F., et al. (2025). *Diagnosis of peritonsillar abscess: A prospective study on clinical signs and imaging. European Journal of Otolaryngology.*