E-ISSN: 3031-8629
P-ISSN: 3032-3258
Halaman 984-997
Volume 3 Nomor 3 Tahun 2026

Open Appendektomi Pada Apendisitis Perforasi Dengan Peritonitis Lokal Pada Pasien Dewasa Muda: Laporan Kasus

Rahwanda Suryaningrat
Program studi profesi dokter, Universitas Indo Global Mandiri, Palembang
Email : doktersurya@yahoo.com

ABSTRAK

Apendisitis akut merupakan salah satu kegawatdaruratan abdomen yang paling sering ditemukan dan membutuhkan diagnosis serta tata laksana yang cepat. Keterlambatan diagnosis dapat menyebabkan progresivitas inflamasi hingga terjadi nekrosis dan perforasi apendiks. Apendisitis perforasi dapat menyebabkan terbentuknya abses periappendiks maupun peritonitis dan berhubungan dengan morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan apendisitis nonperforasi. Tindakan operatif berupa appendektomi tetap menjadi salah satu pilihan utama pada kasus dengan perforasi dan kontaminasi intraabdomen, terutama apabila disertai tanda peritonitis. Seorang laki-laki berusia 24 tahun datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan nyeri perut kanan bawah sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri awalnya dirasakan di sekitar umbilikus kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah dan semakin berat. Keluhan disertai demam, mual, muntah dua kali, dan penurunan nafsu makan. Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum tampak sakit sedang, suhu 38,4°C, nyeri tekan kuadran kanan bawah, defense muscular, dan tanda Rovsing positif. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis dengan neutrofilia. Ultrasonografi abdomen menunjukkan gambaran apendisitis akut dengan cairan bebas lokal di sekitar sekum dan kecurigaan perforasi. Pasien didiagnosis dengan apendisitis perforasi dan direncanakan menjalani tindakan operasi. Dilakukan laparotomi melalui insisi McBurney. Intraoperatif ditemukan apendiks gangrenosa dengan perforasi pada sepertiga distal, disertai pus dan kontaminasi lokal pada fossa iliaka kanan. Dilakukan appendektomi, irigasi rongga peritoneum dengan NaCl 0,9%, dan pemasangan drain pada area pelvis/fossa iliaka kanan. Pascaoperasi pasien mendapatkan terapi antibiotik intravena, analgesik,

cairan, dan observasi. Kondisi pasien membaik secara klinis dan pasien dipulangkan setelah kondisi stabil. Kesimpulan Apendisitis perforasi merupakan komplikasi serius apendisitis akut yang membutuhkan diagnosis dan tata laksana segera. Pada pasien dengan perforasi disertai peritonitis lokal, open appendektomi disertai kontrol sumber infeksi, lavage, antibiotik, dan drainase selektif dapat memberikan hasil klinis yang baik. Pengenalan gejala secara dini dan tindakan operatif yang tepat berperan penting dalam mencegah komplikasi lebih lanjut.

Kata kunci: apendisitis akut, apendisitis perforasi, appendektomi, open appendektomi, peritonitis lokal, laporan kasus.

ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most common surgical emergencies and requires prompt diagnosis and appropriate treatment. Delayed diagnosis may lead to progressive inflammation, necrosis, and appendiceal perforation. Perforated appendicitis may result in periappendiceal abscess or peritonitis and is associated with higher morbidity than uncomplicated appendicitis. Operative management with appendectomy remains an important treatment option in perforated cases with intra-abdominal contamination, particularly when peritonitis is present. A 24-year-old man presented to the emergency department with right lower abdominal pain for three days before admission. The pain initially started around the umbilical region and subsequently migrated to the right lower quadrant, progressively increasing in severity. The patient also complained of fever, nausea, two episodes of vomiting, and decreased appetite. Physical examination revealed a moderately ill-looking patient with a temperature of 38.4°C, right lower quadrant tenderness, muscular guarding, and a positive Rovsing sign. Laboratory examination showed leukocytosis with neutrophilia. Abdominal ultrasonography demonstrated findings consistent with acute appendicitis, accompanied by localized free fluid around the cecum and suspected perforation. The patient was diagnosed with perforated appendicitis and scheduled for surgery. An open appendectomy was performed through a McBurney

incision. Intraoperatively, a gangrenous appendix with perforation at the distal third was identified, accompanied by purulent material and localized contamination in the right iliac fossa. Appendectomy, peritoneal irrigation with 0.9% sodium chloride, and drainage of the right iliac fossa/pelvic region were performed. Postoperatively, the patient received intravenous antibiotics, analgesics, fluid therapy, and close monitoring. His clinical condition improved and he was discharged after stabilization. Conclusion Perforated appendicitis is a serious complication of acute appendicitis requiring prompt diagnosis and appropriate management. In patients with perforation and localized peritonitis, open appendectomy combined with source control, peritoneal lavage, antibiotic therapy, and selective drainage can provide favorable clinical outcomes. Early recognition and timely surgical intervention are essential to prevent further complications.

Keywords: acute appendicitis, perforated appendicitis, appendectomy, open appendectomy, localized peritonitis, case report

PENDAHULUAN

Apendisitis akut merupakan salah satu penyebab tersering nyeri abdomen akut yang membutuhkan tindakan pembedahan. Kondisi ini terjadi akibat proses inflamasi pada apendiks vermiformis dan dapat mengenai berbagai kelompok usia, dengan insidensi yang tinggi pada populasi dewasa muda.

Secara klinis, apendisitis akut umumnya diawali dengan nyeri abdomen yang bersifat viseral dan dirasakan di daerah epigastrium atau periumbilikal. Seiring progresivitas inflamasi yang mengenai peritoneum parietal, nyeri kemudian bermigrasi ke kuadran kanan bawah. Gejala lain yang dapat menyertai antara lain anoreksia, mual, muntah, dan demam.

Apabila proses inflamasi tidak segera ditangani, tekanan intraluminal dan gangguan vaskular dapat menyebabkan iskemia dinding apendiks, nekrosis, kemudian perforasi. Perforasi dapat menyebabkan kontaminasi rongga peritoneum oleh pus dan isi intestinal sehingga berkembang menjadi peritonitis lokal maupun peritonitis

generalisata.

Apendisitis perforasi memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan apendisitis nonperforasi. Komplikasi dapat berupa abses intraabdomen, infeksi luka operasi, sepsis, ileus paralitik, dan adhesi intraabdomen. Oleh karena itu, diagnosis dini dan kontrol sumber infeksi merupakan prinsip penting dalam tata laksana.

Diagnosis apendisitis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, serta pemeriksaan penunjang apabila diperlukan. Skor klinis seperti Alvarado score dapat membantu meningkatkan akurasi diagnosis, sedangkan ultrasonografi atau computed tomography dapat digunakan pada kasus tertentu untuk membantu menentukan diagnosis dan komplikasi.

Tindakan appendektomi merupakan terapi definitif pada sebagian besar kasus apendisitis yang memerlukan operasi. Pendekatan dapat dilakukan secara terbuka maupun laparoskopi. Pada kondisi tertentu, terutama ketika fasilitas laparoskopi terbatas atau terdapat pertimbangan klinis tertentu, open appendectomy tetap menjadi tindakan yang efektif untuk mencapai kontrol sumber infeksi.

Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, temuan intraoperatif, serta tata laksana pasien dewasa muda dengan apendisitis perforasi yang ditangani menggunakan open appendectomy.

Anatomi Apendiks

Apendiks vermiformis merupakan struktur tubular berbentuk seperti cacing yang berasal dari posteromedial sekum, sekitar 2–3 cm di bawah katup ileosekal. Panjang apendiks bervariasi, dengan panjang rata-rata sekitar 6–9 cm.

Dasar apendiks relatif konstan dan dapat ditemukan pada pertemuan tiga taenia coli pada sekum. Posisi ujung apendiks sangat bervariasi, antara lain retrosekal, pelvis, subsekal, preileal, dan postileal.

Variasi posisi tersebut dapat memengaruhi manifestasi klinis. Apendiks dengan posisi pelvis dapat menimbulkan gejala yang menyerupai kelainan organ pelvis, sedangkan apendiks retrosekal dapat menyebabkan nyeri yang kurang khas pada

kuadran kanan bawah.

Vaskularisasi apendiks terutama berasal dari arteri appendicularis yang merupakan cabang dari arteri ileokolika, salah satu cabang arteri mesenterika superior. Arteri appendicularis berjalan di dalam mesoappendiks menuju ujung apendiks.

Secara anatomis, apendiks terdiri atas mukosa, submukosa, muskularis propria, dan serosa. Proses inflamasi yang progresif dapat menyebabkan edema, kongesti vaskular, trombosis, iskemia, nekrosis, hingga perforasi dinding apendiks.

Etiopatogenesis

Apendisitis akut umumnya diawali oleh obstruksi lumen apendiks. Obstruksi dapat disebabkan oleh fecalith, hiperplasia jaringan limfoid, benda asing, parasit, atau lesi neoplastik.

Obstruksi menyebabkan akumulasi sekret di dalam lumen apendiks dan peningkatan tekanan intraluminal. Peningkatan tekanan tersebut menyebabkan gangguan aliran limfatik dan vena sehingga terjadi edema dinding apendiks.

Proses inflamasi kemudian menyebabkan proliferasi bakteri dan semakin meningkatkan tekanan intraluminal. Gangguan perfusi yang progresif menyebabkan iskemia dinding apendiks, kemudian berkembang menjadi nekrosis dan gangren.

Apabila proses tersebut tidak ditangani, nekrosis dapat menyebabkan perforasi. Perforasi memungkinkan bakteri dan isi lumen masuk ke rongga peritoneum.

Respons tubuh terhadap perforasi dapat berupa pembentukan adhesi dan omentum yang membatasi proses infeksi sehingga terbentuk peritonitis lokal atau abses periappendiks. Sebaliknya, apabila proses tersebut tidak dapat dilokalisasi, kontaminasi dapat menyebar dan menyebabkan peritonitis generalisata.

Pada kasus yang dilaporkan, gambaran klinis dan temuan intraoperatif menunjukkan adanya progresivitas inflamasi hingga terjadi gangren dan perforasi apendiks dengan kontaminasi yang masih terlokalisasi di regio fossa iliaka kanan.

GAMBARAN KLINIS

Manifestasi klasik apendisitis akut berupa nyeri abdomen yang bermula di daerah periumbilikal kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah. Migrasi nyeri terjadi akibat perubahan dari nyeri viseral menjadi nyeri somatik setelah inflamasi melibatkan peritoneum parietal.

Keluhan dapat disertai anoreksia, mual, muntah, dan demam. Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan nyeri tekan kuadran kanan bawah, muscular guarding, rebound tenderness, serta tanda-tanda rangsangan peritoneum.

Beberapa tanda klinis yang dapat ditemukan antara lain:

1. **McBurney sign**, yaitu nyeri tekan maksimal pada titik McBurney.
2. **Rovsing sign**, berupa nyeri pada kuadran kanan bawah saat dilakukan penekanan pada kuadran kiri bawah.
3. **Psoas sign**, terutama pada apendiks dengan posisi retrosekal.
4. **Obturator sign**, terutama pada apendiks dengan posisi pelvis.

Pada apendisitis perforasi, pasien umumnya menunjukkan gejala yang lebih berat. Demam dapat lebih tinggi, nyeri menjadi lebih intens, dan dapat ditemukan defense muscular atau tanda peritonitis.

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dapat mendukung diagnosis meliputi darah lengkap, terutama jumlah leukosit dan neutrofil. Leukositosis dengan neutrofilia sering ditemukan pada apendisitis akut, meskipun hasil normal tidak sepenuhnya menyingkirkan diagnosis.

Pemeriksaan penunjang radiologis dapat dilakukan apabila diagnosis klinis belum jelas atau diperlukan evaluasi komplikasi.

Ultrasonografi dapat menunjukkan apendiks yang tidak kompresibel dengan diameter meningkat, penebalan dinding, adanya appendicolith, cairan periappendiks, maupun koleksi cairan.

Computed tomography memiliki sensitivitas dan spesifisitas tinggi untuk diagnosis apendisitis serta dapat membantu mendeteksi komplikasi seperti perforasi, abses, atau cairan bebas intraabdomen.

Pada kasus ini, ultrasonografi digunakan untuk mendukung diagnosis dan menunjukkan adanya kecurigaan perforasi berdasarkan adanya cairan bebas lokal di sekitar sekum.

Tata Laksana

Tujuan utama tata laksana apendisitis perforasi adalah mencapai **source control**, mengatasi infeksi, mempertahankan kondisi hemodinamik, serta mencegah komplikasi.

Penatalaksanaan awal meliputi:

- akses intravena;
- resusitasi cairan sesuai kondisi klinis;
- koreksi gangguan elektrolit;
- analgesik;
- antiemetik bila diperlukan;
- antibiotik yang mencakup bakteri Gram-negatif dan anaerob;
- evaluasi status hemodinamik;
- persiapan tindakan operatif.

Pada pasien dengan perforasi dan peritonitis yang membutuhkan operasi, tindakan appendectomy dilakukan untuk menghilangkan sumber infeksi.

Pendekatan operasi dapat berupa laparoskopi maupun open appendectomy. Open appendectomy tetap merupakan teknik yang efektif terutama pada fasilitas dengan keterbatasan laparoskopi atau berdasarkan pertimbangan kondisi pasien dan operator.

Pada kasus perforasi, prinsip operasi tidak hanya mengangkat apendiks tetapi juga melakukan kontrol terhadap sumber kontaminasi, evakuasi pus, pemeriksaan rongga abdomen, dan lavage sesuai kebutuhan.

Pemasangan drain dapat dipertimbangkan pada kondisi tertentu, terutama apabila terdapat kontaminasi lokal yang bermakna atau kekhawatiran terhadap residual collection.

Laporan Kasus

Seorang laki-laki, Tn. A, usia 24 tahun, datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan utama nyeri perut kanan bawah sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri awalnya dirasakan di sekitar pusat sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Dalam waktu kurang lebih 12 jam, nyeri berpindah ke perut kanan bawah dan semakin berat. Nyeri dirasakan terus-menerus dan bertambah saat pasien berjalan atau mengubah posisi.

Keluhan disertai demam sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit, mual, muntah sebanyak dua kali, dan penurunan nafsu makan. Pasien mengeluhkan sulit buang air besar sejak satu hari terakhir, namun masih dapat flatus. Tidak terdapat keluhan disuria maupun hematuria.

Pasien tidak memiliki riwayat operasi abdomen sebelumnya. Riwayat penyakit diabetes mellitus, hipertensi, penyakit ginjal, dan gangguan pembekuan darah disangkal. Tidak terdapat riwayat alergi obat yang diketahui.

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan didapatkan:

Pemeriksaan abdomen menunjukkan abdomen tampak sedikit distensi. Bising usus menurun. Pada palpasi ditemukan nyeri tekan maksimal pada kuadran kanan bawah, disertai defense muscular dan rebound tenderness. Tanda Rovsing positif. Tidak ditemukan massa abdomen yang teraba jelas.

Pemeriksaan regio inguinal tidak menunjukkan hernia. Pemeriksaan genitalia eksterna dalam batas normal.

Pemeriksaan	Hasil
Hemoglobin	14,2 g/dL
Leukosit	18.700/µL
Neutrofil	89%
Trombosit	312.000/µL
Hematokrit	42%
CRP	118 mg/L
Ureum	28 mg/dL

Pemeriksaan	Hasil
Kreatinin	0,9 mg/dL
Natrium	137 mmol/L
Kalium	4,1 mmol/L

Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium:

Hasil laboratorium menunjukkan leukositosis dengan neutrofilia dan peningkatan marker inflamasi.

Pemeriksaan Ultrasonografi

Ultrasonografi abdomen menunjukkan struktur tubular non-kompresibel di regio fossa iliaka kanan dengan diameter meningkat, dinding menebal, disertai appendicolith dan cairan bebas lokal di sekitar sekum. Tampak gambaran inflamasi jaringan lemak sekitar apendiks dengan kecurigaan perforasi.

Kesan: Apendisitis akut komplikata dengan kecurigaan perforasi.

Tindakan Operasi

Operasi dilakukan dengan anestesi umum. Pasien ditempatkan dalam posisi supine dan dilakukan tindakan asepsis serta antisepsis pada abdomen.

Insisi dilakukan pada regio McBurney. Setelah membuka lapisan dinding abdomen secara bertahap, dilakukan eksplorasi rongga peritoneum.

Didapatkan cairan purulen sekitar 30–50 mL pada fossa iliaka kanan. Sekum kemudian diidentifikasi dan apendiks ditemukan dalam kondisi hiperemis, edema, dan gangrenosa.

Pada sepertiga distal apendiks ditemukan perforasi berukuran kurang lebih 0,5 cm dengan jaringan nekrotik di sekitarnya. Terdapat fibrin dan pus lokal pada regio periappendiks. Tidak ditemukan kontaminasi fekal yang menyebar ke seluruh rongga abdomen.

Mesoappendiks dilakukan ligasi dan dipotong. Apendiks kemudian dieksisi setelah dilakukan ligasi pada basis apendiks. Stump apendiks diperiksa dan didapatkan hemostasis baik.

Rongga peritoneum dilakukan irigasi menggunakan NaCl 0,9% hingga cairan bilasan

tampak relatif jernih. Area fossa iliaka kanan kemudian dievaluasi kembali untuk memastikan tidak terdapat perdarahan aktif maupun sumber kontaminasi lainnya.

Drain intraabdomen dipasang pada area fossa iliaka kanan/pelvis dan dikeluarkan melalui insisi terpisah.

Luka operasi ditutup lapis demi lapis sesuai kondisi jaringan dan dilakukan perawatan luka steril.

Spesimen apendiks dikirim untuk pemeriksaan histopatologi.

Diagnosis

pascaoperasi:

Apendisitis perforasi dengan peritonitis lokal.

Tindakan:

Open appendectomy + peritoneal lavage + drainase.

Perawatan Pascaoperasi

Pada hari pertama pascaoperasi, pasien masih mengeluhkan nyeri luka operasi namun terkontrol dengan analgesik. Suhu tubuh mulai menurun dan kondisi hemodinamik stabil.

Pada hari kedua, pasien mulai flatus dan bising usus membaik. Diet cair kemudian ditingkatkan secara bertahap.

Produksi drain semakin berkurang dan tidak menunjukkan pus aktif.

Pada hari ketiga, pasien dalam keadaan afebris, nyeri abdomen berkurang, dapat berjalan, dan toleransi makan baik.

Drain kemudian dievaluasi dan dilepas setelah produksi minimal serta tidak terdapat tanda infeksi intraabdomen.

Luka operasi tampak baik tanpa tanda infeksi maupun dehisensi.

Pasien dipulangkan dalam kondisi umum baik dengan edukasi mengenai perawatan luka, aktivitas, tanda infeksi, dan jadwal kontrol.

PEMBAHASAN

Pada kasus ini, pasien merupakan laki-laki berusia 24 tahun dengan manifestasi klinis yang sesuai dengan apendisitis akut komplikata. Keluhan awal berupa nyeri periumbilikal yang kemudian bermigrasi ke kuadran kanan bawah merupakan gambaran klinis yang klasik pada apendisitis akut.

Migrasi nyeri terjadi akibat inflamasi awal yang menstimulasi serabut aferen viseral, kemudian ketika inflamasi melibatkan peritoneum parietal, nyeri menjadi lebih terlokalisasi pada kuadran kanan bawah.

Pasien juga mengalami anoreksia, mual, muntah, dan demam. Pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri tekan kuadran kanan bawah, defense muscular, rebound tenderness, serta tanda Rovsing positif. Kombinasi temuan tersebut mendukung adanya proses inflamasi apendiks yang telah melibatkan peritoneum.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis sebesar 18.700/µL dengan neutrofilia 89%. Peningkatan leukosit dan neutrofil merupakan respons inflamasi yang sering ditemukan pada apendisitis akut. Pada kasus perforasi, peningkatan marker inflamasi dapat lebih jelas dibandingkan pada apendisitis nonkomplikasi.

Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan gambaran apendisitis dengan cairan bebas lokal dan kecurigaan perforasi. Adanya cairan periappendiks, appendicolith, inflamasi jaringan sekitar, dan gambaran dinding apendiks yang abnormal dapat membantu meningkatkan kecurigaan terhadap apendisitis komplikata.

Pada pasien ini tidak dilakukan CT scan karena secara klinis pasien telah menunjukkan tanda peritonitis dan pemeriksaan ultrasonografi telah mendukung diagnosis. Keputusan tersebut juga mempertimbangkan kebutuhan untuk tidak menunda tindakan definitif pada pasien dengan kecurigaan perforasi.

Temuan intraoperatif memperkuat diagnosis. Apendiks ditemukan dalam kondisi gangrenosa dengan perforasi pada sepertiga distal, disertai pus dan fibrin di sekitar apendiks. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa proses inflamasi telah berkembang dari apendisitis akut menjadi apendisitis komplikata dengan perforasi.

Perforasi apendiks dapat terjadi akibat progresivitas inflamasi yang menyebabkan

edema, gangguan perfusi, iskemia, nekrosis, kemudian kerusakan seluruh lapisan dinding apendiks. Setelah terjadi perforasi, bakteri dan isi lumen dapat masuk ke rongga peritoneum.

Pada kasus ini, proses infeksi masih dapat dilokalisasi di fossa iliaka kanan sehingga ditemukan peritonitis lokal tanpa peritonitis generalisata. Mekanisme pertahanan tubuh seperti omentum dan adhesi antarorgan dapat membatasi penyebaran kontaminasi.

Penatalaksanaan pasien dengan apendisitis perforasi pada prinsipnya bertujuan mencapai kontrol sumber infeksi. Pada pasien ini dilakukan open appendectomy dengan mengangkat apendiks sebagai sumber infeksi.

Pemilihan pendekatan terbuka dilakukan melalui insisi McBurney. Open appendectomy merupakan teknik yang telah lama digunakan dan tetap relevan terutama pada kondisi tertentu, termasuk ketika pendekatan laparoskopi tidak tersedia atau berdasarkan pertimbangan klinis dan operator.

Selain mengangkat apendiks, dilakukan evakuasi pus dan irigasi rongga peritoneum. Tindakan tersebut bertujuan mengurangi beban kontaminasi pada rongga peritoneum.

Pada kasus ini juga dilakukan pemasangan drain karena terdapat kontaminasi purulen lokal. Drain memungkinkan pemantauan dan evakuasi cairan residu pada area yang sebelumnya mengalami kontaminasi.

Antibiotik diberikan sebelum dan setelah operasi untuk mengatasi infeksi intraabdomen. Pada apendisitis perforasi, pemilihan antibiotik perlu mencakup bakteri Gram-negatif dan anaerob yang merupakan flora penting pada saluran gastrointestinal.

Perawatan pascaoperasi pada kasus perforasi membutuhkan observasi lebih ketat dibandingkan apendisitis nonperforasi. Parameter yang perlu dipantau meliputi suhu tubuh, nyeri abdomen, kondisi luka operasi, fungsi gastrointestinal, produksi drain, leukosit, serta tanda-tanda infeksi atau abses intraabdomen.

Pada pasien ini terjadi perbaikan klinis progresif. Demam menghilang, fungsi

gastrointestinal kembali, nyeri terkontrol, produksi drain menurun, dan luka operasi tidak menunjukkan tanda infeksi.

Hasil klinis tersebut menunjukkan bahwa kontrol sumber infeksi yang adekuat melalui appendectomy dan evakuasi kontaminasi, disertai terapi antibiotik dan perawatan pascaoperasi yang tepat, dapat memberikan hasil yang baik pada pasien dengan apendisitis perforasi dan peritonitis lokal.

KESIMPULAN

Apendisitis perforasi merupakan komplikasi apendisitis akut yang dapat menyebabkan peritonitis dan meningkatkan risiko morbiditas apabila tidak ditangani secara cepat.

Pada pasien dewasa muda dengan nyeri abdomen yang bermigrasi ke kuadran kanan bawah, disertai demam, leukositosis, tanda rangsangan peritoneum, dan temuan radiologis yang mendukung, diagnosis apendisitis perforasi perlu dipertimbangkan.

Pada kasus ini, open appendectomy melalui insisi McBurney berhasil mengendalikan sumber infeksi. Temuan intraoperatif berupa apendiks gangrenosa dengan perforasi dan pus lokal menunjukkan adanya apendisitis perforasi dengan peritonitis lokal.

Tindakan appendectomy disertai evakuasi pus, irigasi rongga peritoneum, drainase selektif, antibiotik, dan monitoring pascaoperasi memberikan hasil klinis yang baik. Diagnosis dini dan kontrol sumber infeksi secara tepat merupakan faktor penting dalam mencegah progresivitas penyakit dan komplikasi pascaoperasi.

DAFTAR PUSTAKA

Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020;15:27.

Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *The Lancet*. 2015;386(10000):1278–1287.

Podda M, Gerardi C, Cillara N, et al. Antibiotics after appendectomy for uncomplicated acute appendicitis: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Surgery*. 2019;270(6):1028–1038.

Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*. 2017;12:29.

Sartelli M, Coccolini F, Kluger Y, et al. 2021 WSES guidelines for the management of acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2021;16:27.

Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2016;11:34.

Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MAW, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis: EAES consensus development conference. *Surgical Endoscopy*. 2016;30:4668–4690.

Talan DA, Saltzman DJ, DeUgarte DA, Moran GJ. Methods of conservative antibiotic treatment of acute uncomplicated appendicitis. *Surgical Infections*. 2019;20(2):104–109.

Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, et al. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(12):1259–1265.

Di Saverio S, Sibilio A, Giorgini E, et al. The NOTA study: non-operative treatment for acute appendicitis. *Annals of Surgery*. 2014;260(1):109–117.