

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendiks diartikan sebagai bagian tambahan, aksesori atau bagian tersendiri yang melekat ke struktur utama dan sering kali digunakan untuk merujuk pada apendiks vermiformis. Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis, yaitu divertikulum pada *caecum* yang menyerupai cacing, panjangnya bervariasi mulai dari 7 sampai 15 cm, dan berdiameter sekitar 1 cm. Batasan apendisitis akut adalah apendisitis dengan onset akut yang memerlukan intervensi bedah, ditandai dengan nyeri di abdomen kuadran bawah dengan nyeri tekan lokal dan nyeri alih, spasme otot yang ada di atasnya, dan hiperestesia kulit. Sedangkan apendisitis kronis adalah apendisitis yang ditandai dengan penebalan fibrotik dinding organ tersebut akibat peradangan akut sebelumnya (Dorland N. W., 2010). Apendisitis kronis dapat mengalami peradangan akut lagi yang disebut eksaserbasi akut (Hafid & Syukur, 2005). Apendisitis merupakan penyebab tersering operasi kegawatdaruratan dan salah satu penyebab tersering nyeri abdomen akut (Craig, 2013).

Tujuh persen populasi di Amerika Serikat menderita apendisitis dengan insidensi 1,1 kasus tiap 1000 orang per tahun. Angka kejadian apendisitis akut mengalami kenaikan dari 7,62 menjadi 9,38 per 10.000 dari tahun 1993 sampai 2008 (Buckius, McGrath, Monk, Bell, & Ahuja, 2011).

Menurut Departemen Kesehatan RI pada tahun 2006, apendisitis menempati urutan keempat penyakit terbanyak di Indonesia setelah dispepsia, gastritis dan duodenitis, dan penyakit sistem cerna lain dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040 (Eylin, 2009).

Penyakit ini dapat dimulai saat lahir, mengalami puncak di usia remaja akhir dan menurun di usia lanjut (Craig, 2013; Buckius, McGrath, Monk, Bell, & Ahuja, 2011).

Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, jarang pada anak kurang dari satu tahun. Insidensi tertinggi kelompok usia 20-30 didominasi pria, selain itu sebanding (Hafid & Syukur, 2005).

Perbandingan angka kejadian pada remaja : dewasa muda adalah 3 : 2 dan didominasi pria. Pada orang dewasa, angka kejadian apendisitis 1,4 kali lebih banyak pada pria dibanding wanita dan risiko terkena apendisitis sebanyak 8,6% pada pria dan 6,7% pada wanita (Craig, 2013; Feldman, Friedman, & Brandt, 2010).

Terdapat 12 % pria dan 25% wanita yang melakukan operasi apendektomi dan 7% diantaranya mengalami apendisitis akut. Berdasarkan 10 tahun penelitian mulai tahun 1987 – 1997 didapatkan penurunan kasus operasi apendektomi yang sesuai dengan penurunan insidensi apendektomi. Didapatkan pula rata-rata usia pasien yang mengalami apendisitis adalah 31,3 tahun dengan usia tengah 22 tahun (Bunicardi, et al., 2010).

Meningkatnya jumlah sel darah putih antara $11.000/\text{mm}^3$ sampai $17.000/\text{mm}^3$ didapatkan pada 80% penderita, tetapi tidak jelas apakah spesifik untuk apendisitis atau penyakit lain dengan gejala nyeri abdomen akut (Feldman, Friedman, & Brandt, 2010).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap apendisitis (Hafid & Syukur, 2005). Adapun faktor risiko yang berpotensi menyebabkan apendisitis antara lain, diet rendah serat dan tinggi gula, riwayat keluarga, infeksi, dan panjang apendiks (Cunha, 2014; Pickhardt, Suhonen, Lawrence, Alejandro, & Pooler, 2013). Faktor predisposisi lain yaitu sisa makanan, limfoid hiperplasia (pada anak-anak) dan tumor karsinoma. Inflamasi akibat virus dan bakteri juga dapat mempengaruhi apendiks (Shimi, 2011).

Untuk mengetahui angka kejadian apendisitis akut dan kaitannya dengan faktor-faktor diatas maka mendorong penulis untuk melakukan penelitian penyakit tersebut di Rumah Sakit Immanuel Bandung.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Bagaimanakah angka kejadian apendisitis akut di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
2. Bagaimanakah karakteristik distribusi kasus apendisitis akut menurut golongan usia di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
3. Bagaimanakah karakteristik distribusi kasus apendisitis akut menurut jenis kelamin di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013
4. Bagaimanakah karakteristik distribusi kasus apendisitis akut menurut jenis pekerjaan di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
5. Bagaimanakah karakteristik distribusi apendisitis akut menurut keluhan utama tersering di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
6. Bagaimanakah karakteristik distribusi apendisitis akut dengan apendisitis kronis eksaserbasi akut di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
7. Bagaimanakah karakteristik distribusi apendisitis akut dengan pemeriksaan penunjang (leukosit) di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.
8. Bagaimanakah karakteristik distribusi apendisitis akut dengan pemeriksaan histopatologi di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.

1.3 Maksud dan Tujuan

1.3.1 Maksud Penelitian

Maksud penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita apendisitis akut di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013- 30 Juni 2013.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui distribusi karakteristik apendisitis akut yang ditinjau dari berbagai faktor di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.

1.4 Manfaat Karya Ilmiah

1.4.1 Manfaat Ilmiah (Akademis)

Manfaat adanya penelitian ini untuk mengetahui distribusi karakteristik penderita apendisitis yang berlokasi di Rumah Sakit Immanuel Bandung dan dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Untuk Peneliti

Mengetahui karakteristik distribusi penderita apendisitis dari berbagai faktor.

1.5 Landasan Teori

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung dengan panjang 8 – 13 cm dengan dinding yang terdiri dari lapisan otot (tidak berkembang dengan baik) dan jaringan limfatik yang merupakan bagian dari sistem imun dan berfungsi menghasilkan antibodi (Snell, 2012 ; Marks, 2014).

Apendisitis akut merupakan penyakit yang sering ditemukan di klinik emergensi, sebanyak 250.000 kasus di Amerika Serikat dan 40.000 kasus di Inggris tiap tahun (Sulu, 2012).

Nyeri pada perut merupakan gejala awal dari apendisitis akut. Nyeri bermula pada bagian bawah epigastrium atau daerah umbilikal, cukup parah dan dapat terjadi kram intermiten. Selama 4 – 6 jam selanjutnya, nyeri terlokalisir di kuadran kanan bawah, namun pada beberapa penderita didapatkan nyeri yang langsung terlokalisir di kuadran kanan bawah. Hal ini bergantung pada posisi apendiks yang berbeda tiap individu (Bunicardi, et al., 2010).

Obstruksi pada lumen apendiks merupakan etiologi dominan apendisitis akut dengan sumbatan tersering adalah fekalit sebanyak 40 % pada simpel apendisitis akut, 65 % pada apendisitis gangrenosa tanpa perforasi dan 90 % pada apendisitis gangrenosa dengan perforasi (Bunicardi, et al., 2010).

Beberapa faktor predisposisi lain yaitu sisa makanan, limfoid hiperplasia (pada anak-anak) dan tumor karsinoma. Inflamasi akibat virus dan bakteri juga dapat mempengaruhi apendiks (Shimi, 2011).

Teori tentang diet pada apendisitis akut pertama dikemukakan oleh Rendle Short tahun 1920, dan didapatkan korelasi yang berhubungan antara apendisitis akut dengan diet rendah serat dan tingginya konsumsi makanan seperti daging, kentang, dan gula. Didapatkan pula korelasi yang tidak berhubungan antara apendisitis akut dengan diet tinggi serat yang mengandung sayur, buah, dan tomat (Sulu, 2012).

Panjang apendiks juga menjadi salah satu faktor risiko apendisitis akut. Hasil penelitian menyimpulkan panjang apendiks 4 – 10 cm lebih sering ditemukan pada penderita apendisitis akut, sedangkan panjang lebih dari 10 cm dan kurang

dari 4 cm lebih sering ditemukan pada orang yang tidak mengalami apendisitis akut (Pickhardt, Suhonen, Lawrence, Alejandro, & Pooler, 2013).

Dengan dasar teori di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai karakteristik penderita apendisitis akut di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 1 Januari 2013 – 30 Juni 2013.