



Laporan Kasus: Seorang Anak Laki-Laki 6 Tahun 9 Bulan dengan Appendicitis

Lucia Mavikasari

Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia

*Penulis Korespondensi: luciamavika@gmail.com

Abstract. Appendicitis is one of the most common causes of acute abdominal pain in children and is considered a surgical emergency requiring immediate diagnosis and management to prevent serious complications. Diagnosing appendicitis in children is often challenging because the symptoms are non-specific, and the child's ability to articulate complaints is limited. This case report discusses a 6-year-and-9-month-old boy who presented with a chief complaint of lower right abdominal pain accompanied by nausea, vomiting, and fever. Based on the results of the anamnesis, physical examination, and supporting investigations in the form of laboratory tests and abdominal ultrasound (USG), a diagnosis of acute appendicitis was established. The patient then underwent an appendectomy with good recovery and no complications. This case emphasizes the importance of comprehensive clinical evaluation and the use of non-invasive supporting examinations such as ultrasound in establishing the diagnosis of appendicitis in children. It highlights the critical role of timely diagnosis and intervention, which can lead to favorable outcomes and prevent the risk of perforation or other serious complications. Early recognition and appropriate surgical decision-making are key to improving patient prognosis.

Keywords: Acute Abdominal Pain; Appendectomy; Appendicitis; Child; USG.

Abstrak. Apendisitis merupakan salah satu penyebab nyeri perut akut yang paling umum pada anak-anak dan dianggap sebagai kegawatdaruratan bedah yang memerlukan diagnosis dan penanganan segera untuk mencegah komplikasi serius. Mendiagnosis apendisitis pada anak seringkali sulit karena gejalanya tidak spesifik, dan kemampuan anak untuk mengungkapkan keluhannya terbatas. Laporan kasus ini membahas seorang anak laki-laki berusia 6 tahun 9 bulan yang datang dengan keluhan utama nyeri perut kanan bawah disertai mual, muntah, dan demam. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang berupa tes laboratorium dan ultrasonografi abdomen (USG), diagnosis apendisitis akut ditegakkan. Pasien kemudian menjalani apendektomi dengan pemulihan yang baik dan tanpa komplikasi. Kasus ini menekankan pentingnya evaluasi klinis yang komprehensif dan penggunaan pemeriksaan penunjang non-invasif seperti USG dalam menegakkan diagnosis apendisitis pada anak. Hal ini menyoroti peran penting diagnosis dan intervensi yang tepat waktu, yang dapat menghasilkan luaran yang baik dan mencegah risiko perforasi atau komplikasi serius lainnya. Deteksi dini dan pengambilan keputusan bedah yang tepat merupakan kunci untuk meningkatkan prognosis pasien.

Kata kunci: Akan; Apendixtomi; Apendisitis; Nyeri Perut Akut; USG.

1. PENDAHULUAN

Apendisitis merupakan salah satu penyebab utama nyeri abdomen akut pada anak yang memerlukan intervensi bedah segera (Pratama, 2022). Kondisi ini ditandai oleh inflamasi akut pada apendiks vermiformis, yang apabila tidak tertangani dengan cepat dapat berkembang menjadi perforasi, abses, ataupun peritonitis. Apendisitis dikenal sebagai kegawatdaruratan bedah abdomen tersering, dan merupakan penyebab utama tindakan bedah emergensi pada populasi anak dan remaja (Gadiparthi & Wasim, 2023). Oleh karena itu, setiap anak dengan keluhan nyeri abdomen akut tanpa riwayat apendektomi perlu dievaluasi dengan mempertimbangkan kemungkinan apendisitis.

Secara etiologis, apendisitis umumnya diawali oleh obstruksi lumen apendiks akibat fekalit, hiperplasia jaringan limfoid, benda asing, infestasi parasit, maupun tumor jinak.

Hambatan aliran lumen ini menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal yang mengganggu aliran vena dan limfe, sehingga menimbulkan iskemia mukosa dan pertumbuhan bakteri berlebih seperti *Escherichia coli* serta *Bacteroides fragilis*. Proses ini memicu reaksi inflamasi yang ditandai oleh edema, ulserasi mukosa, dan infiltrasi neutrofil sebagai gambaran khas peradangan akut (Anharuddin et al., 2024). Jika tidak segera diintervensi, inflamasi dapat berlanjut menjadi nekrosis dan perforasi apendiks yang berisiko menyebabkan komplikasi berat pada anak.

Secara global, insidensi apendisitis dilaporkan mencapai sekitar 25 kasus per 10.000 penduduk dengan puncak kejadian pada usia 10–17 tahun (Fitrah et al., 2023). Di Indonesia, data Kementerian Kesehatan tahun 2009 mencatat 539.132 kasus apendisitis dengan prevalensi nasional sekitar 3,36% dari seluruh kasus rawat inap di rumah sakit. Risiko apendisitis pada anak laki-laki dilaporkan mencapai 8,7%, sedangkan pada anak perempuan sekitar 6,7%. Dari seluruh anak yang datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan nyeri abdomen, 1–8% di antaranya terdiagnosis apendisitis akut. Meskipun dapat terjadi pada semua kelompok usia, penyakit ini paling sering ditemukan pada usia sekolah hingga remaja awal, dan relatif jarang pada balita maupun usia dewasa akhir (Fitrah et al., 2023).

Walaupun prevalensinya tinggi, diagnosis apendisitis pada anak sering kali menantang. Keterbatasan kemampuan komunikasi anak menyebabkan kesulitan dalam mendeskripsikan karakteristik nyeri secara tepat. Gejala awal yang tidak khas, seperti demam ringan, mual, atau nyeri periumbilikal, kerap menyerupai penyakit lain seperti gastroenteritis atau infeksi saluran kemih. Hal tersebut berkontribusi pada keterlambatan diagnosis, sehingga sebagian kasus baru terdeteksi setelah terjadi perforasi (Sela et al., 2025).

Variasi anatomi apendiks, seperti posisi retrokaekal atau pelvik, seringkali memengaruhi gejala apendisitis pada anak, menjadikannya lebih sulit untuk didiagnosis. Penelitian oleh Kaplan, Vaid, dan Secko (2025) menekankan bahwa apendisitis retrokaekal sering terlambat didiagnosis, biasanya pada saat perforasi, karena posisi anatomi yang membatasi visualisasi pada pemeriksaan ultrasonografi (USG). Hal ini didukung oleh studi oleh Marcinkevičs et al. (2023) yang menunjukkan bahwa meskipun posisi apendiks yang bervariasi dapat menambah kompleksitas diagnosis, penggunaan USG yang dipadukan dengan data klinis dan laboratorium dapat membantu mengidentifikasi apendisitis pada anak secara lebih efektif. Selain itu, Okeke et al. (2022) menjelaskan bahwa pada anak-anak, terutama yang masih bayi, diagnosis apendisitis memerlukan kewaspadaan tinggi dan pemeriksaan fisik yang teliti, di mana penggunaan alat pencitraan seperti USG sangat membantu dalam meningkatkan akurasi diagnosis. Penelitian lain oleh Baykara et al. (2023) menegaskan bahwa USG tetap

menjadi alat diagnostik pertama yang efektif untuk apendisitis pada anak, dengan sensitivitas dan spesififikasi yang dapat diterima, menunjukkan pentingnya pemanfaatan pemeriksaan penunjang seperti USG untuk diagnosis dini apendisitis, mengingat tantangan yang dihadapi karena posisi apendiks yang bervariasi.

Apendiks vermiformis merupakan struktur tubular kecil yang menonjol dari sekum, dengan panjang rata-rata 6–9 cm dan diameter sekitar 0,5–1 cm. Secara histologis, dinding apendiks mengandung jaringan limfoid yang berperan dalam sistem imun, khususnya dalam proses pembentukan antibodi dan respons imun mukosa usus. Pada anak-anak dan remaja, aktivitas jaringan limfoid ini relatif lebih tinggi dibandingkan orang dewasa, sehingga hiperplasia limfoid lebih mudah terjadi dan menjadi salah satu penyebab utama obstruksi lumen. Selain itu, posisi anatomis apendiks yang bervariasi seperti retrokaekal, pelvik, atau subkaekal dapat memengaruhi manifestasi klinis nyeri, yang sering kali menyesatkan diagnosis awal. Oleh sebab itu, pemahaman mengenai anatomi dan fisiologi apendiks penting untuk menilai variasi gejala apendisitis, khususnya pada populasi pediatrik.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini disusun dalam bentuk laporan kasus (case report) dengan pendekatan retrospektif-deskriptif berdasarkan telaah terhadap data klinis dan rekam medis pasien. Data yang dikumpulkan meliputi hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologis, serta perjalanan klinis pasien selama masa perawatan di rumah sakit. Kasus ini diambil dari pasien yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan ruang rawat inap anak pada bulan Mei 2025. Informasi klinis diperoleh melalui wawancara dengan orang tua pasien untuk mengetahui riwayat penyakit sebelumnya, kebiasaan, dan keluhan utama. Pemeriksaan fisik dilakukan oleh dokter jaga dan dokter pembimbing klinik, disertai pencatatan hasil pemeriksaan laboratorium serta ultrasonografi abdomen yang digunakan sebagai alat bantu diagnosis. Semua data yang diperoleh kemudian dianalisis secara deskriptif dan disusun secara kronologis untuk menggambarkan perjalanan penyakit mulai dari awal keluhan hingga tatalaksana dan hasil perawatan. Kerahasiaan identitas pasien dijaga sepenuhnya sesuai dengan prinsip etika kedokteran. Orang tua pasien telah memberikan persetujuan tertulis (informed consent) untuk penggunaan data medis anaknya dalam kegiatan edukasi dan publikasi ilmiah ini, dengan jaminan bahwa identitas pribadi tidak akan diungkapkan.

3. HASIL PENELITIAN

Seorang anak laki-laki berusia 6 tahun 9 bulan datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada tanggal 11 Mei 2025 dengan keluhan utama nyeri perut kanan bawah yang telah berlangsung selama dua hari sebelum masuk rumah sakit. Awalnya nyeri dirasakan di sekitar pusar (regio umbilicalis), kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah abdomen dan dirasakan semakin berat saat pasien bergerak atau batuk. Nyeri bersifat intermiten, disertai mual dan muntah lebih dari lima kali dalam satu hari. Pasien juga mengeluh demam naik turun sejak satu hari sebelum dirawat serta buang air besar cair tiga kali dalam dua hari terakhir. Tidak terdapat keluhan batuk, pilek, sesak napas, ataupun nyeri saat berkemih.

Dari anamnesis dengan ibu pasien diketahui bahwa pasien merupakan anak kedua, lahir cukup bulan dengan berat lahir 3100 gram dan panjang badan 49 cm. Persalinan berlangsung normal, bayi menangis spontan, dan tidak ditemukan kelainan kongenital. Riwayat kehamilan ibu berjalan baik tanpa komplikasi bermakna. Pasien belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran kompos mentis (GCS E4V5M6). Tanda vital menunjukkan suhu tubuh 37,2°C, frekuensi nadi 87 kali per menit, laju napas 20 kali per menit, dan saturasi oksigen 98%. Pemeriksaan kepala dan leher dalam batas normal, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, serta tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan jantung dan paru dalam batas normal, bunyi jantung reguler tanpa murmur, dan suara napas vesikuler tanpa ronki maupun wheezing.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan dinding perut simetris tanpa distensi, peristaltik normal, serta tidak teraba hepatomegali maupun splenomegali. Ditemukan nyeri tekan pada regio umbilikus dan fossa iliaka kanan, tanpa defans muskuler maupun massa teraba. Turgor kulit baik, ekstremitas hangat, dan capillary refill time kurang dari dua detik.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan hemoglobin 10,0 g/dL, hematokrit 31%, leukosit $19,22 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrofil 84,8%, dan limfosit 10,4%, yang mengindikasikan leukositosis dengan dominasi neutrofil sebagai tanda infeksi akut. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen memperlihatkan apendiks tidak tervisualisasi dengan nyeri tekan di titik McBurney, sehingga kemungkinan apendisitis retrokaekal tidak dapat disingkirkan. Pemeriksaan appendicogram selanjutnya menunjukkan hasil susp. apendisitis kronik (+). Berdasarkan keseluruhan temuan klinis dan penunjang, ditegakkan diagnosis apendisitis akut, dan pasien direncanakan untuk menjalani apendektomi.

Pasien kemudian dirawat di ruang rawat inap anak dan mendapatkan terapi berupa infus Ringer Laktat 14 tpm, injeksi Cefotaxime 3×350 mg, Ondansetron $3 \times \frac{1}{2}$ ampul, Ranitidine $2 \times \frac{1}{2}$

ampul, serta Santagesic 3×250 mg. Pasien juga diberikan Paracetamol sirup 4×1 sendok takar dan Zinc + Vitamin B6 secara oral.

Tindakan apendektomi dilakukan pada 16 Mei 2025. Setelah operasi, kondisi pasien berangsur membaik: nyeri berkurang bertahap, tidak ditemukan demam ulang, dan luka operasi menunjukkan proses penyembuhan baik. Pasien dipulangkan pada 20 Mei 2025 dalam keadaan stabil tanpa komplikasi pascaoperasi

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pasien anak laki-laki berusia 6 tahun 9 bulan datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan utama nyeri perut kanan bawah yang telah dirasakan sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri awalnya muncul di daerah periumbilikal, kemudian berpindah ke regio iliaka kanan dan semakin memberat terutama ketika pasien bergerak atau batuk. Keluhan disertai mual, muntah lebih dari lima kali dalam satu hari, dan demam ringan yang bersifat hilang timbul. Pemeriksaan fisik menunjukkan nyeri tekan di titik McBurney tanpa tanda-tanda peritonitis seperti defans muskuler atau nyeri lepas tekan. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 10 g/dL dan leukosit 19.220/μL dengan neutrofil 84,8%, yang mengindikasikan adanya infeksi bakteri akut. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen memperlihatkan apendiks tidak tampak dengan nyeri tekan lokal di area McBurney, sehingga kecurigaan terhadap apendisitis retrokaekal belum dapat disingkirkan. Pemeriksaan lanjutan berupa appendicogram menunjukkan hasil yang mengarah pada apendisitis kronik. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, ditegakkan diagnosis apendisitis akut, dan pasien kemudian menjalani tindakan apendektomi dengan hasil pascaoperasi yang baik tanpa komplikasi.

Apendisitis berasal dari kata appendix yang berarti umbai cacing dan akhiran -itis yang berarti peradangan, sehingga secara terminologi berarti peradangan pada umbai cacing (appendix vermiformis) (Kryzak & Mulrooney, 2020). Apendisitis merupakan salah satu penyebab paling umum dari nyeri abdomen akut dan termasuk dalam kelompok kegawatdaruratan bedah yang sering dijumpai pada populasi anak-anak dan remaja (Cruz & Mayasari, 2022). Menurut World Health Organization (WHO, 2022), secara global terdapat sekitar 259 juta kasus apendisitis pada laki-laki dan 160 juta kasus pada perempuan setiap tahunnya, dengan angka mortalitas mencapai 21.000 jiwa, di mana proporsi laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2020) melaporkan bahwa jumlah kasus apendisitis di Indonesia mencapai 75.601 kasus per tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa risiko apendisitis pada anak laki-laki

mencapai 8,7%, sedangkan pada anak perempuan sebesar 6,7%, dan dari seluruh pasien anak yang datang ke unit gawat darurat dengan keluhan nyeri abdomen, sekitar 1–8% di antaranya terdiagnosis apendisitis akut (Fitrah et al., 2023).

Berdasarkan gejala klinis dan hasil pemeriksaan, pasien dalam kasus ini juga dapat dinilai menggunakan Pediatric Appendicitis Score (PAS). PAS menilai delapan parameter klinis, meliputi nyeri kuadran kanan bawah, demam, mual atau muntah, anoreksia, batuk yang menambah nyeri, leukositosis, dan dominasi neutrofil. Pada pasien ini diperoleh skor total 7 dari 10 (nyeri RLQ = 2, mual/muntah = 1, demam = 1, leukositosis = 2, dominasi neutrofil = 1), yang menunjukkan risiko tinggi apendisitis akut dan indikasi kuat untuk tindakan bedah. Penggunaan skor ini sangat membantu dalam pengambilan keputusan klinis terutama pada anak dengan gejala tidak khas, serta dapat mengurangi keterlambatan diagnosis maupun tindakan yang tidak perlu.

Berdasarkan klasifikasinya, apendisitis dibedakan menjadi tiga bentuk, yaitu apendisitis akut, apendisitis rekuren, dan apendisitis kronik (Nurafif & Kusuma, 2013). Apendisitis akut merupakan radang mendadak pada umbai cacing yang dapat disertai atau tidak disertai iritasi peritoneum lokal. Apendisitis rekuren ditandai dengan nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang pada akhirnya mengindikasikan perlunya tindakan apendektomi. Sementara itu, apendisitis kronik merupakan kondisi peradangan menahun dengan riwayat nyeri di perut kanan bawah lebih dari dua minggu, sering kali disertai adanya jaringan parut dan ulkus lama pada mukosa, di mana keluhan biasanya mereda setelah dilakukan apendektomi (Sagala & Naziyah, 2023).

Secara etiologis, apendisitis umumnya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks yang mengakibatkan proses inflamasi. Faktor penyebab obstruksi dapat berupa fekalit (massa feses yang mengeras), tumor apendiks, parasit usus seperti *Enterobius vermicularis*, benda asing, maupun hiperplasia jaringan limfoid. Mekanisme dasar terjadinya apendisitis dimulai ketika sumbatan lumen menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal, yang menghambat aliran darah dan limfe lokal, sehingga menimbulkan iskemia mukosa. Kondisi ini menciptakan lingkungan yang ideal bagi pertumbuhan bakteri, terutama *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, dan *Pseudomonas*. Proses inflamasi yang berlangsung terus-menerus akan menyebabkan edema, ulserasi mukosa, dan infiltrasi neutrofil, yang menandai fase apendisitis akut. Apabila tidak ditangani segera, dapat terjadi nekrosis, perforasi, pembentukan abses periapendiks, atau peritonitis generalisata (Lotfollahzadeh et al., 2024). Pada anak-anak, penyebab tersering adalah hiperplasia jaringan limfoid akibat respon imun terhadap infeksi saluran napas atas atau gastrointestinal.

Patofisiologi apendisitis dimulai dengan sumbatan lumen apendiks yang menyebabkan distensi akibat akumulasi mukus dan peningkatan tekanan intramural. Tekanan ini menghambat aliran vena dan limfatik, menimbulkan edema serta kerusakan epitel mukosa. Akibat gangguan sirkulasi, suplai oksigen ke jaringan menurun, menyebabkan iskemia dan nekrosis dinding apendiks. Secara paralel, pertumbuhan bakteri berlebih terjadi di lumen yang tertutup, mula-mula didominasi bakteri aerob, kemudian berkembang menjadi campuran aerob dan anaerob seiring progres inflamasi. Jika proses ini berlanjut tanpa intervensi, apendiks dapat mengalami perforasi, menyebabkan abses lokal atau peritonitis difus yang berpotensi fatal (Lotfollahzadeh et al., 2024).

Diagnosis apendisitis akut ditegakkan berdasarkan kombinasi temuan klinis, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan penunjang. Gejala klasik mencakup nyeri perut yang awalnya bersifat difus di sekitar umbilikus atau epigastrium, kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah setelah beberapa jam. Nyeri ini sering disertai mual, muntah, anoreksia, dan demam ringan. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan nyeri tekan di titik McBurney sebagai tanda khas. Beberapa tanda klinis tambahan yang dapat membantu diagnosis antara lain Rovsing sign, Blumberg sign, dan Psoas sign, yang menunjukkan adanya iritasi peritoneum (Pratama, 2022). Pada anak, pasien sering tampak berjalan sambil membungkuk atau menahan perut karena nyeri.

Pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan pencitraan sangat membantu dalam menegakkan diagnosis. Leukositosis $>10.000/\mu\text{L}$ dengan dominasi neutrofil menunjukkan adanya infeksi bakterial akut, sementara kadar leukosit $>15.000/\mu\text{L}$ sering dikaitkan dengan kemungkinan perforasi. Pemeriksaan radiologis seperti foto polos abdomen kadang memperlihatkan adanya fekalit, namun sensitivitasnya rendah. Ultrasonografi (USG) merupakan pemeriksaan pilihan pertama pada anak karena noninvasif, tanpa radiasi, dan dapat mendeteksi tanda-tanda seperti diameter apendiks $>6\text{ mm}$, dinding menebal, serta tidak kolaps dengan tekanan. Bila USG tidak konklusif, CT-scan abdomen dapat dipertimbangkan, meski penggunaannya dibatasi karena risiko paparan radiasi pada anak (Pratama, 2022).

Apendiks yang tidak tampak pada pemeriksaan USG tidak selalu menyingkirkan diagnosis apendisitis, terutama pada anak-anak. Kondisi ini dapat terjadi akibat posisi anatomi apendiks yang tersembunyi, misalnya retrokaekal atau pelvik, sehingga sulit divisualisasi oleh gelombang ultrasonografi. Selain itu, jumlah lemak periapendikular pada anak yang relatif sedikit juga dapat mengurangi kontras visualisasi antara apendiks dan jaringan sekitarnya. Oleh karena itu, interpretasi hasil USG harus selalu dikaitkan dengan gejala klinis dan pemeriksaan laboratorium. Bila hasil USG tidak meyakinkan, observasi klinis ketat atau pemeriksaan

lanjutan seperti CT-scan dapat dipertimbangkan pada fasilitas dengan perlindungan radiasi yang memadai untuk anak.

Diagnosis banding nyeri perut kanan bawah meliputi penyakit Crohn, ileitis terminalis, ruptur kista ovarium, abses tubo-ovarium, dan kehamilan ektopik pada pasien perempuan usia remaja (Martin, 2021). Penatalaksanaan apendisitis mencakup stabilisasi kondisi umum, terapi antibiotik, dan tindakan pembedahan berupa apendektomi. Cairan intravena diberikan untuk mengatasi dehidrasi akibat muntah dan demam, sedangkan antibiotik seperti sefalosporin generasi kedua digunakan sebagai profilaksis terhadap infeksi pascaoperasi. Apendektomi dapat dilakukan dengan teknik terbuka atau laparoskopi tergantung kondisi pasien dan fasilitas yang tersedia.

5. KESIMPULAN

Apendisitis merupakan salah satu penyebab paling sering dari nyeri abdomen akut pada anak yang memerlukan diagnosis cepat dan penanganan tepat untuk mencegah komplikasi serius seperti perforasi, abses periapendiks, dan peritonitis. Kasus ini menggambarkan seorang anak laki-laki berusia 6 tahun 9 bulan dengan keluhan khas berupa nyeri perut kanan bawah yang didahului nyeri periumbilikal, disertai mual, muntah, dan demam ringan. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, serta temuan penunjang berupa leukositosis dengan dominasi neutrofil dan hasil radiologis yang mendukung, ditegakkan diagnosis apendisitis akut yang kemudian dikonfirmasi melalui tindakan apendektomi. Pasien menunjukkan perbaikan klinis yang baik pascaoperasi dan tidak ditemukan komplikasi, sehingga prognosis dinyatakan baik.

Temuan klinis pada kasus ini menunjukkan bahwa apendisitis pada anak sering kali memiliki gejala yang tidak spesifik dan dapat menyerupai keluhan gastrointestinal lainnya. Oleh karena itu, pendekatan diagnostik yang sistematis menjadi kunci, dengan mengutamakan kombinasi antara anamnesis menyeluruh, pemeriksaan fisik yang teliti, serta pemeriksaan laboratorium sederhana seperti hitung leukosit dan diferensial neutrofil yang masih memiliki nilai diagnostik tinggi. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen merupakan modalitas pencitraan pilihan pertama yang efektif, non-invasif, dan aman digunakan pada anak, terutama untuk menyingkirkan diagnosis banding lain. Selain itu, penggunaan scoring system seperti Pediatric Appendicitis Score (PAS) dapat membantu tenaga medis dalam menentukan derajat kecurigaan klinis terhadap apendisitis, sehingga intervensi dapat dilakukan lebih cepat dan tepat sasaran. Kasus ini juga menegaskan pentingnya kewaspadaan klinis tenaga kesehatan terhadap anak dengan keluhan nyeri perut akut, terutama jika nyeri bersifat berpindah atau

semakin progresif. Penundaan diagnosis atau tindakan dapat meningkatkan risiko perforasi, peritonitis, dan komplikasi pascaoperasi yang berpengaruh terhadap lama rawat inap dan outcome pasien. Oleh karena itu, pengenalan dini, observasi ketat, serta pengambilan keputusan yang cepat dan tepat untuk melakukan tindakan bedah merupakan kunci keberhasilan dalam tata laksana apendisitis pada anak.

Hasil yang baik pada pasien ini menunjukkan bahwa penanganan yang cepat dan terintegrasi antara dokter umum, dokter anak, dan dokter bedah anak dapat memberikan hasil klinis yang optimal. Tatalaksana komprehensif yang mencakup resusitasi cairan, pemberian antibiotik empiris, dan apendektomi sebagai terapi definitif terbukti efektif dalam mengurangi angka morbiditas dan mortalitas. Dengan demikian, laporan kasus ini menegaskan bahwa diagnosis apendisitis pada anak tidak boleh hanya bergantung pada satu parameter, melainkan merupakan hasil sintesis dari keseluruhan aspek klinis dan penunjang. Pemeriksaan USG tetap menjadi modalitas utama untuk diagnosis awal, sedangkan apendektomi merupakan terapi definitif dengan prognosis baik bila dilakukan sebelum timbul komplikasi. Studi ini juga menyoroti pentingnya peningkatan kemampuan klinis tenaga medis dalam mengenali tanda-tanda awal apendisitis, agar diagnosis dan intervensi dapat dilakukan secara tepat waktu untuk menurunkan risiko komplikasi dan mempercepat pemulihan pasien anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldayani, F., Juneva, A., Herlina, H., Matasik, M., & Jeni, R. (2024). Analisis tantangan dan peluang pendidikan agama Kristen bagi generasi Alpha. *Relinesia: Jurnal Kajian Agama dan Multikulturalisme Indonesia*, 3(4), 393-406. <https://doi.org/10.572349/relinesia.v3i4.2239>
- Anharuddin, M., Miftahurrahman, M., & Harahap, H. (2024). Gambaran karakteristik pasien bedah anak dengan apendisitis di RSUD Raden Mattaher Jambi. *JOMS*, 4(1).
- Baykara, A. S., et al. (2023). Acute appendicitis in children: Evaluation of the diagnostic efficacy of ultrasonography and computed tomography. *Pediatric Radiology Journal*, 53(4), 487-495. <https://doi.org/10.7759/cureus.43860>
- Cruz, H. H. D., & Mayasari, D. (2022). Aspek klinis dan tatalaksana apendisitis akut. *JK Unila*, 6(2). <https://doi.org/10.23960/jkunila.v6i2.pp79-83>
- Fitrah, Y. S., Purnamasari, R. J., Jafar, M. A., Gani, A. B., & Hasbi, B. E. (2023). Literature review: Akurasi penegakan diagnosis apendisitis akut pada anak menggunakan sistem skoring PAS. *INNOVATIVE: Journal of Social Science Research*, 3(6).
- Gadiparthi, R., & Waseem, M. (2023, July 3). Apendisitis pediatrik. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441864/>

- Kaplan, C., Vaid, R., & Secko, M. (2025). Identification of pediatric retrocecal appendicitis using point-of-care ultrasound (POCUS): A case series. *Journal of Pediatric Emergency Medicine*, 12(1), 45-53. <https://doi.org/10.24908/pocusj.v10i01.17744>
- Krzyzak, M., & Mulrooney, S. M. (2020). Acute appendicitis review: Background, epidemiology, diagnosis, and treatment. *Cureus*, 12(6), e8562. <https://doi.org/10.7759/cureus.8562>
- Lotfollahzadeh, S., Lopez, R. A., & Deppen, J. G. (2024, February 12). Radang usus buntu. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
- Marcinkevičs, R., Wolfertstetter, P. R., Klimiene, U., Chin-Cheong, K., Paschke, A., Zerres, J., ... & Wellmann, S. (2023). Interpretable and intervenable ultrasonography-based machine learning models for pediatric appendicitis. *arXiv preprint arXiv:2302.14460*. <https://doi.org/10.1016/j.media.2023.103042>
- Martin, R. F. (2021). Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. *Uptodate*.
- Okeke, R. N., et al. (2022). Infantile appendicitis: Importance of diagnostic accuracy in young children. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 82, 102-108.
- Pratama, Y. (2022). Aspek klinis dan tatalaksana apendisitis akut pada anak. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 5(2). <https://doi.org/10.30596/jih.v2i4.11864>
- Sagala, W. T., & Naziyah. (2023). Analisis intervensi keperawatan sebagai penggunaan cemicetine zalf sebagai primary dressing pada fase proliferasi luka pada pasien Nn. D dan Ny. F dengan diagnosis medis post op apendisitis di RS UKI. *Jurnal Malahayati*, 6(4). <https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i4.8894>
- Sela, G. M., Lampus, G. F., & Rawung, R. B. F. (2025). Perbandingan sistem penilaian Pediatric Appendicitis Score dan Alvarado Score dalam memprediksi kasus apendisitis pada anak. *Medical Scope Journal*, 7(2). <https://doi.org/10.35790/msj.v7i2.61268>
- Wendari, A., Kusumajaya, H., & Faizal, M. (2025). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit apendisitis di Rumah Sakit Bakti Timah Pangkalpinang tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1). <https://doi.org/10.31004/jkt.v6i1.39859>