

PERITONITIS GENERALISATA ET CAUSA PERFORASI GASTER : LAPORAN KASUS *GENERALIZED PERITONITIS ET CAUSA PERFORASI GASTER : CASE REPORT*

Rifal Faali¹, Roberthy David Maelissa², Muhammad Ardi Munir³, Ayu Sekarani DP⁴

¹Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

²Departemen Ilmu Bedah, Rumah Sakit Undata, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

³Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

⁴Departemen Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

Corresponden Author: rifalfaali123@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization (WHO), the mortality rate of peritonitis is 5.9 million per year with a death rate of 9661 thousand people dying. The number of peritonitis sufferers in Indonesia is 9% of the population or around 179,000 sufferers. One of the causes of peritonitis is perforation of the gastrointestinal tract. 7 out of 11 gastric perforation patients are caused by long-term analgesic use.

Case Report: A 59-year-old male patient was admitted to the Emergency Room of Undata Hospital with complaints of abdominal colic, this complaint had been felt since 11 days before admission, and worsened approximately 3 hours before admission. The operative therapy performed on this patient was exploratory laparotomy, adhesiolysis, gastroplasty, and intra-abdominal drainage.

Conclusion: Long-term use of analgesics should always be monitored, especially in patients with a high risk of gastric perforation, for example in patients with dyspepsia and elderly

Keywords: Generalized Peritonitis, Gastric Perforation, Laparotomy

ABSTRAK

Pendahuluan: Menurut World Health Organization (WHO), angka mortalitas peritonitis sebesar 5,9 juta per tahun dengan angka kematian 9661 ribu orang meninggal. Jumlah penderita peritonitis di Indonesia berjumlah 9% dari jumlah penduduk atau sekitar 179.000 penderita. Salah satu penyebab peritonitis adalah perforasi saluran gastrointestinal. 7 dari 11 pasien perforasi gaster diakibatkan oleh penggunaan analgesic jangka panjang.

Laporan Kasus: Pasien laki-laki usia 59 tahun masuk ke IGD RSUD Undata dengan keluhan kolik abdomen, keluhan ini telah dirasakan sejak 11 hari sebelum masuk rumah sakit, dan memberat kurang lebih 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Terapi operatif yang dilakukan pada pasien ini adalah Laparotomi eksplorasi, adhesiolisis, gastroplasty, dan drainase intra abdomen.

Kesimpulan: Penggunaan analgesik jangka panjang harus selalu dimonitoring utamanya pada pasien dengan resiko tinggi perforasi gaster, misalnya pada pasien dengan dyspepsia dan pasien usia lanjut.

Kata Kunci: Peritonitis Generalisata, Perforasi Gaster, Laparotomi

PENDAHULUAN

Peritonitis merupakan proses peradangan selaput serosa yang melapisi rongga abdomen dan organ viseral di

dalamnya (peritoneum) dan merupakan suatu kegawatdaruratan yang biasanya disertai dengan bakteremia atau sepsis. Peritonitis harus didiagnosis dan ditangani sedini mungkin karena penanganan yang tidak tepat

waktu dapat mengancam jiwa.¹

Peritonitis diklasifikasikan menurut penyebab yang mendasarinya (primer, sekunder, atau tersier), dan luasnya (lokalisata atau generalisata).² Perforasi gaster merupakan kondisi destruksi pada dinding gaster sehingga lumen gaster mengekspos kavum peritoneum. Penyebab tersering perforasi gaster adalah ulkus peptikum. Penyakit ini umumnya terjadi pada usia lanjut dengan riwayat penggunaan NSAID dan alkohol secara berlebihan. Pasien laki-laki lebih banyak daripada perempuan, dan rentang usia tersering adalah 50-59 tahun.³

Pelepasan enzim pencernaan ke dalam rongga peritoneum akan menyebabkan chemical peritonitis, yang kemudian akan berkembang menjadi bacterial peritonitis sekunder dan akan menyebabkan 10% kematian pada pasien.⁴

LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki usia 59 tahun masuk ke IGD RSUD Undata dengan keluhan kolik abdomen, keluhan ini telah dirasakan sejak 11 hari sebelum masuk rumah sakit, dan memberat kurang lebih 3 jam sebelum masuk rumah sakit. Keluhan penyerta lainnya adalah distensi abdomen (+), dyspneu sejak 1 hari yang lalu, nausea (+), vomiting (+) 1x, lemas (+), oedem ekstremitas inferior (+/+) sejak 2 minggu yang lalu, belum BAB sejak 1 minggu yang lalu, flatus (+), dan BAK normal. Sebelumnya pasien sempat dirawat di bangsal selama 2 hari, namun pasien dan keluarga memutuskan pulang paksa 1 hari yang lalu, dikarenakan menolak tindakan operasi. Riwayat febris (+) 1 minggu yang lalu, riwayat dispepsia sejak 5 tahun yang lalu, riwayat asam urat sejak 10 tahun yang lalu dan sering mengkonsumsi obat pereda nyeri tanpa resep dokter, dan riwayat

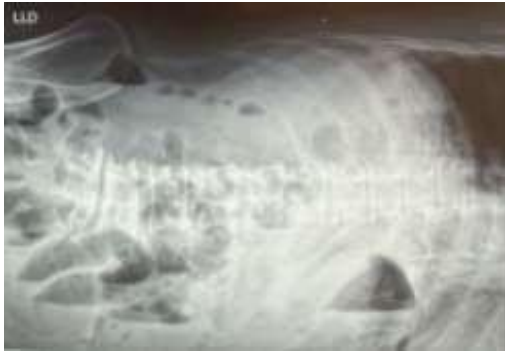
hipertensi (+) sejak 5 tahun yang lalu.



Gambar 1. Foto thorax AP dengan gambaran Efusi pleura dan cardiomegali

Pada pemeriksaan fisik didapatkan status generalis sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 106/69 mmHg, Nadi 95 x/m, pernapasan 28 x/m, Suhu aksial tubuh 36,5 °C, dan saturasi oksigen 98%. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan distensi (+), peristaltik usus (+) kesan menurun, nyeri tekan seluruh regio abdomen (+), dan defans muscular (+). Pada ekstremitas inferior didapatkan akral hangat (+/+), pitting edema (+/+), dan CRT >5 detik. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB : 11.3 g/dl, RBC : 4.04 juta/ul, HCT : 34.0%, ureum : 190 mg/dl, kreatinin : 3.31 mg/dl, SGOT : 51 U/L dan Clorida : 117 mmol/l. Pada pemeriksaan foto thorax didapatkan efusi pleura dan cardiomegaly. Pada pemeriksaan foto polos abdomen 3 posisi didapatkan kesan sentinel loop regio lumbalis sinistra.





Gambar 2. Foto Polos Abdomen 3 Posisi

Diagnosis pre-operasi pasien ini adalah Peritonitis generalisata et causa perforasi gaster. Terapi operatif yang dilakukan adalah Laparotomi eksplorasi, adhesiolisis, gastroplasty, drainase intra abdomen dengan terapi pre-operasi berupa IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, oksigen via nasal canul 5 lpm, omeprazole 1 vial/IV, pemasangan NGT, kateter urine dan persiapan darah 2 WB dan 2 PRC. Setelah tindakan operasi pasien diberikan terapi berupa IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, O₂ nasal canul 5 lpm, Observasi tanda vital, produksi drain, urin dan NGT, Meropenem 1 g/8 jam, Metronidazole 1 g/8 jam, Paracetamol 1 g/8 jam, Omeprazole 40 mg/12 jam, Cek DR post op dan pasien dipuaskan dengan diet bertahap. Diagnosis post operasi pasien ini adalah Peritonitis Umum et Causa Perforasi Gaster + Adhesi Grade IV, Cardiomegaly dan Efusi pleura.

PEMBAHASAN

Perforasi gaster merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan destruksi pada dinding gaster yang mengakibatkan adanya hubungan antara lumen gaster dan cavitas peritoneum.⁵ Gaster biasanya tidak memiliki mikroorganisme karena tingkat keasamannya yang tinggi.⁴ Mayoritas individu yang mengalami perforasi gaster tidak beresiko untuk pertumbuhan bakteri secara langsung. Kebocoran cairan asam di rongga peritoneum

dapat menyebabkan peritonitis kimiawi.⁶ Beberapa jam setelah perforasi pasien akan mengalami nyeri perut yang hebat dan tanda tanda peritonitis.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, dapat disimpulkan diagnosis berupa “General peritonitis susp. Ileus Obstructive”. Pada anamnesis didapatkan beberapa informasi mengenai data diri dan informasi kesehatan pasien. Pada kasus ini pasien adalah seorang laki-laki usia 59 tahun yang masuk ke rumah sakit dengan keluhan kolik abdomen, keluhan ini telah dirasakan sejak 11 hari sebelum masuk rumah sakit, dan memberat sejak sejak tadi pagi. Nyeri abdomen merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada pasien peritonitis.⁷ Nyeri yang dirasakan pasien dapat terlokalisir ataupun pula dapat menyebar. Kualitas dari nyeri yang diderita ialah konstan, tajam, dan menusuk.⁸ Nyeri yang dirasakan pasien dapat bertambah berat apabila pasien melakukan gerakan sehingga kebanyakan pasien akan berbaring diam dengan posisi menekuk lutut untuk mengurangi rasa sakit dan ketegangan pada dinding perut.⁹

Selain itu, pasien juga mengeluhkan distensi abdomen (+), dyspneu sejak 1 hari yang lalu, keluhan nausea (+), vomiting (+) 1x, lemas (+), oedem ekstremitas inferior (+/+)⁺ sejak 2 minggu yang lalu, BAB (-) sejak 1 minggu yang lalu, flatus (+), dan BAK normal. Riwayat febris 1 minggu yang lalu. Nyeri perut pada pasien timbul karena respon dari peradangan yang terjadi di daerah abdomen dan buang air besar yang sulit untuk keluar dikarenakan peradangan sudah menginvasi usus sehingga mengganggu pergerakan usus.⁵ Berbagai macam gejala klinis juga dapat ditemukan seperti sembelit, perut kembung, penurunan nafsu makan,

malaise, menggigil, syok, dehidrasi, mual, muntah, serta konstipasi juga dapat muncul, kecuali jika terjadi abses panggul yang dapat menyebabkan diare.¹⁰

Riwayat maag sejak 5 tahun yang lalu, riwayat asam urat sejak 10 tahun yang lalu dan sering mengkonsumsi obat pereda nyeri tanpa resep dokter, Faktor resiko terjadinya perforasi gaster pada pasien ini adalah penggunaan obat anti nyeri dalam jangka waktu yang lama. Pereda nyeri seperti NSAID dan aspirin dapat merusak barrier gaster. Sekresi prostaglandin dengan melakukan inhibisi terhadap enzim cox-1. Hal ini menyebabkan penurunan mucus gaster dan produksi bikarbonat serta menurunkan lairan darah pada mukosa gaster.¹¹

Pada pemeriksaan fisik didapatkan status general sakit sedang, kesadaran kompos mentis, TD: 106/69 mmHg, Nadi 95 x/m, pernapasan 28 x/m, Suhu : 36,5 °C, dan SpO2 : 98%. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan abdomen tampak cembung, distensi (+), peristaltik usus (+) kesan menurun, nyeri tekan seluruh regio abdomen (+), dan defans muscular (+). Pada inspeksi biasanya terdapat tanpa pembesaran perut atau distensi perut. Lalu pada pemeriksaan auskultasi dapat ditemukan tanda ileus paralitik berupa penurunan bising usus. Pada perkusi akan terdengar bunyi hipertimpani akibat perut yang distensi.⁶ Pada palpasi dapat ditemukan tanda patologis peritoneal, seperti defans muskular, rebound tenderness, dan nyeri tekan saat palpasi yang merupakan gejala mayor peritonitis sekunder.⁹

Pada ekstremitas inferior didapatkan akral hangat (+/+), pitting edema (+/+), dan CRT >5 detik. Hal ini bisa disebabkan oleh adanya riwayat penyakit jantung pada pasien ataupun karena adanya kelainan eksresi cairan pada ginjal ditandai dengan meningkatnya

kadar urem dan kreatinin pada pasien. Dimana kadar ureum pada pasien ini adalah 190 mg/dl dan kreatinin sebesar 3.31 mg/dl.

Pada pemeriksaan foto thorax didapatkan efusi pleura dan cardiomegaly. Kelainan paru berupa efusi ini lah yang menyebabkan manifestasi klinis berupa sesak napas.² Selain itu, bisa saja sesak pada pasien disebabkan oleh adanya tekanan abdomen yang menyebabkan paru susah untuk mengembang saat inspirasi.⁵ Gambaran cardiomegaly berhubungan dengan riwayat pasien yaitu jantung, menurut dugaan kemungkinan pasien mengidap chonic heart failure. Yang bisa dicirikan dengan adanya efusi pleura, cardiomegaly dan juga edem pada ekstremitas.¹² Pada pemeriksaan Foto polos abdomen 3 posisi didapatkan kesan sentinel loop regio lumbalis sinistra, yang menandakan adanya distensi usus halus pada regio lumbalis sinistra sebagai pertanda inflamasi akut. Pada pemeriksaan Foto polos abdomen 3 posisi tidak ditemukan kecurigaan adanya perforasi organ gastrointestinal. Hal ini dipengaruhi oleh waktu pemeriksaan dilakukan pada pasien dengan onset gejala perforasi pada pasien. Namun adanya gambaran sentinel loop regio lumbalis telah menandakan adanya proses inflamasi intraabdominal.⁸



Gambar 3. Dokumentasi tindakan laparotomi eksplorsi dengan temuan perforasi gaster (lingkaran biru)

Terapi operatif yang dilakukan pada pasien ini adalah Laparotomi eksplorasi, adhesiolisis, gastroplasty, drainase intra abdomen. Suatu tindakan pembedahan dengan cara melepaskan perlekatan dan pemotongan pita yang menyebabkan obstruktif usus.⁷ Obstruksi usus yang disebabkan Adhesi yg tidak ada perbaikan gejala dan tanda klinis setelah terapi konservatif 2 x 24 jam.¹²

Terapi yang diberikan pada pasien sebelum tindakan operasi adalah IVFD NaCl 0,9% 20 tpm, oksigen via nasal canul 5 lpm, omeprazole 1 vial/IV, pasang NGT, pasang kateter urine dan persiapan darah 2 WB dan 2 PRC. Dan terapi post operasi yang diberikan pada pasien adalah IVFD 0,9% 20 tpm, Meropenem 1 g/8 jam, Metronidazole 1 g/8 jam, Paracetamol 1 g/8 jam, Omeprazole 40 mg/12 jam, Observasi tanda vital, Observasi produksi drain, dan Observasi produksi NGT, Cek DR post op, dan Diet cair via NGT. Kesimpulan diagnosis yang didapatkan setelah tindakan operasi adalah “Peritonitis generalisata ec susp. Perforasi gaster, adhesi grade IV”.

KESIMPULAN

Penggunaan jangka panjang dari analgesik harus selalu dimonitoring utamanya pada pasien dengan resiko tinggi perforasi gaster, misalnya pada pasien dengan dispepsia dan usia lanjut.

REFERENSI

1. Mannana A, Tangel SJ, Prasetyo E. Diagnosis akut abdomen akibat peritonitis. *e-CliniC*. 2021;9(1).
2. Okaniawan PE, Dewi IA. Diagnosis dan pendekatan terapi pasien peritonitis. *Ganeshha Medicina*. 2022;2(2):120-128.
3. Arianto DP, Suwarman S. Tatalaksana syok septik dengan infeksi intraabdomen et causa perforasi gaster di ICU. *Tarumanagara Medical Journal*. 2020;2(1):198-204.
4. Weledji EP. An overview of gastroduodenal perforation. *Front Surg*. 2020;7(5):73-90.
5. Dananjaya AA, Gede S, Nyoman G. Validitas faktor-faktor risiko terjadinya kematian pada pasien peritonitis perforasi di RSUP Sanglah Denpasar. *Medicina (B Aires)*. 2019;50(1).
6. Wagi AM, Kasim FN, Lengkong AC. Profil Pasien Peritonitis Primer, Peritonitis Sekunder, dan Peritonitis Tersier di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Tahun 2022. *Medical Scope Journal*. 2024;6(2):236-242.
7. Andrian A, Ikhsan R, Siregar WY. Laporan Kasus: Perforasi Gaster. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. 2022;8(1):81-87.
8. Gupta SK, Gupta R, Singh G. Perforation peritonitis: A two year experience. *Jk Science*. 2010;12(3):141.
9. Tamara HA, Hanriko R. Pendekatan Klinis dan Tata Laksana Peritonitis Sekunder. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*. 2022;6(2):63-68.
10. Magfirah S, Sayuti M, Syarkawi MI. General Peritonitis ec Appendicitis Perforasi. *GALENICAL: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*. 2023;2(6):1-10.
11. Rao VG. Tanda dan Gejala Gastropati NSAID. *Intisari Sains Medis*. 2016;5(1):64-69.
12. Kallely M, Panchabhai S, Nichkaode P, Rayani H, Teja JR, Patil D. Perforation peritonitis: a clinical profile and management. *Sri Lanka Journal of Surgery*. 2020;38(1).