

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Apendisitis merupakan penyakit bedah mayor yang paling sering terjadi (Price & Wilson. 2003, hlm. 448). Sejumlah 7% individu di negara barat mengalami apendisitis dan sebanyak 200.000 dilakukan tindakan apendektomi untuk apendisitis akut di Amerika Serikat (Way & Doherty, 2003, hlm. 668). Dalam praktik bedah, penyakit apendisitis adalah penyakit akut yang tersering ditangani oleh dokter bedah (Kumar dkk, 2004, hlm. 660).

Apendisitis sering terjadi pada usia dewasa muda, penyakit ini jarang terjadi pada orang tua dan anak – anak. Angka kejadian apendisitis semakin meningkat pada pasien di akhir usia belasan dan dua puluhan (Towsend, 2001, hlm 497). Pada penelitian, didapatkan data distribusi usia pasien apendisitis akut paling banyak pada umur 11 – 20 tahun dan kelompok usia yang paling sedikit terdiagnosis apendisitis adalah usia >50 tahun (Sibuea, 2014, hlm 8).

Kasus klasik ditandai dengan rasa tidak nyaman di daerah periumbilikus, diikuti rasa mual, muntah dan anoreksia dan disertai nyeri tekan kuadran kanan bawah yang dalam beberapa jam dapat berubah menjadi rasa nyeri. Sebagian besar kasus tidak memberikan gambaran klasik. Penyakit ini tidak menimbulkan gejala terutama pada usia lanjut (Kumar dkk. 2004, hlm 661). Gejala dan tanda apendisitis yang tidak khas akan menyulitkan dokter dalam menegakkan diagnosis (Cardall dkk. 2004, hlm 1).

Menurut Price dan Wilson (2003, hlm 449) penegakan diagnosis apendisitis sangat rumit, karena banyak gangguan lain yang memberikan gambaran klinis abdomen akut seperti gastroenteritis, kehamilan ektopik, penyakit radang panggul, penyakit divertikulum meckel. Kesulitan penegakan diagnosis juga timbul karena individu (terutama bayi dan orang tua) menyimpang dari gambaran klasik apendisitis. Mengingat komplikasi apendisitis, reseksi apendisitis normal lebih baik daripada meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas hingga 20% perforasi apendiks (Kumar dkk, 2004 hlm 661).

Apendisitis memiliki keluhan yang sama dengan beberapa penyakit. Meskipun pemeriksaan dilakukan dengan cermat dan teliti, diagnosis klinis apendisitis akut masih mungkin salah pada 15 – 20% kasus. Pada beberapa keadaan, apendisitis agak sulit didiagnosis, sehingga tidak ditangani pada waktunya dan terjadi komplikasi, misalnya, pada orang berusia lanjut yang gejalanya sering samar yang menyebabkan lebih dari separuh penderita baru dapat didiagnosis setelah terjadi perforasi. Pada apendisitis akut terdapat keluhan seperti nyeri perut, mual dan muntah. Namun pada kehamilan trimester pertama sering juga terjadi mual dan muntah sehingga tidak terdiagnosis. Pada kehamilan lanjut, sekum dan apendiks terdorong ke kranialateral sehingga keluhan tidak dirasakan di perut kanan bawah tetapi lebih ke regio lumbal kanan sehingga sedikit sulit untuk mendiagnosis (De jong & Sjamsuhidayat, 2005, hlm 758).

Pada pasien yang menunjukkan gejala dan tanda apendisitis yang tidak khas, dapat menyebabkan kesalahan dalam diagnosis dan keterlambatan dalam penanganannya. Kedua hal tersebut dapat meningkatkan kejadian perforasi, morbiditas, dan *negative apendectomy*. Anamnesis dan pemeriksaan fisik merupakan dasar dalam diagnosis apendisitis dengan tingkat akurasi sebesar 76-80%. Teknik pencitraan seperti *Ultrasonography* (USG) dan *Computed Tomography* (CT) scan dapat meningkatkan akurasi diagnosis hingga 90%, namun karena biayanya yang mahal dan tidak semua unit pelayanan kesehatan memilikinya menyebabkan pemeriksaan ini jarang digunakan (Cardall dkk. 2004, hlm 1).

Akurasi diagnosis diperlukan untuk menegakkan diagnosis (Way & Doherty, 2003, hlm 670). Salah satu cara diagnosis dengan sistem skoring. Skor Alvarado adalah sistem skoring sederhana yang bisa dilakukan dengan mudah, cepat dan kurang invasif yang terdiri dari tiga tanda, tiga gejala dan tiga hasil laboratorium. Skor Alvarado adalah sistem skoring yang terbaik dalam sistem skoring klinis. Selain itu, terdapat jenis skoring lainnya, seperti *Tzanakis scoring system*, *Appendicitis Inflammatory Response*, *The Ohmann score* dan *The Lintula score* (Humes & Simpson, 2011, hlm. 3).

Selain dari pemeriksaan skoring, dilakukan pula pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan ultrasonografi untuk meningkatkan akurasi diagnosis. Bila

diagnosis klinis sudah jelas, maka dilakukan tindakan apendektomi (De Jong & Sjamsuhidajat, 2005 hlm 759). Menurut Darmono (2006, hlm 1) pemeriksaan patologi anatomi merupakan pemeriksaan untuk memastikan penyakit apendisitis, sehingga pemeriksaan ini rutin dilakukan untuk memastikan diagnosis klinis telah tepat dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan klasifikasi apendisitis.

Menurut penelitian Memon dkk, yang dilakukan di Rumah Sakit Sipil, Karachi, Pakistan yang menilai akurasi skor Alvarado dengan hasil yang didapatkan sensitivitas= 93.5%, spesifitas= 80.6%, nilai prediksi positif= 92.3%, nilai prediksi negatif= 83.3% dan akurasi= 89.8% (Memon dkk, 2012).

Pada tahun 2014 di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto didapatkan data apendisitis sebesar 101 kasus dan pada tahun 2015 sebanyak 61 kasus. Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini dilakukan di RSPAD Gatot Soebroto. Pada penelitian ini selain mengukur tingkat keakuratan diagnosis apendisitis akut berdasarkan skor Alvarado, juga dinilai komponen yang dicatat pada apendisitis akut berdasarkan skor Alvarado.

I.2 Rumusan masalah

- a. Bagaimana insidensi apendisitis akut di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Periode Januari 2014 – Desember 2015?
- b. Seberapa besar tingkat keakuratan diagnosis klinis apendisitis akut berdasarkan skor Alvarado ?

I.3 Tujuan penelitian

I.3.1 Tujuan umum

Mengetahui keakuratan diagnosis klinis apendisitis akut berdasarkan skor Alvarado di RSPAD Gatot Soebroto Periode Januari 2014 – Desember 2015.

I.3.2 Tujuan khusus

- a. Mengetahui angka kejadian apendisitis akut di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta periode Januari 2014 – Desember 2015.
- b. Mengetahui karakteristik responden apendisitis akut di RSPAD Gatot Soebroto periode Januari 2014 – Desember 2015.

- c. Mengetahui hasil uji diagnostik yang mencakup sensitifitas, spesifisitas, nilai duga positif, nilai duga negatif, rasio kemungkinan positif, rasio kemungkinan negatif dan akurasi diagnosis klinis berdasarkan skor Alvarado dalam menegakkan diagnosis apendisitis akut di RSPAD Gatot Soebroto periode Januari 2014 – Desember 2015.

I.4 Manfaat penelitian

I.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini dapat memperkaya ilmu pengetahuan dan cara mendiagnosis apendisitis yang tepat.

I.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi dokter dan tenaga medis lainnya

- 1) Agar menjadi saran diagnosis apendisitis akut menggunakan skor Alvarado.
- 2) Menjadikan skor Alvarado sebagai metode pemeriksaan utama pada layanan primer agar mudah dalam mendiagnosis untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

b. Bagi instansi terkait

Sebagai masukan untuk mendiagnosis apendisitis.

c. Bagi peneliti lain

Sebagai awal dapat dikembangkannya penelitian ini dengan mengendalikan keterbatasan penelitian.

d. Bagi peneliti

- 1) Menambah pengetahuan dan wawasan tentang ketepatan diagnosis klinis berdasarkan pemeriksaan histopatologi apendiks.
- 2) Menambah pengetahuan tentang pemeriksaan penunjang diagnosis apendisitis akut.
- 3) Sebagai syarat menyelesaikan pendidikan sarjana kedokteran.