

CASE REPORT : ACUTE APPENDICITIS

Irani Nur Ramadhani¹, Muhammad Nasir² Muh Ardi Munir^{2,3}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, INDONESIA, 94118

²Departement of Tropical Diserses and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

³Departement of Tropical Diserses and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

ABSTRACT

Appendicitis is inflammation that occurs in the Appendix vermicularis where Appendicitis generally occurs due to an inflammatory process of bacteria. This disease is the most common acute abdominal surgical case. Appendicitis can affect all age groups, 22-year-old female patients with complaints of lower right abdominal pain since 2 days ago. The patient was diagnosed with Acute Appendicitis. The procedure is in the form of surgery, namely Appendectomy. The most common complication found in acute appendicitis is appendiceal perforation, either in the form of free perforation or perforation in the appendix which has been affected (infiltrates) in the form of a mass consisting of a collection of appendices, cecum and small intestine. If a perforation has occurred, then the possibility of peritonitis.

Keywords: *Appendicitis, Acute Appendicitis, Akuta Appendicitis*

ABSTRAK

Appendicitis adalah peradangan yang terjadi pada Appendix vermicularis dimana Appendisitis umumnya terjadi karena adanya proses radang bakteri. Penyakit ini merupakan kasus bedah akut abdomen yang paling sering ditemukan. Appendicitis dapat mengenai semua kelompok usia, Pasien perempuan umur 22 tahun masuk dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan bawah sejak 2 hari yang lalu. Pasien tersebut didiagnosis Appendicitis Akut. Tatalaksana yang dilakukan berupa tindakan pembedahan yaitu operasi Appendectomy. Komplikasi yang paling sering ditemukan pada appendisitis akut adalah perforasi appendiks, baik berupa perforasi bebas maupun perforasi pada appendiks yang telah mengalami pendindingan (infiltrat) berupa massa yang terdiri atas kumpulan appendiks, sekum, dan usus halus. Jika telah terjadi perforasi, maka kemungkinan terjadinya peritonitis.

Kata Kunci : *Appendicitis, Appendicitis Akut, Appendicitis Akuta*

LATAR BELAKANG

Appendicitis adalah peradangan yang terjadi pada Appendix vermicularis. Appendix merupakan organ tubular yang terletak pada pangkal usus besar yang berada di perut kanan bawah dan organ ini mensekresikan IgA namun seringkali menimbulkan masalah bagi kesehatan. Peradangan akut Appendix atau Appendicitis acuta menyebabkan komplikasi yang berbahaya apabila tidak segera dilakukan tindakan bedah (de Jong W n.d.; Tjandra, J,Joe. 2006)

Insidensi Appendisitis akut di negara maju lebih tinggi daripada di negara berkembang, tetapi beberapa tahun terakhir angka kejadiannya menurun secara

bermakna. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya konsumsi makanan berserat dalam menu sehari-hari. Appendisitis dapat ditemukan pada semua umur, pria lebih banyak daripada wanita, sedang bayi dan anak sampai berumur 2 tahun terdapat 1% atau kurang. Anak berumur 2 sampai 3 tahun terdapat 15%. Frekuensi mulai menanjak setelah usia 5 tahun dan mencapai puncaknya berkisar pada umur 9 hingga 11 tahun. Insidensi tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun(Simpson,J. 2016)

Gejala appendisitis akuta umumnya timbul kurang dari 36 jam, dimulai dengan nyeri perut yang didahului anoreksia. Gejala utama appendisitis akuta adalah nyeri

perut. Awalnya, nyeri dirasakan difus terpusat di epigastrium dan di daerah umbilikus atau periumbilikus. Dalam 2-12 jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk (de Jong W n.d.; Simpson, J. 2016; Tjandra, J, Joe. 2006; Ishikawa, H. 2003; Solomon and Caren, G 2015)

Umumnya, pasien mengalami demam saat terjadi inflamasi pada appendix, biasanya suhu naik hingga 38°C. Tetapi pada keadaan perforasi, suhu tubuh dapat meningkat hingga > 39°C (de Jong W n.d.)

Penderita appendisitis umumnya lebih menyukai sikap jongkok pada paha kanan, atau berbaring ke sebelah kanan dengan menindih tubuh sebelah kanan, karena pada sikap itu sekum dapat tertekan sehingga isi sekum berkurang. Hal tersebut akan mengurangi tekanan ke arah appendix sehingga nyeri dapat perut berkurang (de Jong W n.d.; Ishikawa, H. 2003)

Pada persiapan pre-operatif ada beberapa tahapan yaitu memberikan rehidrasi cairan isotonis secara intravena, pemasangan kateter urin untuk memonitor produksi urin, dan pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT) untuk tindakan dekomresi. Terapi antibiotik. Pemberian antibiotik profilaksis secara umum efektif pada pencegahan infeksi post-operatif (infeksi luka atau abses intra abdominal). Pada pasien dengan appendisitis non-perforata, pemberian antibiotik dosis tunggal sudah

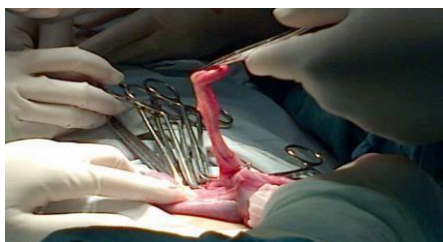
adekuat. Terapi antibiotik pada appendisitis perforata atau gangrenosa harus dilanjutkan 3 sampai 5 hari. Kemudian dilakukan Appendektomi. Appendisitis akut membutuhkan tindakan pembedahan segera. Tindakan ini secara umum dapat dilakukan melalui 2 pendekatan, yaitu cara terbuka dan secara laparoskopik. Secara terbuka dapat dilakukan tindakan eksplorasi melalui insisi garis tengah (*midline*) pada pasien dengan peritonitis. Pada sebagian besar pasien hanya dilakukan insisi transversal dengan melakukan insisi pada titik Mc Burney, yang diharapkan dapat memberikan efek kosmetik yang baik.

Bila diagnosis yang akurat disertai dengan penanganan pembedahan yang tepat, tingkat mortalitas dan morbiditas penyakit ini sangat kecil. Keterlambatan diagnosis dan penanganan akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas bila timbul adanya suatu komplikasi. Serangan berulang dapat terjadi bila appendix tidak diangkat (Tjandra, J, Joe. 2006)

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan umur 22 tahun masuk rumah sakit RSUD Undata pada bulan maret 2018 dengan keluhan nyeri perut bagian kanan bawah yang dirasakan terus-menerus sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, nyeri terutama apabila pasien berjalan dan batuk. Pasien mengatakan bahwa nyerinya berkurang apabila membungkuk. Awalnya pasien mengatakan nyeri pada ulu hati kemudian menjalar

kedaerah perut kanan bawah. Keluhan disertai dengan mual, muntah, penurunan nafsu makan, riwayat demam 2 hari sebelum masuk rumah sakit, pusing. Buang air besar biasa dan buang air kecil lancar. Riwayat penyakit sebelumnya, pasien pernah mengalami keluhan serupa sekitar 1 tahun yang lalu namun mengecil dengan pengobatan. Tidak ada keluarga yang memiliki keluhan serupa dengan pasien. Riwayat sosial ekonomi, pasien merupakan ibu rumah tangga, tingkat pendidikan terakhir sekolah menengah atas. Riwayat berganti pasangan disangkal.



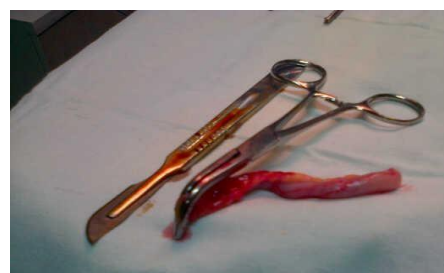
Gambar 1. Tampak appendix dengan ukuran 5 cm.

Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran *composmentis*, tanda tanda vital dalam batas normal. pada pemeriksaan kepala, leher, *thorax* dan ekstremitas tidak didapatkan kelainan. Pada pemeriksaan genitalia tampak benjolan pada daerah labia minora sinistra dengan ukuran 6 x 4 cm, massa kistik, warna hiperemis, terdapat nyeri tekan, tidak ada *discharge*. Pemeriksaan laboratorium WBC $13.95 \times 10^3/\mu\text{L}$ meningkat.

Pemberian obat *preoperative* yakni *Cefotaxime* 1 gram/12jam/IV, kemudian antinyeri *Ketorolac* 1 30mg/8jam/IV, dan

Ranitidin 1 50mg/8jam/IV, serta *Dexamethasone* 5mg/8jam/IV, untuk mengurangi peradangan sebelum dilakukan *Appendectomy*.

Laporan operatif *Appendectomy* : Baringkan pasien dalam posisi *supinasi* dibawah pengaruh anestesi spinal. Dilakukan aseptik dan antiseptic pada region abdomen dan sekitarnya, kemudian insisi melalui titik McBurney melintang 6 cm. Insisi para rectal kanan, *musculus rectus abdominis* dibersihkan ke media. Peritoneum dibuka dan mencari appendix. Didapatkan Appendix hiperemis. Kemudian dilakukan *appendectomy* secara *legeartis*, Jahit lapis demi lapis dan yang terakhir tutup luka operasi. Pemberian obat *postoperative* yakni antibiotik *Cefadroxil* 500mg/ 12jam/ oral, *Metronidazole* 500mg/ 8jam/ oral, *Asam Mefenamat* 500mg/ 8jam/ oral. Setelah 3 hari perawatan pasca operasi, pasien diperbolehkan pulang dan kontrol di poli Bedah.



Gambar 2. Foto Appendix hiperemis setelah dilakukan *appendectomy*

DISKUSI

Diagnosa apendisistis akut pada kasus ini dapat ditegakkan dengan dasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

penunjang. Pada anamnesis, didapatkan keluhan utama berupa nyeri perut kanan bawah sejak 2 hari SMRS. Awalnya nyeri dirasakan pada ulu hati menggambarkan gejala akibat distensi apendiks yang menstimulasi ujung saraf dari afferent stretch fiber. Lalu nyeri berpindah ke kuadran kanan bawah menggambarkan peradangan yang telah menyebar ke peritoneum parietalis. Nyeri yang dialami pasien berupa nyeri akibat iritasi peritoneum sehingga memburuk saat bergerak atau batuk (Dunphy sign) dan membaik saat diam. Pasien juga mengeluhkan adanya gejala gastrointestinal berupa mual dan muntah setelah gejala nyeri muncul, hal ini sering dijumpai pada apendisitis akibat multiplikasi bakteri yang cepat di dalam apendiks. Selain itu pasien juga mengeluhkan adanya demam yang menggambarkan adanya infeksi yang terjadi. Riwayat haid juga perlu digali untuk memastikan tidak adanya riwayat kelainan obsterik ataupun ginekologik, karena pada pasien ini sebelumnya pernah dirawat dengan diagnose ISK. Selain itu pasien juga menyangkal adanya riwayat penyakit lainnya yg diidap pasien ataupun keluarga (de Jong W n.d.; Solomon and Caren, G 2015). Berdasarkan pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien tampak sakit sedang dan hemodinamik stabil, namun didapatkan suhu axilla pasien 37,1°C dan suhu rectal 37,4⁰c d. Suhu tubuh pasien nantinya dapat dipertimbangkan untuk

dimasukkan ke dalam Alvarado Score. Skor Alvarado pasien ini 10. Berdasarkan pemeriksaan status generalis, ditemukan kelainan pada abdomen melalui palpasi berupa : nyeri tekan dan nyeri lepas titik McBurney, Rovsing sign. Penemuan ini mendukung adanya iritasi peritoneum parietalis lokal yang diduga akibat peradangan apendiks. Pada pemeriksaan fisik lainnya tidak ditemukan kelainan, tanda-tanda ini mendukung diagnosa apendisitis akut. Berdasarkan pemeriksaan penunjang yang dilakukan, didapatkan leukositosis (17.7 μ L) dan peningkatan laju endap darah yaitu LED 1=100 dan LED 2 = 123 dari pemeriksaan laboratorium. Laju endap darah dapat meningkat pada infeksi kronik, tetapi pada keluhan pada pasien ini bru terjadi 2 hari SMRS. Selain itu, didapatkan skor 10 pada Alvarado score, yang diinterpretasikan sebagai kemungkinan besar apendisitis (skor \geq 7). Alvarado score sangatlah berguna untuk menyingkirkan diagnosa apendisitis dan memilah pasien untuk manajemen diagnostik lanjutan.

Pada kasus ini didapatkan tabel alvarado score 10, dimana harus dilakukan tindakan pembedahan laparatomi, menurut teori jika perlengketan organ- organ intra abdominal dan lapisan peritoneum viseral dan parietal akan menyebabkan aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus parolitik. Cairan dan elektrolit hilang ke dalam usus mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi dan oliguria. Pada keadaan lanjut

dapat terjadi sepsis, akibat bakteri masuk ke dalam pembuluh darah(Tjandra, J,Joe. 2006; Simpson,J. 2016)

Terapi yang diberikan pada kasus ini adalah IVFD RL : dextrose 5% 1:1 28 tpm, Ceftriaxone 1 gram/12jam/iv, Metronidazole 500 mg/12j/iv, Ketorolac 1 amp/8jam/iv, Ranitidine 1 amp/8jam/iv.

	Item	Nilai
Gejala	Adanya migrasi nyeri	1
	Anoreksia	1
	Mual/muntah	1
Tanda	Nyeri kuadran kanan bawah	2
	Nyeri lepas	1
	Peningkatan suhu > 37,5 ^o C	1
Lab	Jumlah leukosit > 10x10 ³ /L	2
	Jumlah neutrofil > 75%	1
Total		10

KESIMPULAN

Appendicitis merupakan kasus bedah akut abdomen yang paling sering ditemukan. Appendicitis dapat mengenai semua kelompok usia, meskipun tidak umum pada anak sebelum usia sekolah. Peradangan menyebabkan komplikasi yang berbahaya apabila tidak segera dilakukan tindakan pembedahan.

PERSETUJUAN

Penulis telah menerima persetujuan dari pasien dalam bentuk *informed consent*.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada seluruh seluruh unit

terkait dalam proses penyusunan laporan kasus ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan yang terdapat pada tulisan ini.

REFERENSI

- Ishikawa, H. 2003 Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. Japan : Departemen of Surgery, Sasebo Municipal Hospital.
- de Jong W,Sjamsuhidajat R N.d. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 3. Jakarta: EGC;2011. Hal 755-64.
- Petroianu A, and Villar Barroso TV. 2016 Pathophysiology of Acute Appendicitis. JSM Gastroenterology and Hepatology. 2016.
- Simpson,J., Humes, D.J, 2016 Acute Appendicitis. Nottingham: Gastrointestinal Surgery, Section of Surgery, University Hospital, Qucen's. 2016.
- Solomon, and Caren,G 2015 Acute Appendicitis-Appendectomy or the "Antibiotics First" Strategy. Washington: Department of Surgery, University of Washington, Seattle. 2015.
- Tjandra, J,Joe. 2006Textbook of Surgery. 3 Rdedition. Australia: Blackwell Publishing Ltd.

