

LAPORAN KASUS: PERFORASI GASTER

Andrian¹, Ridhalul Ikhsan², Wina Yunida M Siregar³

¹Departemen Bedah Umum, RSUD Cut Meutia, Aceh Utara

²Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe

³Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe

Corresponding Author : wina.2006112008@mhs.unimal.ac.id

Abstrak

Perforasi gaster merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan destruksi pada dinding gaster yang mengakibatkan adanya hubungan antara lumen gaster dan kavum peritoneum. Pasien laki-laki 74 tahun datang ke IGD dengan keluhan nyeri seluruh lapang perut mendadak. Nyeri perut dirasakan seperti ditusuk-tusuk, memberat bila bergerak, batuk, atau berjalan. Pasien juga mengeluhkan perutnya kembung. Buang air besar tidak ada sejak 2 hari ini. Pasien mengaku pernah mempunyai riwayat BAB hitam. Pasien juga tidak ada kentut sejak perutnya sakit. Pemeriksaan fisik abdomen didapatkan distensi, bising usus melemah, defans muscular, nyeri seluruh lapang abdomen, dan pekak hepar menghilang. Pemeriksaan foto toraks erect dan foto polos abdomen posisi LLD menunjukkan gambaran udara bebas. Pasien didiagnosis dengan peritonitis et causa perforasi hollow organ kemudian dilakukan operasi laparotomi eksplorasi dan ditemukan perforasi gaster. Dilakukan penutupan pada bagian yang mengalami perforasi dan pasien dirawat secara intensif di ruangan ICU.

Kata Kunci : laparotomi eksplorasi; perforasi gaster; peritonitis

Case Report : Gastric Perforation

Abstract

Gastric perforation is a condition characterized by destruction of the gastric wall which results in a connection between the gastric lumen and the peritoneal cavity. A 74-year-old male patient came to the emergency department with complaints of sudden abdominal pain. Abdominal pain feels like a prickling sensation, worsens when moving, coughing, or walking. The patient also complained of abdominal bloating. No bowel movements since 2 days. The patient admitted that he had a history of melena. The patient also did not fart since his stomach hurt. Physical examination of the abdomen revealed distension, weakened bowel sounds, defence muscular, pain throughout the abdominal area, and disappearance of liver dullness. Examination of the chest X-ray erect and plain abdominal radiographs with LLD position showed free air distribution. The patient was diagnosed with peritonitis caused by hollow organ perforation, then exploratory laparotomy was performed and gastric perforation was found. The perforated part was closed and the patient was treated intensively in the ICU.

Keywords : exploratory laparotomy; gastric perforation; peritonitis

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. Penyakit ini umumnya terjadi pada usia lanjut dengan riwayat konsumsi NSAID dan pada pasien yang mengonsumsi alkohol secara berlebihan. Penyebab lain seperti trauma, keganasan,

prosedur intervensi, dan dapat terjadi secara spontan pada bayi baru lahir (1). Pasien laki-laki lebih banyak daripada perempuan, dan rentang usia 50-59 tahun lebih banyak ditemukan (2).

Perforasi merupakan salah satu komplikasi serius dengan munculnya gejala berupa akut abdomen yang membutuhkan penanganan segera. 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. Perforasi ini sendiri menyumbang (70%) kematian dari seluruh kematian akibat penyakit ulkus peptikum. Diameter perforasi sering dihubungkan dengan tingkat mortalitas pasien (2).

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%) (2).

Laporan Kasus

Seorang pasien laki-laki berusia 74 tahun datang ke IGD dengan keluhan nyeri seluruh lapang perut sejak ±13 jam SMRS. Nyeri perut dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan keras. Rasa nyeri muncul secara tiba-tiba pada saat pasien sedang berolahraga. Nyeri dirasakan memberat bila bergerak, batuk, atau berjalan. Nyeri awalnya hanya pada bagian perut kiri, namun kemudian menjadi nyeri pada seluruh lapang perut.

Pasien juga mengeluhkan perutnya terasa kembung. Buang air besar tidak ada sejak 2 hari ini. Pasien mengaku pernah mempunyai riwayat BAB hitam. Pasien juga tidak ada kentut sejak perutnya sakit. Tidak ada mual ataupun muntah. Pasien juga tidak mengalami demam. Buang air kecil dalam batas normal. Riwayat trauma disangkal.

Pasien tidak pernah mengalami keluhan yang serupa. Riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, dan riwayat alergi disangkal. Pasien juga menyangkal adanya keluarga yang mempunyai keluhan yang sama. Pasien memiliki riwayat konsumsi obat pereda nyeri untuk menangani nyeri sendi yang dialaminya beberapa tahun terakhir ini,

namun jenis obatnya tidak diketahui. Pasien tidak memiliki kebiasaan merokok dan minum alkohol.

Pemeriksaan vital sign dalam batas normal. Pemeriksaan fisik abdomen didapatkan inspeksi adanya distensi abdomen. Auskultasi didapatkan adanya bising usus melemah. Palpasi didapatkan adanya defans muscular dan nyeri tekan seluruh lapang abdomen. Hepar, limpa, dan ginjal tidak teraba. Perkusi didapatkan suara pekak hepar menghilang.

Pemeriksaan laboratorium darah didapatkan hemoglobin 12.93 g/dL, leukosit 11.54 ribu/mm³, dan trombosit 234 ribu/mm³. Fungsi ginjal dan kadar glukosa darah dalam batas normal. Pemeriksaan foto thorax erect didapatkan adanya gambaran udara bebas pada subdiafragma dextra. Pemeriksaan foto polos abdomen posisi LLD didapatkan gambaran udara bebas. Diagnosis pre-operatif pasien adalah peritonitis et causa perforasi hollow organ. Kemudian dilakukan operasi laparotomi eksplorasi dan didapatkan adanya perforasi gaster. Diagnosis post-operatif adalah peritonitis et causa perforasi gaster.

Tindakan pre-operatif yang dilakukan meliputi pemasangan NGT dekompresi, kateter urin, pasien dipuasakan, dan rawat ICU. Pasien diberikan resusitasi cairan dengan RL, pemberian antibiotic meropenem, dan obat simtomatik paracetamol dan omeprazole. Prognosis pada pasien ini adalah dubia ad malam.

Pembahasan

Perforasi gaster merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan destruksi pada dinding gaster yang mengakibatkan adanya hubungan antara lumen gaster dan kavitas peritoneum. Gaster biasanya tidak memiliki mikroorganisme karena tingkat keasamannya yang tinggi. Mayoritas individu yang mengalami perforasi gaster tidak berisiko untuk pertumbuhan bakteri secara langsung. Kebocoran cairan asam di rongga peritoneum dapat menyebabkan peritonitis kimiawi. Beberapa jam setelah perforasi, pasien akan mengalami nyeri perut akut dan tanda-tanda peritonitis (1).

Pada kasus ini, pasien merupakan laki-laki berusia 74 tahun dengan keluhan utama nyeri pada seluruh lapang perut yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan terasa keras yang muncul secara tiba-tiba. Pasien juga mengeluhkan perutnya kembung, tidak ada buang air besar dan kentut. Trias klasik penanda perforasi ulkus peptikum ditandai

dengan nyeri abdomen yang tiba-tiba, takikardi, dan dijumpai kekakuan dinding abdomen (3). Dua dari tiga gejala penanda perforasi ditemukan pada pasien ini. Hasil penelitian karakteristik pasien peritonitis berdasarkan manifestasi klinis di BLUD RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan data bahwa nyeri perut merupakan gejala yang pasti dialami oleh pasien peritonitis sebanyak 45 orang (100%). Nyeri perut ini 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 dari usus tersebut (4).

Pasien merasakan nyeri memberat bila bergerak, batuk, atau berjalan. Nyeri awalnya hanya pada bagian perut kiri bawah, namun kemudian menjadi nyeri pada seluruh lapang perut. Nyeri awalnya bersifat somatik yang terjadi karena rangsangan pada bagian yang dipersarafi oleh saraf tepi dan menghasilkan nyeri seperti ditusuk. Gesekan antara visera yang meradang akan menimbulkan rangsangan peritoneum dan menyebabkan nyeri. Setiap gerakan pasien, baik berupa gerak tubuh maupun saat bernapas atau batuk akan menambah rasa nyeri sehingga pasien berusaha untuk tidak bergerak, bernapas dangkal, dan menahan batuk. Nyeri visceral terjadi setelahnya dimana pasien tidak dapat menunjukkan secara tepat letak nyeri sehingga biasanya ia merasa nyeri pada seluruh lapang perut (5).

Faktor risiko terjadi perforasi gaster pada pasien ini adalah adanya riwayat konsumsi obat pereda nyeri dalam jangka waktu lama. Obat-obatan pereda nyeri seperti aspirin atau NSAID dapat merusak barrier gaster. Sekresi prostaglandin normalnya melindungi mukosa gaster, namun NSAID menghambat sintesis prostaglandin dengan melakukan inhibisi terhadap enzim COX-1. Hal ini menyebabkan penurunan mucus gaster dan produksi bikarbonat serta menurunkan aliran darah pada mukosa gaster (6,7). Hal ini didukung oleh adanya riwayat buang air besar hitam di mana salah satu gejala ulkus gaster adalah melena. Penelitian pada RSUD Haji Adam Malik menunjukkan bahwa 39 dari total 56 pasien dengan perforasi gaster mengonsumsi NSAID sebagai faktor risiko terbesar baik pada laki-laki dan perempuan (6).

Pemeriksaan vital sign didapatkan masih dalam batas normal. Pemeriksaan status lokalis regio abdomen didapatkan adanya distensi, bising usus melemah, defans muscular, nyeri tekan seluruh lapang abdomen, dan pekak hepar menghilang. Defans muscular di mana terjadi kekakuan dinding perut seperti papan disebabkan oleh spasme musculus rectus secara volunter sebagai respon/antisipasi terhadap penekanan pada

dinding abdomen ataupun involunter sebagai respon terhadap iritasi peritoneum. Namun keadaan ini tidak selalu spesifik pada orang tua (8). Nyeri tekan saat palpasi merupakan tanda patologis peritoneal. Defans muscular dan nyeri tekan abdomen merupakan gejala khas dari pasien dengan peritonitis sekunder. Bising usus melemah akibat adanya ileus paralitik (9). Pekak hepar menghilang akibat adanya udara bebas di bawah diafragma.

Pemeriksaan radiologis merupakan dasar diagnosis. Dalam keadaan akut, rontgen thorax erect dilakukan karena sering menunjukkan gambaran pneumoperitoneum. Pemeriksaan ini juga memberikan informasi tentang kesehatan umum pasien, misalnya kardiomegali, pneumonia aspirasi, metastasis paru. Foto polos abdomen dapat menunjukkan tampilan dinding ganda usus (*Rigler's sign*), tepi hepar terlihat jelas dan udara di bawah diafragma "*football sign*" dalam tampilan A-P erect (8). Pada pasien ini ditemukan gambaran pneumoperitoneum pada foto thorax erect dan LLD yang mendukung diagnosis.

Pasien dalam laporan kasus ini didiagnosis dengan peritonitis et causa perforasi gaster dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindakan laparotomi eksplorasi. Laparotomi dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab munculnya pneumoperitoneum dan juga sebagai prosedur terapeutik dengan cara menutup organ yang mengalami perforasi (10). Hasil laparotomi didapatkan pasien mengalami perforasi gaster pada bagian antrum. Penelitian mengenai karakteristik klinis pasien perforasi gaster didapatkan bahwa sebanyak 41 dari total 75 pasien mengalami perforasi pada bagian antrum dan pilorus. Sebanyak 25 kasus pada duodenum, 8 kasus pada corpus, dan 1 kasus pada cardia (11).

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 (5). Pasien ini diberikan guyur RL 1000 cc kemudian dilanjutkan cairan maintenance 30 tetes per menit untuk memenuhi kebutuhannya sementara pasien dipuaskan. Kateter urin memungkinkan pemantauan ketat urin output. Antibiotik spektrum luas telah terbukti mengurangi risiko infeksi luka (1).

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).

Penelitian pada RSUD Cut Meutia didapatkan bahwa 4 dari 9 pasien meninggal dengan persentase status mortalitas sebesar (44%). Beberapa variabel yang dapat digunakan sebagai prediktor mortalitas yaitu kondisi klinis pasien, (sepsis atau syok sepsis, infeksi nosokomial, sumber infeksi, penyakit komorbid), umur pasien, keterlambatan terapi inisial, dan pasien Intensive Care Unit (ICU) (3). Pada pasien ini diketahui mengalami pneumonia setelah beberapa hari dirawat di rumah sakit sehingga menambah masa rawatan pasien.

Kesimpulan

Telah dilaporkan kasus perforasi gaster pada laki-laki berusia 74 tahun. Pada anamnesis pasien mengeluhkan adanya nyeri perut hebat disertai keras seperti papan dan kembung. Tidak ada buang air besar dan kentut, 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 menghilang. Pemeriksaan foto thorax erect dan LLD didapatkan gambaran penumoperitoneum. Pasien ini dilakukan tindakan laparotomi dan didapatkan adanya perforasi antrum gaster berukuran $\pm 1 \times 1$ cm. Dilakukan penutupan pada bagian yang mengalami perforasi dan pasien dirawat secara intensif di ruangan ICU. Tindakan pembedahan yang dilakukan memberikan perbaikan pada gejala namun muncul pneumonia yang menyebabkan lama rawatan pasien bertambah.

Referensi

1. Sigmon DF, Tuma F, Kamel BG, Cassaro S. Gastric Perforation. NCBI StatPearls. 2021;
2. Qorina S. Profil Pasien Perforasi Gaster di RSUD Kolonel Abundjani Bangko pada Tahun 2020. J Ilmu Kesehat Indones. 2021;2(1):17–20.

3. Sayuti M. Profil Perforasi Gaster di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara Periode Januari 2017-Desember 2018. *J Kedokt Nanggroe Med.* 2020;3(1):1–5.
4. Sayuti M. Karakteristik Peritonitis Perforasi Organ Berongga Di RSUD Cut Meutia Aceh Utara. *J Averrous.* 2020;6(2):68–76.
5. Sjamsuhidajat R, Karnadihardja W, Prasetyono TOH, Rudiman R, editors. *Buku Ajar Ilmu Bedah.* 3rd ed. Jakarta: EGC; 2010. 788–791 p.
6. Koto K, Asrul, Muradi. Characteristic of gastric perforation type and the histopathology at Haji Adam Malik general hospital Medan-Indonesia. *Bali Med J.* 2016;5.
7. Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K. Peptic Ulcer Disease. NCBI: StatPearls.
8. Weledji EP. An Overview of Gastroduodenal Perforation. *Front Surg.* 2020;7.
9. Mannana A, Tangel SJC, Prasetyo E. Diagnosis Akut Abdomen akibat Peritonitis. *e-CliniC.* 2021;9(1):33–9.
10. Kate V. Exploratory Laparotomy. *Medscape.* 2021.
11. 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).
12. Haspari TM. Penatalaksanaan Pasien Bedah Saluran Cerna (Perforasi Gaster) di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara. *J Nutr Heal.* 2021;9(2):8–12.