

Laparotomi Eksplorasi, Drainase Asites, Drainase Abdomen, dan Appendektomi atas Indikasi Abses Intraabdomen, Asites Masif dengan Apendisitis

Rajiv Andika Mustafa¹, Maurits Tamalonggehe², Astri Avianti³
^{1,2,3} Universitas Yarsi

Corresponding Author: Rajiv Andika Mustafa, e-mail: rajifmustafa@gmail.com¹

Published: February, 2026

ABSTRACT

Acute appendicitis is one of the most common abdominal surgical emergencies. Delayed diagnosis and management can lead to serious complications such as appendiceal perforation, generalized peritonitis, intra-abdominal abscesses, sepsis, and organ dysfunction. Massive ascites accompanying complicated appendicitis is a rare condition that indicates severe intra-abdominal inflammation, requiring a comprehensive diagnostic and therapeutic approach and immediate surgical intervention. We report a case of a 56-year-old man who presented to the emergency department with complaints of right lower abdominal pain that had worsened several days prior to admission, accompanied by fever, nausea, vomiting, abdominal distension, and inability to pass flatus. Physical examination revealed signs of generalized peritonitis and massive ascites. Laboratory tests revealed severe leukocytosis, anemia, hyponatremia, metabolic acidosis, and renal dysfunction leading to sepsis-associated acute kidney injury. The patient was diagnosed with complicated acute appendicitis with intra-abdominal abscess and massive ascites. The patient underwent exploratory laparotomy, ascites drainage, abdominal drainage, and appendectomy. Postoperatively, the patient's clinical condition and laboratory parameters showed significant improvement. Complicated acute appendicitis with intra-abdominal abscess and massive ascites is a life-threatening condition that requires prompt and accurate diagnosis and surgical intervention. Exploratory laparotomy accompanied by control of the source of infection and adequate supportive therapy provided favorable clinical results. Comprehensive management plays an important role in reducing morbidity and improving patient prognosis.

Keywords: Apendicitis, Intra-Abdominal Abscess, Massive Ascites, Exploratory Laparotomy, Appendectomy

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

PENDAHULUAN

Apendisitis akut adalah salah satu kegawatdaruratan bedah abdomen yang paling sering dijumpai di seluruh dunia dan menjadi penyebab utama nyeri abdomen akut yang memerlukan intervensi pembedahan segera. Penyakit ini umumnya terjadi akibat obstruksi lumen appendix yang menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal, gangguan aliran darah, proliferasi bakteri, dan respons inflamasi progresif yang dapat berujung pada perforasi apabila tidak ditangani secara tepat waktu (Bhangu et al., 2015).

Insidensi apendisitis akut dilaporkan sekitar 233 kasus per 100.000 populasi per tahun, dengan risiko seumur hidup sebesar 8,6% pada laki-laki dan 6,7% pada perempuan. Meskipun lebih sering terjadi pada usia muda, apendisitis pada usia dewasa dan lanjut usia cenderung memiliki perjalanan klinis yang lebih berat dan risiko komplikasi yang lebih tinggi, terutama akibat keterlambatan diagnosis dan adanya penyakit penyerta (Williams et al., 2018).

Apendisitis akut yang tidak tertangani dapat berkembang menjadi apendisitis komplikata, yang ditandai dengan perforasi appendix, peritonitis generalisata, dan pembentukan abses intraabdomen. Abses intraabdomen adalah kumpulan pus terlokalisasi di rongga peritoneum atau retroperitoneum yang terbentuk akibat infeksi intraabdomen yang tidak terkontrol. Kondisi ini berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas, terutama bila disertai sepsis dan kegagalan multiorgan (Townsend et al., 2016; Mehta et al., n.d.).

Asites masif yang menyertai apendisitis komplikata adalah kondisi yang jarang dilaporkan dan mencerminkan proses inflamasi intraabdomen yang berat. Asites pada kondisi ini dapat terjadi akibat peningkatan permeabilitas kapiler peritoneum, respons inflamasi sistemik, dan gangguan keseimbangan cairan tubuh. Kehadiran asites masif sering kali mempersulit diagnosis klinis dan menandakan perlunya pendekatan penatalaksanaan yang lebih agresif (Goosenberg et al., 2025).

Penatalaksanaan apendisitis komplikata dengan abses intraabdomen dan asites masif memerlukan pengendalian sumber infeksi secara adekuat melalui tindakan bedah, disertai terapi antibiotik spektrum luas dan perawatan suportif intensif. Laparotomi eksplorasi masih menjadi pilihan utama pada kondisi dengan peritonitis difus, abses multipel, atau kegagalan terapi konservatif dan drainase perkutan (Sartelli et al., 2017; Ashley et al., 2018).

Berdasarkan latar belakang tersebut, laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan penatalaksanaan apendisitis akut komplikata yang disertai abses intraabdomen dan asites masif pada seorang pasien dewasa, dengan menekankan pentingnya diagnosis dini dan pengendalian sumber infeksi yang optimal dalam memperbaiki luaran klinis pasien.

LAPORAN KASUS/ILUSTRASI KASUS

Seorang pasien laki-laki berusia 56 tahun datang ke instalasi gawat darurat Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Raden Said Sukanto pada tanggal 10 Desember 2025 dengan keluhan nyeri perut yang memberat sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri awalnya dirasakan di daerah periumbilikal, kemudian berpindah dan terlokalisasi di kuadran kanan bawah. Intensitas nyeri dilaporkan berat dengan skala nyeri numerik 8 dari 10 dan semakin memberat saat pasien bergerak, batuk, atau bersin. Keluhan disertai demam yang naik turun, mual, muntah sebanyak dua kali, distensi abdomen, dan tidak dapat buang angin selama tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien juga melaporkan penurunan nafsu makan sejak keluhan muncul. Riwayat penyakit serupa sebelumnya disangkal.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital menunjukkan suhu tubuh 38,5°C, denyut nadi 98 kali per menit, laju napas 26 kali per menit, tekanan darah 126/86 mmHg, dan saturasi oksigen 98% pada udara ruangan. Pemeriksaan abdomen menunjukkan distensi abdomen, bising usus menurun, nyeri tekan difus, defans muskular, dan nyeri lepas positif. Tanda rangsang peritoneal lain seperti *psaos sign* dan *durator sign* juga didapatkan positif. Pada pemeriksaan perkusi ditemukan *shifting dullness* dan uji gelombang cairan (*fluid wave test*) positif yang mengarah pada adanya asites masif.



Gambar 1. Tampilan Abdomen Pasien Dengan Distensi Abdomen Akibat Asites Masif Sebelum Tindakan Bedah

Sumber: Laboratorium An.S 10/ 12/ 2025

Pemeriksaan penunjang laboratorium awal menunjukkan leukositosis berat dengan jumlah leukosit 17.740/ μ L, anemia dengan kadar hemoglobin 8,6 g/dL, dan hiponatremia berat dengan kadar natrium 121 mmol/L. Analisis gas darah menunjukkan asidosis metabolik, dan pemeriksaan fungsi ginjal memperlihatkan peningkatan ureum dan kreatinin yang mengarah pada *acute kidney injury* terkait sepsis. Pemeriksaan laboratorium serial selama perawatan menunjukkan peningkatan leukositosis hingga 42.820/ μ L, disertai perbaikan bertahap kadar natrium, keseimbangan asam-basa, dan fungsi ginjal seiring dengan penatalaksanaan yang diberikan (Tabel 1).

Tabel 1. Perubahan Parameter Laboratorium Pasien Selama Perawatan

Parameter	Hari ke-0	Hari ke-3	Hari ke-8
Hemoglobin (g/dL)	8,6	11,1	10,3
Leukosit (/ μ L)	17.740	26.840	42.820
Natrium (mmol/L)	121	138	142
Kreatinin (mg/dL)	6,3	0,8	0,8

Berdasarkan temuan klinis dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis sebagai apendisitis akut komplikata dengan peritonitis generalisata, abses intraabdomen, dan asites masif, disertai anemia inflamasi, asidosis metabolik, dan acute kidney injury terkait sepsis. Pasien segera mendapatkan terapi suportif dan antibiotik spektrum luas, kemudian dilakukan tindakan laparotomi eksplorasi. Pada tindakan operatif ditemukan appendix retrosekal retroperitoneal dengan perforasi pada sepertiga bagian tengah, disertai koleksi pus intraabdomen dan asites dalam jumlah masif. Dilakukan drainase asites, drainase abdomen, dan appendektomi, kemudian luka operasi ditutup lapis demi lapis.

Pascaoperasi, pasien dirawat dengan pemantauan ketat dan terapi antibiotik intravena. Kondisi klinis pasien menunjukkan perbaikan bermakna, ditandai dengan penurunan nyeri abdomen, kembalinya peristaltik usus, stabilisasi tanda vital, dan perbaikan parameter laboratorium, termasuk fungsi ginjal dan keseimbangan asam-basa. Pada hari pertama pascaoperasi, pasien sudah dapat buang angin dan tidak ditemukan komplikasi pascaoperasi.

Pasien telah mendapatkan penjelasan mengenai kondisi penyakit, tindakan medis yang dilakukan, dan tujuan publikasi laporan kasus ini dan telah memberikan persetujuan tertulis (*informed consent*). Identitas pasien dijaga kerahasiaannya sesuai dengan prinsip etika kedokteran.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Apendisitis akut adalah penyebab tersering kegawatdaruratan bedah abdomen, dengan perjalanan klinis yang dapat berkembang menjadi apendisitis komplikata apabila diagnosis dan penatalaksanaan terlambat. Pada kasus ini, pasien datang dengan keluhan nyeri perut yang bermigrasi dari daerah periumbilikal ke kuadran kanan bawah, disertai demam, mual, muntah, distensi abdomen, dan gangguan flatus. Pola nyeri migrasi tersebut adalah gambaran khas apendisitis akut, sedangkan gejala sistemik dan distensi abdomen mengarah pada proses inflamasi intraabdomen yang berat dan kemungkinan terjadinya komplikasi berupa perforasi dan peritonitis generalisata.

Temuan pemeriksaan fisik pada pasien ini menunjukkan tanda-tanda peritonitis difus, seperti nyeri tekan menyeluruh, defans muskular, rebound tenderness, dan tanda psoas dan obturator yang positif. Ditemukannya shifting dullness dan uji gelombang cairan yang positif menandakan adanya asites masif. Asites masif pada apendisitis komplikata adalah kondisi yang jarang dilaporkan dan mencerminkan proses inflamasi intraabdomen yang berat. Mekanisme terjadinya asites pada kondisi ini diduga berkaitan dengan peningkatan permeabilitas kapiler peritoneum akibat respon inflamasi sistemik, disertai gangguan keseimbangan cairan dan protein selama proses sepsis.

Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan leukositosis progresif ($17.740/\mu\text{L}$) yang mencerminkan respon inflamasi berat akibat infeksi intraabdomen. Anemia (Hb awal $8,6\text{ g/dL}$) yang ditemukan pada pasien ini kemungkinan adalah anemia inflamasi yang sering dijumpai pada kondisi infeksi berat. Hiponatremia berat (121 mmol/L), asidosis metabolik, dan gangguan fungsi ginjal yang ditandai dengan peningkatan ureum (238 mg/dL) dan kreatinin ($6,3\text{ mg/dL}$) mengarah pada kondisi sepsis dengan komplikasi acute kidney injury (AKI). Temuan ini sejalan dengan laporan Bhangu et al. (2015) dan Sartelli et al. (2017) yang menyatakan bahwa apendisitis perforata dengan peritonitis adalah salah satu penyebab utama sepsis intraabdomen dan disfungsi multiorgan bila pengendalian sumber infeksi tidak segera dilakukan (Bhangu et al., 2015; Sartelli et al., 2017).

Temuan intraoperatif pada kasus ini mengonfirmasi diagnosis apendisitis akut komplikata, ditandai dengan appendix retrosekal yang mengalami perforasi, adanya pus intraabdomen, dan asites masif. Lokasi appendix yang retrosekal dan retroperitoneal dapat menyebabkan gejala klinis yang tidak khas dan berkontribusi terhadap keterlambatan diagnosis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya perforasi dan penyebaran infeksi intraabdomen.

Penatalaksanaan pada kasus ini dilakukan sesuai prinsip pengendalian sumber infeksi (*source control*) pada infeksi intraabdomen berat, yaitu melalui resusitasi cairan, pemberian antibiotik spektrum luas, koreksi gangguan elektrolit dan anemia, dan tindakan bedah berupa laparotomi eksplorasi, drainase asites, drainase abdomen, dan appendektomi. Laparotomi eksplorasi dipilih karena adanya peritonitis difus, abses intraabdomen, dan asites masif yang tidak memungkinkan penanganan konservatif maupun drainase perkutan. Pendekatan ini sejalan dengan pedoman World

Society of Emergency Surgery yang merekomendasikan pengendalian sumber infeksi secara adekuat melalui tindakan bedah pada apendisitis komplikata dengan peritonitis dan abses intraabdomen untuk memperbaiki luaran klinis pasien (Sartelli et al., 2017).

Perbaikan kondisi klinis pasien pascaoperasi, yang ditandai dengan stabilisasi hemodinamik, kembalinya peristaltik usus, dan perbaikan parameter laboratorium termasuk fungsi ginjal dan keseimbangan asam-basa, menunjukkan bahwa penatalaksanaan yang tepat waktu dan agresif dapat memberikan luaran yang baik meskipun pasien datang dengan kondisi komplikasi berat. Hal ini menegaskan pentingnya kewaspadaan klinis terhadap apendisitis komplikata, terutama pada pasien dewasa dengan gejala sistemik dan tanda peritonitis, dan perlunya intervensi bedah dini untuk mencegah morbiditas dan mortalitas lebih lanjut.

KE SIMPULAN

Apendisitis akut adalah kegawatdaruratan bedah abdomen yang dapat berkembang menjadi kondisi yang mengancam jiwa apabila diagnosis dan penatalaksanaannya terlambat. Apendisitis akut komplikata dapat menyebabkan perforasi appendix, peritonitis generalisata, pembentukan abses intraabdomen, asites masif, sepsis, dan disfungsi organ.

Laporan kasus ini menggambarkan seorang pasien laki-laki usia 56 tahun dengan apendisitis akut komplikata yang disertai abses intraabdomen dan asites masif, dengan manifestasi klinis berupa nyeri perut kanan bawah berpola migrasi, demam, distensi abdomen, gangguan flatus, dan tanda rangsang peritoneal. Pemeriksaan klinis dan penunjang menunjukkan adanya respon inflamasi sistemik berat, gangguan elektrolit, asidosis metabolik, dan acute kidney injury yang mengarah pada kondisi sepsis.

Tindakan laparotomi eksplorasi yang disertai drainase asites, drainase abdomen, dan appendektomi terbukti berperan penting dalam pengendalian sumber infeksi (source control). Perbaikan kondisi klinis dan parameter laboratorium pascaoperasi menunjukkan bahwa diagnosis yang tepat, intervensi bedah yang cepat, dan terapi suportif yang adekuat adalah faktor kunci dalam menurunkan morbiditas dan memperbaiki luaran klinis pada apendisitis akut komplikata.

Kasus ini menegaskan pentingnya kewaspadaan klinis terhadap apendisitis komplikata, terutama pada pasien dewasa dengan gejala sistemik dan tanda peritonitis, dan perlunya penatalaksanaan bedah dini untuk mencegah progresivitas penyakit dan komplikasi yang lebih berat.

REFERENSI

- Bhangu A, Sireide K, Di Saverio S, et al. Emergency surgery 1 Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2015; 386: 1278–1287.
- Williams NS, O'Connell PR, McCaskie A. *Bailey & Love's Short Practice of Surgery*, 27th Edition. CRC Press, <https://books.google.co.id/books?id=4JdYDwAAQBAJ> (2018).
- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, et al. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice* Elsevier Health Sciences, 2016.
- Mehta N, Marietta M, Copelin II E. Intraabdominal Abscesses. StatPearls.
- Goosenberg E, Kudravalli P, Samant H. Ascites. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2025.
- Sartelli M, Catena F, Abu-Zidan FM, et al. Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES 2016 consensus conference. *World journal of emergency surgery* 2017; 12: 22.
- Ashley SW, Zinner MJ, Hines OJ. *Maingot's Abdominal Operations*. 13th edition. McGraw-Hill Education, <https://books.google.co.id/books?id=zdWrtAEACAAJ> (2018).