



Perforasi gaster: case report

Gastric perforations : case report

Annisya Rima¹, Mohammad Arifin², Bay Hepi Kosasih¹

¹Universitas Tarumanagara Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia

²Rumah Sakit Umum Daerah R.A.A Soewondo Pati, Jawa Tengah, Indonesia

ABSTRACT

Gastric perforation is a condition characterized by damage to the gastric wall resulting in a connection between the gastric lumen and the peritoneal cavity. The two main factors involved in the etiology are nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Proper diagnosis and management are needed in handling this case. This case report aims to describe a case of gastric perforation in an 82-year-old patient. This type of study is a case report. This case report tends to pay attention to the problems and descriptions of its management, especially at RSUD R.A.A Soewondo Pati for the cases that researchers want to find. This report was conducted at RSUD R.A.A Soewondo Pati. The subject in this case report is an 82-year-old woman who came to the ER with complaints of pain throughout the abdomen. Abdominal pain is felt like being stabbed, limbs when moving or coughing. Based on anamnesis, physical examination and examination, the patient was diagnosed with peritonitis and caused perforation of hollow organs. The most common symptoms that can appear are distension and pain in the abdomen. The examination tools include physical examination, vital signs examination, rectal touch examination, laboratory and radiology examinations on patients. The data analysis technique uses descriptive analysis. The results of the case report indicate that a case of gastric peritonitis has been reported in an 82-year-old woman. In this case, the patient's final diagnosis was peritonitis et causa gastric perforation and laparotomy was performed and a gastric corpus perforation measuring $\pm 2 \times 1$ cm was found and the perforated part was closed. The surgical procedure performed provided improvement in symptoms.

Keywords: Gastric perforation; peritonitis; exploratory laparotomy

ABSTRAK

Perforasi gaster merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan destruksi pada dinding gaster yang mengakibatkan adanya hubungan antara lumen gaster dan kavum peritoneum. Dua faktor utama yang terlibat dalam etiologi adalah obat antiinflamasi nonsteroid (NSAIDS) dan *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Diagnosis dan tatalaksana yang tepat diperlukan dalam menangani kasus ini. Jenis studi ini adalah laporan kasus yang bertujuan untuk menggambarkan kasus perforasi gaster pada seorang pasien berusia 82 tahun. Studi ini dilakukan di RSUD R.A.A Soewondo Pati dan subjek dalam studi ini yaitu seorang perempuan berusia 82 tahun yang datang ke IGD dengan keluhan nyeri seluruh lapang abdomen. Nyeri perut dirasakan seperti ditusuk-tusuk, memberat bila bergerak atau batuk. Laporan kasus ini cenderung memperhatikan permasalahan dan gambaran penatalaksanaanya terutama di RSUD R.A.A Soewondo Pati terhadap kasus yang ditemukan. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, pasien didiagnosis dengan peritonitis et causa perforasi organ berongga. Gejala paling umum yang dapat muncul adalah distensi dan nyeri pada abdomen. Alat pemeriksaan berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan rectal touche, pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi pada pasien. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif. Hasil laporan kasus menunjukkan kasus peritonitis gaster pada perempuan berusia 82 tahun dengan diagnosis akhir pasien adalah peritonitis et causa perforasi gaster dan dilakukan tatalaksana laparotomi dan didapatkan adanya perforasi corpus gaster berukuran $\pm 2 \times 1$ cm dan dilakukan penutupan pada bagian yang mengalami perforasi. Tindakan pembedahan yang dilakukan memberikan perbaikan pada gejala.

Kata kunci : Perforasi gaster; peritonitis; laparotomi eksplorasi

Korespondensi: Annisya Rima, Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia, 089656812949, anissyarima37@gmail.com

PENDAHULUAN

Perforasi gaster merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan destruksi pada dinding gaster yang mengakibatkan adanya hubungan antara lumen gaster dan kavum peritoneum. Penyebab tersering perforasi gaster adalah ulkus peptikum (1). Perforasi dapat terjadi secara spontan akibat tukak lambung dan Dua faktor utama yang terlibat dalam etiologi adalah obat antiinflamasi nonsteroid (NSAIDS) dan *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Faktor lain yang dapat menyebabkan perforasi gaster adalah merokok, penyakit hati kronis, gagal ginjal kronis, terutama selama dialisis dan transplantasi, serta hiperparatiroidisme (2).

Perforasi gaster begitu penting untuk dilaporkan karena gambaran klinis pada pasien dengan perforasi ulkus peptik kadang-kadang tidak jelas, sehingga terkadang kebanyakan pasien datang dengan tanda dan gejala peritonitis bahkan sampai ke sepsis. Variasi gejala klinis, keterlambatan dari diagnosis dan penanganan dapat menyebabkan perburukan gejala dan penurunan kondisi klinis yang dapat mengakibatkan hasil akhir yang buruk (3).

Sebuah studi epidemiologi yang dilakukan Dadfar, dkk (2020) menyatakan bahwa incidence rate ratio pada perforasi gaster meningkat seiring bertambahnya usia (4). Studi lain menyatakan insiden penyakit tukak lambung diperkirakan ~1,5–3%, prevalensi perforasi seumur hidup adalah ~5% dan angka kematian berkisar antara 1, 3 hingga 25% dan lebih sering terjadi pada laki-laki (5). Perforasi gaster akan menyebabkan peritonitis akut yang menyebabkan penderita yang mengalami perforasi ini tampak kesakitan hebat. Gejala yang paling sering ditemukan adalah nyeri yang dirasakan tiba-tiba, takikardi, dan ketegangan pada dinding abdomen. Gejala lain yang dapat timbul adalah ileus, gangguan pernapasan, muntah, hematemesis dan hematochezia (1)(5).

Diagnosis dan tatalaksana yang tepat diperlukan dalam menangani kasus perforasi gaster untuk mencegah komplikasi bahkan kematian akibat kejadian ini (1). Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan kasus perforasi gaster pada seorang perempuan berusia 82 tahun berdasarkan anamnesa, pemeriksaan fisik, penunjang serta tatalaksana yang diberikan pada pasien.

METODE

Laporan kasus ini dilaksanakan berdasarkan Surat Uji Etik yang dikeluarkan oleh UPT RSUD R.A.A Soewondo Pati No. 800/4192/014 pada tanggal 21 Desember 2023. Jenis penelitian ini adalah laporan kasus berbentuk deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang digunakan untuk membuat gambaran masalah yang terjadi bertujuan untuk mendeskripsikan apa yang terjadi pada saat dilakukan penelitian. Jenis studi kasus ini cenderung memperhatikan permasalahan dan gambaran penatalaksanaannya terutama di RSUD R.A.A Soewondo Pati terhadap kasus yang ingin ditemukan. Studi ini dilakukan di RSUD R.A.A Soewondo Pati dengan subjek seorang perempuan berusia 82 tahun yang datang ke IGD RSUD RAA Soewondo Pati dengan keluhan nyeri pada seluruh lapang perut sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Alat pemeriksaan berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan rectal touche, pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi pada pasien. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif.

HASIL

Seorang perempuan berusia 82 tahun datang ke IGD RSUD RAA Soewondo Pati dengan keluhan nyeri pada seluruh lapang perut sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Berdasarkan anamnesis nyeri awalnya dirasakan oleh pasien pada bagian ulu hati kemudian meluas ke seluruh lapang perut. Pasien mengeluhkan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan terus menerus, skala nyeri VAS 9. Pasien juga mengalami kembung, mual dan juga muntah sebanyak 2 kali berisi cairan, berwarna bening dan terasa pahit. Pasien juga membatasi pergerakan

agar mengurangi nyeri pada perutnya, asupan nutrisi pasien juga berkurang dikarenakan keluhan yang dialami pasien. Pasien juga mengeluhkan belum buang air besar sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit, keluhan lain seperti demam disangkal oleh pasien. Pasien memiliki kebiasaan rutin mengkonsumsi jamu pegal linu, makan yang pedas seperti sambal, dan pasien juga memiliki riwayat gastritis. Riwayat trauma disangkal oleh pasien, pasien tidak memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol.

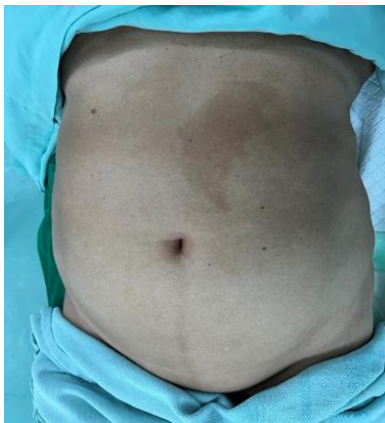
Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran kompos mentis, GCS (E4V5M6). Pemeriksaan tanda vital pasien didapatkan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 37.0°C. pemeriksaan fisik didapatkan pada inspeksi abdomine tampak distensi, pada auskultasi terdengar bising usus menurun, pada perkusi didapatkan hipertimpani, pekak hepar menghilang, terdapat nyeri ketok dan nyeri tekan di seluruh regio abdomen dan juga terdapat defans mukular. Pada pemeriksaan rectal touche didapatkan tonus sfingter ani kuat, ampulla recti tidak kolaps, mukosa teraba licin, tidak teraba masa, terdapat nyeri tekan diseluruh arah jarum jam, tidak ada lender, darah maupun feses.



Gambar 1. X foto polos abdomen posisi RLD



Gambar 2. X foto polos abdomen posisi



Gambar 3. Perforasi pada corpus gaster (curvature major)

Pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi pada pasien. Pemeriksaan laboratorium tanggal 2/08/2023 didapatkan hasil leukositosis (17.9 u/L) dengan peningkatan ureum (72.9mg/dL) dan juga kreatinin (1.53mg/dL).

Pada pemeriksaan radiologi pada pasien dilakukan foto polos abdomen pada tanggal 1/08/23 didapatkan kontur ginjal dan psoas line kanan dan kiri kabur, distribusi udara usus yang meningkat dan pada posisi RLD tampak lusensi pada perihepatic dan paracolic gutter kanan, dengan kesan pneumoperitoneum dan meteorismus. (Gambar 1 dan Gambar 2). Pasien dilakukan penatalaksanaan lebih lanjut dibangsal berupa resusitasi cairan diberikan injeksi meropenem 2 x 1 gr, injeksi metronidazole 3 x 500mg, injeksi paracetamol 3 x 1 gr, dan injeksi esomeprazole.

Pasien dilakukan tindakan operasi laparotomi eksplorasi segera dan dilakukan penutupan patch sederhana dan biopsi pada bagian yang perforasi (Gambar 3).

Kondisi pasien setelah dilakukan tindakan operasi laparotomi eksplorasi pada hari pertama pasien lemah, kesadaran somnolent, pasien terpasang O₂ on ventilator, terpasang NGT yang dialirkan. Pada hari kedua dan ketiga pasca operasi keadaan pasien masih lemah, kesadaran compos mentis (tersedasi), pasien masih menggunakan O₂ on ventilator dan terpasang NGT yang dialirkan, residu NGT (-). Pada hari keempat pasca operasi, pasien mengeluh nyeri luka operasi berkurang, terpasang NGT (dialirkan) residu NGT 250 cc hijau (dialirkan). Pada hari ke lima pasca operasi pasien mendapatkan diet lambung bertahap dengan bentuk makanan saring (sesuai advis DPJP). Dan pada hari itu juga pasien. diperbolehkan pulang dan oleh ahli gizi diberikan konsultasi gizi kepada pasien dan keluarga pasien. Kondisi pasca operasi ini tidak menyebabkan kejadian buruk pada pasien.

PEMBAHASAN

Peritonitis diartikan sebagai peradangan pada selaput peritoneal yang melapisi rongga perut dan organ-organ yang terkandung di dalamnya. Peritoneum, yang merupakan lingkungan steril, bereaksi terhadap berbagai rangsangan patologis dengan respon inflamasi yang cukup seragam. Tergantung pada patologi yang mendasarinya, peritonitis yang terjadi mungkin menular atau steril (misalnya kimia atau mekanis). Perut adalah sumber sepsis dan peritonitis sekunder kedua yang paling umum (5)(6). Keadaan ini tidak selalu spesifik pada orang tua (7).

Peritonitis paling sering disebabkan oleh masuknya infeksi ke dalam lingkungan peritoneum yang steril melalui perforasi organ, tetapi bisa juga disebabkan oleh iritan lain, seperti benda asing, empedu dari kandung empedu yang berlubang atau hati yang terkoyak, atau asam lambung dari saluran pencernaan ulkus berlubang. Wanita juga mengalami peritonitis lokal akibat infeksi tuba falopi atau kista ovarium yang pecah. Pasien mungkin datang dengan gejala yang timbul secara akut atau perlahan, penyakit yang terbatas dan ringan, atau penyakit sistemik dan berat dengan syok septik (5).

Secara global, peritonitis merupakan keadaan darurat medis dan bedah umum yang merupakan kontributor utama kematian non-trauma meskipun ada kemajuan dalam diagnosis dan manajemen bedah dan perawatan intensif. Peritonitis sekunder juga merupakan masalah klinis umum yang mempengaruhi banyak pasien. Dalam studi observasional retrospektif terhadap pasien yang dirawat darurat atau darurat di 81 rumah sakit di Negara Bagian Washington antara tahun 1997 dan 2000, 11,200 pasien didiagnosis peritonitis sekunder, dengan angka keseluruhan 9,3 per 1000 pasien masuk. Kematian keseluruhan pada pasien dengan peritonitis adalah 6%, namun angka kematian meningkat menjadi 34% pada pasien dengan sepsis berat. Pasien dengan peritonitis yang mengalami sepsis berat berusia lebih tua dan lebih mungkin mengalami disfungsi organ pramorbid. Berdasarkan data dari studi observasi, Apendisitis adalah penyebab paling umum dari peritonitis sekunder, biasanya terjadi pada pasien berusia lebih muda dengan penyakit penyerta yang lebih sedikit dan berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas yang lebih rendah (8)(9).

Peritoneum menutupi seluruh gaster, perforasi pada dinding gaster akan menciptakan komunikasi antara lumen gaster dan rongga peritoneum. Jika perforasi terjadi secara akut, tidak ada waktu bagi reaksi inflamasi untuk menutup perforasi, dan isi gaster dengan bebas masuk ke rongga peritoneum umum, menyebabkan peritonitis kimia. Perforasi yang terjadi dalam jangka waktu lama mungkin dapat diatasi secara lokal melalui reaksi inflamasi. Perforasi dapat dicurigai berdasarkan gambaran klinis pasien, atau diagnosis menjadi jelas melalui laporan “udara bebas” ekstraluminal pada pencitraan diagnostik yang dilakukan untuk mengevaluasi nyeri perut atau gejala lainnya (5).

Gaster biasanya tidak memiliki mikroorganisme karena keasamannya yang tinggi oleh karena itu, sebagian besar orang yang mengalami perforasi gaster tidak berisiko terkena pertumbuhan bakteri secara langsung. Namun, kebocoran cairan asam ke dalam rongga perut dapat menyebabkan peritonitis kimiawi yang parah. Dalam beberapa jam setelah perforasi, pasien akan mengalami nyeri perut akut dan tanda-tanda peritonitis. Ketika makanan bocor ke dalam rongga perut, hal ini dapat menyebabkan reaksi peradangan dan banyak kantong infeksi atau abses. Jika tidak diobati, pasien akan mengalami sepsis sistemik yang diikuti kegagalan multiorgan (5).

Manifestasi utama dari peritonitis adalah nyeri perut akut dan nyeri tekan, biasanya disertai demam. Lokasi nyeri bergantung pada penyebab yang mendasari dan apakah peradangan bersifat lokal atau umum. Peritonitis lokal paling sering terjadi pada radang usus buntu dan divertikulitis tanpa komplikasi, dan temuan fisik terbatas pada area peradangan. Peritonitis generalisata berhubungan dengan peradangan luas dan nyeri tekan perut yang menyebar serta nyeri lepas. Kekakuan dinding perut sering terjadi pada peritonitis lokal dan umum. Bising usus biasanya tidak ada. Anoreksia dan mual merupakan gejala yang sering terjadi dan mungkin mendahului timbulnya nyeri perut. Muntah juga mungkin disebabkan oleh kelainan organ visceral yang mendasarinya (obstruksi) atau akibat iritasi peritoneum. Takikardia, hipotensi, dan tanda-tanda dehidrasi sering terjadi (5)(10).

Pada pemeriksaan fisik, penderita peritonitis umumnya tampak tidak sehat dan dalam keadaan tertekan akut. Banyak dari mereka memiliki suhu melebihi 38° C, meskipun pasien dengan sepsis berat dapat mengalami hipotermia. Takikardia dapat terjadi akibat pelepasan mediator inflamasi, hipovolemia intravaskular akibat anoreksia, muntah dan demam. Dengan dehidrasi progresif, pasien dapat menjadi hipotensi (5-14% pasien), serta oliguri atau anurik; dengan peritonitis berat, gejala ini dapat muncul dalam bentuk syok septik yang nyata. Pemeriksaan abdomen didapatkan hampir semua pasien menunjukkan nyeri tekan pada palpasi. Kebanyakan pasien menunjukkan peningkatan kekakuan dinding perut. Pasien dengan peritonitis yang parah sering kali menghindari semua gerakan dan menjaga pinggul tetap fleksi untuk meredakan ketegangan dinding perut. Perut sering mengalami distensi, dengan bising usus yang hipoaktif hingga tidak ada. Temuan lainnya pada pemeriksaan perut yang dapat ditemukan adalah adanya massa inflamasi. Pemeriksaan rektal sering kali menunjukkan peningkatan nyeri perut, terutama disertai peradangan pada organ panggul, namun jarang menunjukkan diagnosis spesifik. Massa inflamasi yang nyeri tekan ke arah kanan mungkin mengindikasikan apendisitis, dan massa anterior yang penuh dan berfluktuasi mungkin mengindikasikan abses cul de sac (5).

Leukositosis dan asidosis yang nyata merupakan temuan laboratorium yang umum. Foto polos abdomen mungkin menunjukkan pelebaran usus besar dan kecil dengan edema pada dinding usus. Udara bebas di bawah diafragma berhubungan dengan viskus yang berlubang. CT dan/atau ultrasonografi dapat mengidentifikasi adanya cairan bebas atau abses. Ketika terdapat asites, parasentesis diagnostik dengan jumlah sel (>250 neutrofil/ μL biasa terjadi pada peritonitis), kadar protein dan laktat dehidrogenase, dan kultur sangat penting. Pada pasien lanjut usia dan pasien dengan immunosupresi, tanda-tanda iritasi peritoneum mungkin lebih sulit dideteksi (6).

Pendekatan penatalaksanaan peritonitis dan abses peritoneum menargetkan koreksi proses yang mendasarinya, pemberian antibiotik sistemik, dan terapi suportif seperti rehidrasi cairan dan koreksi elektrolit untuk mencegah atau membatasi komplikasi sekunder akibat kegagalan sistem organ. Keberhasilan pengobatan didefinisikan sebagai pengendalian sumber yang memadai dengan resolusi sepsis dan pembersihan semua sisa infeksi intra-abdomen. Pengendalian dini terhadap sumber septik adalah wajib dan dapat dicapai dengan cara operatif dan nonoperatif (10).

Infeksi bakteri paling umum yang menyebabkan peritonitis bakterial adalah organisme Gram-negatif. Oleh karena itu, pengobatan antibiotik empiris pilihan untuk pasien dengan SBP yang merupakan komplikasi dari sirosis

hepatitis yang didapat dari komunitas secara klasik adalah sefalosporin generasi ketiga. Pilihan alternatif termasuk amoksisilin/asam klavulanat dan fluoroquinolon. Piperacillin / tazobactam direkomendasikan sebagai pengobatan lini pertama pada pasien dengan peritonitis bakterial terkait layanan kesehatan atau nosokomial di daerah dengan prevalensi bakteri MDR yang rendah. Sebaliknya, pada pasien dengan peritonitis bakterial terkait layanan kesehatan atau nosokomial yang parah (sepsis atau di daerah dengan prevalensi bakteri MDR yang tinggi) pengobatan antibiotik empiris yang direkomendasikan adalah meropenem saja atau dalam kombinasi dengan vankomisin atau daptomisin, atau linezolid. Gagal ginjal adalah penyebab utama kematian pada pasien SBP dan terjadi pada 30 hingga 40 persen pasien. Risiko tersebut dapat diminimalkan dengan pemberian albumin IV. Albumin IV sebaiknya diberikan bila kreatinin > 1 mg/dl, nitrogen urea darah > 30 mg/dl, atau bilirubin total > 4 mg/dl. Pengobatan dengan octreotide atau midodrine berguna jika terjadi gagal ginjal (11)(12).

Tingkat kematian <10% untuk peritonitis tanpa komplikasi yang berhubungan dengan ulkus perforasi atau pecahnya usus buntu atau divertikulum pada orang sehat. Tingkat kematian lebih dari 40% telah dilaporkan terjadi pada orang lanjut usia, mereka yang memiliki penyakit penyerta, dan ketika peritonitis telah terjadi selama >48 jam. Fistula enterokutaneus, infeksi lokasi pembedahan, sepsis, dan kegagalan multiorgan adalah komplikasi paling umum yang terlihat dalam rangkaian pembedahan pada peritonitis. Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah sindrom kompartemen perut, dehiscence luka dan insufisiensi pernapasan. Komplikasi dipengaruhi oleh usia lanjut dan penyakit penyerta. Penyakit pramorbid dan komplikasi pasca operasi ditemukan berhubungan dengan kematian. Komplikasi seperti kegagalan organ, septikemia, abses peritoneum, ileus paralitik, dan infeksi tempat operasi juga dapat terjadi pada pasien pasca operasi (6)(13).

Perforasi adalah komplikasi tukak lambung kedua yang paling umum dan saat ini perforasi lebih sering menjadi indikasi operasi dibandingkan perdarahan. Seperti halnya tukak akibat perdarahan, penggunaan NSAID dan/atau aspirin terkait erat dengan perforasi ulkus gaster terutama pada populasi lansia. Pembedahan hampir selalu diindikasikan untuk perforasi ulkus, meskipun terkadang pengobatan non-bedah dapat digunakan pada pasien stabil tanpa peritonitis yang pemeriksaan radiologinya menunjukkan perforasi tertutup. Pasien dengan perforasi akut dan kehilangan darah pada saluran cerna (baik kronis maupun akut) harus dicurigai menderita tukak kedua atau kanker saluran cerna (5)(14).

Pilihan pengobatan bedah ulkus duodenum perforasi adalah penutupan patch sederhana, penutupan patch dan HSV (*highly selective vagotomy*), atau penutupan patch dan *vagotomy and drainage* (V + D). Penutupan patch sederhana, yang saat ini merupakan operasi yang paling umum dilakukan untuk tukak peptik perforasi, adalah prosedur pilihan pada pasien dengan ketidakstabilan hemodinamik dan/atau peritonitis eksudatif yang menandakan perforasi >24 jam. Pada pasien stabil tanpa perforasi jangka panjang, khususnya pasien dengan gejala kronis atau kegagalan pengobatan medis, penambahan HSV harus dipertimbangkan. Vagotomi dan drainase juga merupakan operasi definitif yang dapat diterima untuk ulkus duodenum perforasi, namun kadang-kadang efek sampingnya tidak dapat diatasi, dan jika gastrojejunostomi telah dilakukan, ulkus marginal dapat mengancam jiwa. Di Amerika Serikat dan Eropa Barat, terdapat kecenderungan untuk tidak melakukan operasi definitif untuk ulkus duodenum perforasi.

Tatalaksana meliputi pembedahan segera disertai dengan reseksi gaster atau penjahitan pada tempat perforasi, bergantung pada keadaan penderita. Diagnosis dan tatalaksana yang tepat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi bahkan kematian akibat kejadian ini. Kematian pada 30 hari pertama akibat perforasi ulkus peptikum berkisar hingga (20%), angka ini semakin meningkat seiring dengan meningkatnya usia pasien dalam menjalani operasi (12-47%) (15).

Pasien yang mengalami perforasi gaster harus diperbaiki keadaan umumnya sebelum dilakukan operasi. Pemberian cairan dan koreksi elektrolit, pemasangan nasogastric tube dan pemberian antibiotik mutlak diperlukan. Laparotomi segera dilakukan setelah upaya tersebut dikerjakan (16). Pasien ini diberikan geyser RL 1000 cc kemudian dilanjutkan cairan maintenance 30 tetes per menit untuk memenuhi kebutuhan cairannya sementara pasien dipuasakan. Kateter urin memungkinkan pemantauan ketat urin output. Antibiotik spektrum luas telah terbukti mengurangi risiko infeksi luka.

Prinsip diet pasca bedah adalah mengupayakan agar status gizi pasien segera kembali normal untuk mempercepat penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien dengan cara memberikan kebutuhan dasar (cairan, energi, protein), mengganti kehilangan serta memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Syarat diet pasca bedah adalah memberikan makanan secara bertahap mulai dari bentuk cair, saring, lunak dan biasa. Pemberian makanan dari tahap ke tahap ini bergantung pada macam pembedahan dan keadaan pasien. Pasien diberikan diet secara bertahap agar dapat memberikan makanan dan cairan yang secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan (12).

Pasien yang stabil tanpa beberapa faktor risiko operasi, tukak lambung perforasi paling baik diobati dengan reseksi lambung distal. Vagotomi biasanya ditambahkan untuk tukak lambung tipe II dan III. Penutupan patch dengan biopsi; atau eksisi lokal dan penutupan atau biopsi, penutupan, vagotomi dan drainase merupakan operasi alternatif pada pasien yang tidak stabil atau berisiko tinggi, atau pada pasien dengan perforasi di lokasi yang tidak tepat. Semua tukak lambung yang berlubang, bahkan yang berada pada posisi prepyloric, harus dibiopsi jika tidak diangkat melalui pembedahan (5)(14).

Penanganan bedah merupakan penanganan utama untuk sebagian besar perforasi lambung. Perbaikan bedah darurat (terbuka atau laparotomi) diindikasikan pada hampir semua kasus. Penanganan bedah definitif harus dilakukan sedini mungkin. Pada luka tembak atau tusuk, dinding posterior, serta dinding anterior, dapat terluka secara bersamaan. Oleh karena itu, eksplorasi dinding posterior wajib dilakukan dalam setiap kasus dengan melepaskan ligamen gastrokolik secara memadai dan menarik lambung ke atas (5).

SIMPULAN

Telah dilaporkan kasus peritonitis gaster pada perempuan berusia 82 tahun. Pada anamnesis pasien mengeluhkan adanya nyeri perut hebat disertai keras seperti papan dan kembung. Tidak ada buang air besar, serta riwayat trauma disangkal. Pasien diketahui memiliki riwayat sering mengonsumsi obat pereda nyeri selama beberapa tahun ini. Pemeriksaan fisik abdomen didapatkan distensi, bising usus melemah, defans muscular, nyeri tekan abdomen dan pekak hepar hilang serta didapatkan pemeriksaan rectal touche nyeri pada seluruh arah jarum jam. Pemeriksaan foto polos abdomen 2 posisi didapatkan gambaran pneumoperitoneum. Pasien dilakukan tindakan laparotomi dan didapatkan adanya perforasi corpus gaster berukuran $\pm 2 \times 1$ cm, dilakukan penutupan patch sederhana dan biopsi pada bagian yang mengalami perforasi. Tindakan pembedahan yang dilakukan memberikan hasil yang baik. Intervensi yang telah dilakukan dalam penanganan kasus peritonitis gaster sudah tepat karena sudah sesuai pedoman dan tindakan pembedahan membuat pasien tidak mengalami nyeri perut dan kembung kembali.

SARAN

Berdasarkan analisis dari laporan kasus didapatkan gambaran klinis sebagai peritonitis gaster, oleh karena itu perlu adanya penanganan pada kasus ini dengan tindakan laparotomi, penutupan patch sederhana dan biopsi pada bagian yang mengalami perforasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ikhsan R, Yunida Siregar WM. Perforasi Gaster. *AVERROUS J Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. 2022;8(1):81–7.
2. Weledji EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Front Surg*. 2020;7.
3. Kinanti NS, Warditiani NK. Review Artikel: Aktivitas Antiulcer Dari Tanaman Famili Zingiberaceae. *J Ilm Multi Disiplin Indones*. 2022;2(3):692–6.
4. Dadfar A, Edna TH. Epidemiology of perforating peptic ulcer: A population-based retrospective study over 40 years. *World J Gastroenterol*. 2020;26(35):5302–13.
5. Sigmon DF, Tuma F, Kamel BG, Cassaro S. Gastric Perforation. *Pediatr Surg Gen Princ Newborn Surg* [Internet]. 2023;1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30137838/>
6. Longo DL, Fauci AS. Gastroenterology and hepatology. Vol. 16, *Revue Medicale Suisse*. 2020. 34–36 p.
7. Choi YS, Heo YS, Yi JW. Clinical characteristics of primary repair for perforated peptic ulcer: 10-year experience in a single center. *J Clin Med*. 2021;10(8).
8. Tochie JN, Agbor NV, Frank Leonel TT, Mbonda A, Aji Abang D, Danwang C. Global epidemiology of acute generalised peritonitis: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(1).
9. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: Principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 2018;361.
10. Daley BJ. Peritonitis and Abdominal Sepsis. *Medscape* [Internet]. 2019; Available from: https://emedicine.medscape.com/article/1890647-overview?scode=msp&st=fpf&socialSite=google&icd=login_success_gg_match_fpf&form=fpf
11. Ameer MA, Foris LA, Mandiga P, Haseeb M. Spontaneous Bacterial Peritonitis - StatPearls - NCBI Bookshelf. 2023; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448208/>
12. Adams DH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. *Gut*. 2007;56(8):1175–1175.
13. Kumar D, Garg I, Sarwar AH, Kumar L, Kumar V, Ramrakhia S, et al. Causes of Acute Peritonitis and Its Complication. *Cureus*. 2021;
14. Liang M. *Schwartz's Principles of Surgery*. New York: Mc Graw Hill; 2019.
15. Qorina S. Profil Pasien Perforasi Gaster di RSUD Kolonel Abundjani Bangko pada Tahun 2020. *J Ilmu Kesehat Indones*. 2021;2(1):17–20.
16. Sjamsuhidajat de Jong. *Ilmu Bedah Vol1*. Jakarta: EGC; 2010. 788–791 p.