

# Evaluasi Penatalaksanaan Abses Leher Dalam di Departemen THT-KL Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Periode Januari 2012–Desember 2012

**Mukhlis Imanto**

Bagian Ilmu Penyakit Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher (THT-KL),  
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

## Abstrak

Abses leher dalam didefinisikan sebagai kumpulan nanah setempat yang terbentuk dalam ruang potensial diantara fascia leher dalam akibat kerusakan jaringan yang berasal dari penjaluran infeksi gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal, telinga tengah, dan leher. Penatalaksanaan bertujuan menurunkan angka morbiditas dan terutama mortalitas, meliputi insisi dan drainase serta pemberian antibiotik yang efektif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penatalaksanaan abses leher dalam di Departemen THT-KL Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung. Penelitian dilakukan dengan metode deskriptif retrospektif pada penderita yang terdiagnosis abses leher dalam berdasarkan data rekam medik periode Januari-Desember 2012. Hasil penelitian menunjukkan bahwa didapatkan 28 pasien, laki-laki (68%) dan perempuan (32%), terjadi pada kelompok usia terbanyak 20-39 tahun (50%), dengan tingkat sosial ekonomi rendah (64%). Berdasarkan jenis atau lokasi abses didapatkan terbanyak abses peritonsillar (32%) dengan sumber infeksi terbanyak dari odontogenik (50%). Penatalaksanaan terbanyak, antibiotik disertai insisi drainase (43%). Lama perawatan diperoleh terbanyak <7 hari (39%) dengan kondisi saat pulang terdapat perbaikan (71%). Simpulan penatalaksanaan abses leher dalam di Departemen THT-KL RSHS Bandung periode Januari-Desember 2012 memperlihatkan kondisi pasien saat pulang dengan perbaikan. [JuKe Unila 2015; 5(9):33-37]

**Kata kunci** : abses leher dalam, penatalaksanaan, evaluasi

## The Evaluation of Deep Neck Space Abscess Management in Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery (ORL-HNS) Outpatient Clinic Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung From January Until December 2012

### Abstract

Deep neck space abscess is defined as pus collection in potential spaces between deep neck fascia as a result of tissue damage due to extension of infection from several sources such as teeth, oral cavity, pharynx, paranasal sinuses, middle ear, and neck. The main management in deep neck space abscess are incision and drainage, combined with effective antibiotic treatment. Purpose of this experiment is to evaluate the management of deep neck space abscess in otorhinolaryngology head and neck surgery (ORL-HNS) Outpatient Clinic Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung. This study is a descriptive retrospective study towards patient diagnosed with deep neck space abscess according to medical record from January until December 2012. The result show that there were 28 patient, male (68%), and female (32%), age group 20-39 years old (50%), with lower economic status (64%). Based on abscess location the most found are peritonsillar (32%), with source of infection found from odontogenic (50%). The most caring management is giving antibiotic combined with incision and drainage (43%). The most length of stay noted were less than 7 day (39%) with condition at discharge shows improvement in (71%). Conclusion, the management of deep neck space abscess in otorhinolaryngology head and neck surgery (ORL-HNS) Outpatient Clinic Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung from January until December 2012 indicated condition at discharge mostly with improvement. [JuKe Unila 2015; 5(9):33-37]

**Key words** : Deep neck space abscess ,management, evaluation

Korespondensi: dr. Mukhlis Imanto, M.Kes, SpTHT(KL), Alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro No. 1, Hp. 081369715264, e-mail mukhlisimantokhlis@yahoo.co.id

### Pendahuluan

Abses leher dalam didefinisikan sebagai kumpulan nanah setempat yang terbentuk dalam ruang potensial diantara fascia leher dalam akibat dari kerusakan jaringan yang merupakan penjaluran infeksi dari berbagai sumber, seperti gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal, telinga tengah, dan leher. Penyebab paling sering dari abses leher dalam adalah infeksi gigi (43%) dan penyalahgunaan narkoba

suntikan (12%).<sup>1</sup> Penelitian Huang *et al.* (2008)<sup>2</sup>, menemukan kasus infeksi leher dalam sebanyak 185 kasus. Abses submandibula (15,7%) merupakan kasus terbanyak ke dua setelah abses parafaring (38,4), diikuti oleh Ludwig's angina (12,4%), parotis (7%) dan retrofaring (5,9%). Yang *et al.*(2008)<sup>3</sup>, pada 100 kasus abses leher dalam yang diteliti April 2001 sampai Oktober 2006 mendapatkan perbandingan antara laki-laki dan perempuan

3:2. Lokasi abses lebih dari satu ruang potensial 29%. Abses submandibula 35%, parafaring 20%, mastikator 13%, peritonsil 9%, sublingual 7%, parotis 3%, infra hyoid 26%, retrofaring 13%, ruang karotis 11%.

Pada periode Februari-Agustus 2006 dilakukan penelitian tentang abses ruang leher dalam di Bagian Ilmu Kesehatan THT-KL RSHS dan Rumah Sakit Jejaring dan didapatkan hasil lokasi abses leher dalam yang terbanyak yaitu ruang peritonsiler dan ruang submandibuler, kemudian diikuti ruang colli posterolateral, colli anterior dan M. Sternokleidomastoideus, parafaring, parotis.<sup>4</sup> Di Bagian THT-KL Rumah Sakit dr. M. Djamil Padang selama 1 tahun terakhir (Oktober 2009 sampai September 2010) didapatkan abses leher dalam sebanyak 33 orang, abses peritonsil 11 (32%) kasus, abses submandibula 9 (26%) kasus, abses parafaring 6 (18%) kasus, abses retrofaring 4 (12%) kasus, abses mastikator 3(9%) kasus, abses pretrakeal 1 (3%) kasus.

Abses leher dalam tergolong sebagai kedaruratan THT karena merupakan suatu kondisi yang mengancam jiwa akibat komplikasi-komplikasinya yang serius seperti obstruksi jalan napas, kelumpuhan saraf kranial, mediastinitis, dan kompresi hingga ruptur arteri karotis interna. Etiologi infeksi di daerah leher dapat bermacam-macam. Angka morbiditas dan mortalitas tentunya tergantung pada komplikasi yang terjadi. Kuman penyebab abses leher dalam biasanya terdiri dari campuran kuman aerob, anaerob maupun fakultatif anaerob. Menurut Asmar yang dikutip Murray *et al.*(2003)<sup>5</sup> mendapatkan kultur dari abses retrofaring 90 % mengandung kuman aerob, dan 50% pasien ditemukan kuman anaerob.

Penatalaksanaan bisa diawali dengan dosis antibiotik intravena, bila jalan nafas berada dalam keadaan berbahaya diperlukan tindakan trakheostomi. Trakheostomi atau krikotirotomi dapat dilakukan untuk mengatasi sumbatan jalan nafas, dimana 24 jam setelah dilakukan krikotirotomi, dilakukan persiapan untuk tindakan trakheostomi untuk mencegah komplikasi lebih lanjut pada daerah laring. Pada saat jalan nafas telah diamankan, kultur dan tes resistensi dari abses harus dilakukan. Terapi empirik harus diberikan untuk eradikasi kuman patogen. Biasanya infeksi dari kuman patogen polimikrobial (gram positif, gram negatif, aerobik, anaerobik dan kuman yang

memproduksi  $\beta$ -laktamase). Untuk itu antibiotik dari golongan ampicillin-sulbactam atau clindamycin dengan golongan ke III sefalosporin seperti contohnya ceftazidim dapat diberikan sambil menunggu hasil kultur.<sup>6</sup>

Saat terjadi pembentukan abses, biasanya terapi medikamentosa saja tidak cukup, apabila dengan terapi medikamentosa yang adekuat selama 48 jam tidak ada perubahan, diperlukan tindakan pembedahan seperti insisi dan drainase abses. Pemberian cairan yang adekuat, monitor output-input, observasi status sirkulasi dan pulmonologi dari pasien harus terus dilakukan untuk mencegah komplikasi dari infeksi ruang leher.<sup>7</sup> Insisi dan drainase atau pembedahan harus dilakukan, pada kasus-kasus infeksi ruang leher yang telah terjadi komplikasi, atauantisipasi komplikasi yang terjadi.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran penatalaksanaan abses leher dalam di Departemen THT-KL RSHSBandung periode Januari 2012-Desember 2012. Diharapkan dengan mengetahui gambaran penatalaksanaan abses leher dalam ini dapat menangani abses leher dalam lebih baik serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

## Metode

Penelitian dilakukan dengan metode deskriptif retrospektif. Sampel penelitian diambil dari semua pasien bagian THT-KL RSHS Bandung yang didiagnosis sebagai abses leher dalam, yang datang selama jangka waktu penelitian.

Penelitian ini dilakukan dari bulan Januari 2012-Desember 2012 dengan melihat data rekam medik pasien abses leher dalam. Data yang diambil adalah jenis kelamin, umur, sumber pembiayaan, status gizi, penyakit sistemik yang berhubungan, jenis abses, sumber infeksi, gambaran penatalaksanaan, lama perawatan, serta kondisi saat pulang.

## Hasil

Dari penelitian ini didapatkan 28 pasien abses leher dalam datang berobat ke bagian Ilmu Kesehatan THT-KL RSHS selama periode Januari 2012-Desember 2012. Terdiri dari laki-laki 19 orang (68%) dan perempuan 9 orang (32%).

**Tabel 1. Profil Penderita Abses Leher Dalam Berdasarkan Umur**

Umur	Total	%
< 20 thn	1	4
20 – 39 thn	14	50
40 – 60 thn	10	35
>60 thn	3	11

Dari pengelompokan umur tersebut didapatkan kelompok usia <20 tahun 1 orang (4%), 20-39 tahun 14 orang (50%), 40-60 tahun 10 orang (35%), usia >60 tahun 3 orang (11%).

Sebagian besar pasien datang dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah 18 orang (64%) diikuti dengan tingkat sosial ekonomi menengah ke atas 10 orang (36%) dengan status gizi baik 18 orang (64%), kurang 8 orang (29%), buruk 2 orang (7%).

Untuk penyakit sistemik yang menyertai, hipertensi ditemukan paling banyak yaitu 5 orang (18%), diikuti dengan diabetes mellitus 4 orang (14%), penyakit jantung 3 orang (11%), penyakit paru 2 orang (7%) dan tanpa penyakit penyerta 14 orang (50%).

Dari total 28 subjek penelitian didapatkan lokasi abses leher dalam yang berbeda (Tabel 2). Abses peritonsillar 9 orang (32%), abses retrofaring 4 orang (14%), abses parafaring 1 orang (4%), abses submandibuler 5 orang (18%), abses submental 2 orang (7%), abses gabungan (submandibuler + parafaring) 7 orang (25%). Sumber infeksi ditemukan dari odontogenik 14 orang (50%), otogenik 1 orang (4%), saluran aerodigestif 9 orang (32%), idiopatik 4 orang (14%) (Tabel 3).

**Tabel 2. Lokasi Abses Leher Dalam**

Lokasi	Jumlah	%
Peritonsillar	9	32
Retrofaring	4	14
Parafaring	1	4
Submandibuler	5	18
Submental	2	7
Gabungan (submandibuler+parafaring)	7	25
Total	28	100

**Tabel 3. Sumber Infeksi Abses Leher Dalam**

Sumber infeksi	Jumlah	%
Odontogenik	14	50
Otogenik	1	4
Saluran aerodigestive	9	32
Idiopatik	4	14
Total	28	100

Dari gambaran penatalaksanaan didapatkan dengan pemberian antibiotik saja 6 orang (21%), antibiotik disertai dengan pemberian steroid 3 orang (11%), antibiotik disertai insisi drainase 12 orang (43%), antibiotik dan insisi drainase serta memerlukan trakheostomi 7 orang (25%), dapat dilihat pada Tabel 4.

**Tabel 4. Penatalaksanaan Abses Leher Dalam**

Penatalaksanaan	Jumlah	%
Antibiotik	6	21
Antibiotik + steroid	3	11
Antibiotik + insisi drainase	12	43
Antibiotik + insisi drainase + trakheostomi	7	25
Total	28	100

Sedangkan untuk lama perawatan diperoleh < 7 hari 11 orang (39%), 7-14 hari 8 orang (29%), >14 hari 9 orang (32%). Kondisi saat pulang dengan perbaikan ditemukan pada 20 orang (71%), respon terapi kurang 5 orang (18%), meninggal 3 orang (11%).

## Pembahasan

Dari hasil penelitian ini didapatkan jumlah penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini sesuai dengan penelitian Yang *et al.* (2008)<sup>3</sup> pada 100 kasus abses leher dalam yang diteliti April 2001-Oktober 2006 dan didapatkan perbandingan antara laki-laki dan perempuan 3:2. Menurut Chang *et al.* (2000)<sup>8</sup> menunjukkan tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan penyebab pasti belum diketahui.

Dari data penelitian didapatkan kelompok umur yang terbanyak saat berkunjung ke bagian THT-KL RSHS Bandung adalah kelompok umur 20-39 tahun diikuti dengan kelompok umur 40-60 tahun. Berdasarkan usia penderita abses sebagian besar pada usia produktif sebanyak 50% berusia antara 20-39 tahun dan mulai menurun pada usia >60 tahun. Hal ini sesuai yang dilaporkan Scott *et al.* (2001)<sup>9</sup>, terbanyak pada usia dewasa dan penyebab tersering adalah infeksi gigi. Mengingat tingginya penderita abses leher dalam di kelompok usia produktif ini, maka diperlukan penanganan yang tepat agar tidak berdampak pada penurunan produktivitas kerja dan gangguan kualitas hidup.

Sebagian besar pasien datang dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah 18 orang (64%) hal ini diketahui dari sumber pembiayaan saat mendaftar masuk rumah sakit yakni yang terdaftar sebagai pasien jamkesmas, dan dengan status gizi baik 18 orang (64%). Status gizi ini tentunya sangat dipengaruhi oleh jenis, lokasi, tingkat keparahan, ataupun komplikasi yang muncul dari penyakit abses leher dalam. Kebanyakan pasien yang terlambat datang ke rumah sakit juga disertai dengan status gizi yang jelek padahal kondisi ini dapat memperparah penyakit abses leher dalam itu sendiri. Sehingga penanganan yang cepat dengan tetap memperhatikan nutrisi yang masuk adalah penting.

Untuk penyakit sistemik yang menyertai, hipertensi ditemukan paling banyak yaitu 5 orang (18%). Marioni *et al.* (2010)<sup>7</sup> dalam penelitiannya juga menemukan hipertensi sebagai penyakit sistemik terbanyak yang menyertai abses leher dalam ini.

Dari Tabel 2 dan tabel 3 didapatkan lokasi tersering abses leher dalam yaitu ruang peritonsiler sebesar 32%. Hal ini sesuai dengan penelitian Yellon *et al.* (1995)<sup>10</sup> abses peritonsiler paling sering. Sumber infeksi biasanya berasal dari odontogenik, otogenik atau saluran aerodigestif atas. Kemungkinan besar disebabkan karena infeksi kriptik pada bagian superior yang menembus kapsul tonsil dan meluas ke ruang jaringan ikat di antara kapsul dan dinding posterior fossa tonsillaris. Peradangan dapat terlokalisir di sini atau menembus otot konstriktor superior atau melalui vena sehingga terjadi abses parafaring bahkan dapat meluas sampai mediastinum. Keadaan ini ditemukan pada remaja dan dewasa muda, sedangkan selulitis paratonsiler lebih banyak ditemukan pada anak.

Dari gambaran penatalaksanaan didapatkan yang terbanyak adalah dengan pemberian antibiotik disertai insisi drainase yaitu 12 orang (43%). Sedangkan untuk lama perawatan tersering < 7 hari yaitu 11 orang (39%), Dan kondisi saat pulang terbanyak adalah dengan perbaikan 20 orang (71%). Dalam hal ini dapat dilihat bahwa penatalaksanaan dengan pemberian antibiotik disertai insisi drainase adalah yang terbaik. Hal ini sesuai menurut Marioni *et al.* (2010)<sup>7</sup> penatalaksanaan abses leher dalam meliputi operasi untuk evakuasi dan drainase abses,

identifikasi kuman penyebab, dan pemberian antibiotik. Hal ini akan mengurangi komplikasi dan mempercepat perbaikan. Sebagian pasien memiliki respon terapi yang kurang 5 orang (18%), hal ini dikarenakan pasien tidak kontrol teratur serta memutuskan untuk pulang paksa saat dirawat di rumah sakit. Untuk itu diperlukan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai kondisi penyakitnya. Sedangkan yang meninggal 3 orang (11%) penyebab kematiannya adalah sepsis yang berlanjut kepada kegagalan fungsi organ sehingga diperlukan penanganan yang multidisipliner.

### Simpulan

Penatalaksanaan abses leher dalam di Departemen THT-KL RSHS Bandung periode Januari 2012-Desember 2012 memperlihatkan kondisi pasien saat pulang dengan perbaikan sebanyak 71%.

### Daftar Pustaka

1. Andrina YMR. Abses retrofaring [internet]. Medan: Fakultas Kedokteran Bagian Ilmu Penyakit Telinga Hidung Tenggorokan Universitas Sumatera Utara; 2003 [diakses tanggal 25 Februari 2013]. Tersedia dari: <http://www.repository.usu.ac.id>.
2. Huang SH, Yang SW, See LC, Lee MH, Chen TM, Chen TA. Deep neck abscess: an analysis of microbial etiology and the effectiveness of antibiotics, infection and drug resistance [internet]. USA: Dove Press; 2008 [diakses tanggal 24 Februari 2013]. Tersedia dari <http://www.dovepress.com/deep-neck-abscess-an-analysis-of-microbial-etiology-and-the-effectiveness>.
3. Yang SW, Lee MH. Analysis of life-threatening complications of deep neck abscess and the impact of empiric antibiotics. *Journal Oto-rhino-laryngology*. 2008; 70(4):249-5
4. Frans R. Ketepatan aspirasi abses ruang leher dalam dengan atau tanpa panduan ultrasonografi [tesis]. Bandung: fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran; 2006.
5. Murray AD, McClay JF, Booth T. Intravenous antibiotic therapy for deep neck abscesses defined by computed tomography. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003; 129:1207-12.

6. Baba Y, Kato Y, Saito H, Ogawa K. Management of deep neck infection by a transnasal approach: a case report. *Journal of Medical Case Report*. 2009; 3:7317.
7. Marioni G, Stafferi A, Parisi S, Marchese-Ragona R, Zuccoon A, Staffieri C, et al. Rational diagnostic and therapeutic management of deep neck infections: analysis of 233 consecutive cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2010; 119(3):181-7.
8. Chang CC, Chen MK, Wen YS. Deep neck infections in diabetic patients. *Am J Otolaryngol*. 2000; 21:169-73.
9. Scott BA, Steinberg CM, Driscoll BP. Infection of the deep space of the neck. Dalam: Bailey BJ, Jhonson JT, Kohut RI, editor. *Otolaryngology head and neck surgery*. Philadelphia: Lippincott Company; 2001.
10. Yellon RF, Bluestone CD, Weissman JL, Ungkanont K, Casselbrant ML, Gonzalez-Valdepena H. Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995; 112:375-82.