

[Case Report]

PERITONITIS ET CAUSA PERFORASI GASTER : LAPORAN KASUS

Peritonitis et causa Gastric Perforation : A Case Report

Pradipta Harsatyo Kusworo¹, Juono Prabowo².

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Bedah, RSUD Karanganyar

Korespondensi: Pradipta Harsatyo Kusworo. Alamat email: j510225100@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Akut abdomen adalah suatu kondisi yang membutuhkan perhatian dan perawatan segera. Kondisi ini disebabkan oleh infeksi, inflamasi, oklusi vaskular, maupun obstruksi. Kondisi ini dapat memicu terjadinya peritonitis, yakni inflamasi pada rongga peritoneum. Data CDC dari National Hospital Ambulatory Medical Care Survey tahun 1999 hingga 2008, melaporkan bahwa 11% kunjungan departemen ruang gawat darurat pada tahun 2008 akibat nyeri perut dan keluhan ini menyumbang 12,5% dari kejadian darurat. Angka kematian mencapai 30% dan angka kesatikan sampai 50%. Kami melaporkan kasus peritonitis et causa perforasi gaster pada seorang laki-laki 68 tahun di RSUD Karanganyar dengan keluhan nyeri perut disertai kram, mual muntah, sulit BAB selama 3 hari, dan tidak bisa kentut. Pemeriksaan fisik abdomen ditemukan defans muskular, tidak ditemukan bunyi peristaltik, dan nyeri tekan di seluruh lapang perut. Hasil pemeriksaan foto polos abdomen 3 posisi menyimpulkan adanya gambaran subileus disertai tanda-tanda peritonitis. Pasien kemudian mendapatkan penanganan untuk dipuaskan, pemasangan NGT, DC, infus ringer laktat, O₂ nasal canul 4 lpm, infus ringer laktat 20 tpm, injeksi metamizole 1 gram/8 jam, injeksi omeprazole 1 ampul/12 jam, injeksi ondancetron 1 ampul/12 jam, dan injeksi ceftriaxone 1 gram/24 jam. Tindakan operatif dilakukan dengan laparotomi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang perjalanan penyakit, tatalaksana operatif dan hasil akhir.

Kata Kunci : Akut Abdomen, Peritonitis, Perforasi Gaster, Laparotomi.

ABSTRACT

Acute abdomen is a condition that requires immediate attention and treatment. This condition is caused by infection, inflammation, vascular occlusion, or obstruction. This condition can trigger peritonitis, namely inflammation of the peritoneal cavity. CDC data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey from 1999 to 2008, reported that 11% of emergency room department visits in 2008 were due to abdominal pain and this complaint accounted for 12.5% of emergency events. We report a case of peritonitis et causa gastric perforation in a 68 year old man at Karanganyar District Hospital with complaints of abdominal pain accompanied by cramps, nausea, vomiting, difficulty defecating for 3 days, and inability to fart. Physical examination of the abdomen revealed muscular defansity, no peristaltic sounds, and tenderness throughout the abdominal area. The results of a 3-position plain abdominal radiograph concluded that there was a picture of subileus accompanied by signs of peritonitis. The patient then received treatment for fasting, insertion of an NGT, DC, Ringer's lactate infusion, O₂ nasal cannula 4 lpm, Ringer's lactate infusion 20 tpm, metamizole injection 1 gram/8 hours, omeprazole injection 1 ampoule/12 hours, ondancetron injection 1 ampoule/12 hours. Operative action is carried out by laparotomy. The aim of this research is to find out about the course of the disease, operative management and final results.

Keywords: Acute Abdomen, Peritonitis, Gastric Perforation, Laparotomy

PENDAHULUAN

Akut abdomen adalah suatu kondisi yang membutuhkan perhatian dan perawatan segera. Kondisi ini disebabkan oleh infeksi, inflamasi, oklusi vaskular, maupun obstruksi. Pasien biasanya datang dengan nyeri perut yang tiba-tiba disertai mual atau muntah. Sebanyak 7% - 10% dari kunjungan gawat darurat disebabkan oleh nyeri perut. Data CDC dari *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey* tahun 1999 hingga 2008, melaporkan bahwa 11% kunjungan departemen ruang gawat darurat pada tahun 2008 akibat nyeri perut dan keluhan ini menyumbang 12,5% dari kejadian darurat. Sekitar sepertiga dari pasien sakit perut didiagnosis dengan sakit perut non-spesifik, sedangkan 30% lainnya menderita kolik ginjal akut.(1)

Peritonitis akut merupakan penyebab akut abdomen dan dapat terjadi akibat pecahnya *hollow viscus* atau sebagai komplikasi dari penyakit radang usus atau keganasan. Peritonitis didefinisikan sebagai peradangan rongga peritoneum. Manajemen

kasus ini membutuhkan antibiotik spektrum luas dan kontrol sumber dengan laparotomi atau operasi laparoskopi untuk terapi definitif. Peritonitis akut merupakan kontributor utama kematian non-trauma di semua kondisi darurat, sekaligus menjadi penyebab utama kedua sepsis pada pasien dengan penyakit kritis.(2,3) Penegakan diagnosis dimulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, hingga pemeriksaan penunjang secara holistik harus dilakukan untuk menemukan sumber penyebab.

Manajemen awal terdiri dari resusitasi, terapi oksigen, cairan intravena, dan antibiotik spektrum luas. Pemasangan tabung nasogastrik (NGT) harus segera dilakukan. Analgesia intravena dan PPI harus diberikan sesuai kebutuhan. Kateter urin memungkinkan pemantauan ketat *output* urin. Penatalaksanaan pembedahan merupakan terapi definitif untuk sebagian besar perforasi gaster melalui laparotomi atau laparoskopi.(4).

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 68 tahun datang ke IGD RSUD Karanganyar dengan keluhan utama nyeri perut. Nyeri perut dirasakan memberat sejak 1 hari, keluhan disertai rasa kram pada perut, muntah 1x. Selain itu, pasien juga mengeluhkan pusing, tidak BAB selama 3 hari dan tidak bisa kentut. Riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat trauma disangkal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/70 MmHg, HR 109 x/menit, RR 20/menit, suhu 37,3°C, SpO₂ 97%. Pada fisik didapatkan kepala, leher, jantung dan paru dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan peristaltik (-), defans muskular (+), dan nyeri tekan pada seluruh lapang abdomen. Pemeriksaan genitalia dan ekstremitas atas maupun bawah dalam batas normal.

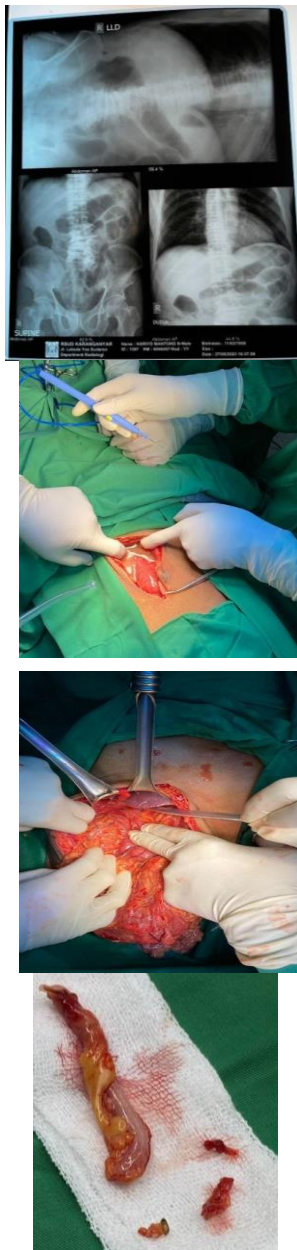
Pemeriksaan laboratorium pada 27 Mei 2023 didapatkan hasil hemoglobin 16,4 g/dl, hematokrit 49,1 %, leukosit 7,75 x 10³/uL, trombosit 179 x 10³/uL, GDS 162

mg/100mL, MCH 28,7 pg, CT 4,00, BT 2,00, HbsAg non reaktif, dan HIV negatif. Pemeriksaan elektrolit pada 28 Mei 2023 didapatkan Natrium 131,4 mmol/l, Kalium 5 mmol/l, Klorida 103,1 mmol/l. Pemeriksaan elektrolit pada 29 Mei 2023 didapatkan Natrium 138 mmol/l, Kalium 4,42 mmol/l, Klorida 110,7 mmol/l. Pemeriksaan foto abdomen 3 posisi pada 27 Mei 2023 didapatkan kesan gambaran subileus dengan tanda-tanda awal infeksi (peritonitis), tak tampak gambaran pneumoperitoneum. Hasil pemeriksaan rontgen thorax didapatkan kesan pulmo dan cor dalam batas normal.

Tatalaksana awal yang diberikan pada pasien saat masih di IGD meliputi pasien dipuaskan, pasang NGT, pasang DC, O₂ nasal canul 4 lpm, infus ringer laktat 20 tpm, injeksi metamizole 1 gram/8 jam, injeksi omeprazole 1 ampul/12 jam, injeksi ondancetron 1 ampul/12 jam, dan injeksi ceftriaxone 1 gram/24 jam.

Berdasarkan keluhan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, diagnosis kerja pasien ini adalah suspek ileus dengan

diagnosis banding peritonitis. Selanjutnya pasien ini menjalani rawat inap pada malam harinya untuk dilakukan tindakan laparotomi, hecting gaster dan omental patch pada malam harinya. Diagnosis pasca operasi didapatkan peritonitis et causa perforasi gaster.



Gambar 2. Tindakan Operasi Laparotomi

DISKUSI

Laporan kasus ini membahas mengenai pasien laki-laki berusia 68 tahun dengan peritonitis et causa perforasi gaster. Penegakan diagnosis dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pasien datang dengan keluhan nyeri perut yang memberat sejak 1 hari, kram perut, muntah 1x, pusing, tidak bisa BAB 3 hari, dan tidak bisa kentut. Hasil pemeriksaan abdomen didapatkan peritaltik (-), defans muskular (+), dan nyeri di semua lapang abdomen. Pasien kemudian menjalani pemeriksaan penunjang rontgen abdomen 3 posisi dan didapatkan kesan subileus dengan tanda-tanda awal infeksi (peritonitis). Terapi awal yang diberikan di IGD meliputi pasien dipuaskan, pasang NGT, pasang DC, infus ringer laktat 20 tpm, O₂ nasal canul 4 lpm, injeksi metamizole 1 gram/8 jam, injeksi omeprazole 1 ampul/12 jam, injeksi ondancetron 1 ampul/12 jam, dan injeksi ceftriaxone 1 gram/24 jam. Pasien kemudian menjalani operasi laparotomi malam harinya.

Peritonitis akut merupakan kondisi patologis intra-abdomen yang berpotensi mengancam jiwa di seluruh dunia yang sebagian bermanifestasi sebagai akut abdomen. Kasus ini membutuhkan antibiotik spektrum luas dan kontrol sumber dengan laparotomi atau operasi laparoskopi untuk terapi definitif kecuali dalam kasus peritonitis spontan yang merupakan keadaan darurat medis yang hanya diobati dengan antibiotik. Selain itu, peritonitis akut merupakan kontributor utama kematian non-trauma di semua kondisi darurat, sekaligus menjadi penyebab utama kedua sepsis pada pasien dengan penyakit kritis.(2)

Peritonitis didefinisikan sebagai peradangan rongga peritoneum dan dapat diklasifikasikan menurut penyebab yang mendasari (primer atau sekunder), luasnya (lokal atau umum), atau adanya agen infeksius (septik atau nonseptik). Peritonitis primer mengacu pada kondisi peradangan spontan tanpa adanya patologi intraabdominal yang mendasari atau riwayat cedera peritoneal yang diketahui. Peritonitis sekunder terjadi akibat

kontaminasi langsung peritoneum oleh tumpahan dari traktus gastrointestinal atau urogenital atau organ padat terkait. Peritonitis sekunder diidentifikasi sebagai proses septik, paling sering disebabkan kontaminasi dari saluran gastrointestinal (GI). Kebocoran isi GI dapat terjadi melalui lambung dan dinding usus akibat ulserasi, obstruksi benda asing, neoplasia, trauma, kerusakan iskemik, atau dehisensi dari sayatan bedah sebelumnya. Perforasi gastroduodenal spontan dapat dikaitkan dengan pemberian obat antiinflamasi nonsteroid tetapi juga dapat terlihat dengan pemberian kortikosteroid, penyakit infiltrat GI neoplastik dan nonneoplastik, gastrinoma, dan penyakit hati. Peritonitis tersier mengacu pada peritonitis sekunder yang bertahan selama lebih dari 48 jam setelah upaya pengendalian sumber bedah.(3)

Perforasi gaster merupakan cedera pada seluruh dinding organ. Hal ini disebabkan karena peritoneum sepenuhnya menutupi lambung. Perforasi pada dinding menciptakan hubungan antara lumen lambung

dan rongga peritoneum. Jika perforasi terjadi secara akut, tidak ada waktu untuk reaksi inflamasi untuk menutupi perforasi, sehingga isi lambung dengan bebas masuk ke rongga peritoneum dan menyebabkan peritonitis kimiawi. Perforasi yang terjadi dalam waktu lama dapat ditahan secara lokal oleh reaksi inflamasi. Perforasi dapat dicurigai berdasarkan presentasi klinis pasien, atau diagnosis menjadi jelas melalui laporan ditemukannya "udara bebas" ekstraluminal pada pencitraan diagnostik yang dilakukan untuk mengevaluasi nyeri perut atau gejala lain.(4)

Pada orang dewasa, penyebab paling umum adalah riwayat penyakit ulkus gaster. Akan tetapi, angka kejadian perforasi berkurang sejak adanya obat penghambat pompa proton. Setidaknya 30% perforasi gaster berhubungan dengan malignansi. Penyebab umum perforasi gaster di rumah sakit saat ini terkait dengan endoskopi. Angka pastinya tidak diketahui karena diagnosis perforasi biasanya diubah dan dinyatakan sebagai penyakit ulkus peptikum.(4)

Etiologi perforasi lambung yang paling sering adalah ulkus peptikum dan 10-15% pasien dengan ulkus peptikum dapat berkembang menjadi perforasi. Pada perforasi akibat ulkus gaster, 6-14% kasus disebabkan oleh keganasan. Di Indonesia, ulkus gaster menempati urutan ke 10 sebagai penyebab kematian pada laki-laki dengan usia 45-54 tahun menurut BPPK Depkes tahun 2008. Perforasi paling banyak ditemukan pada prepilorus (40%), duodenum (28%), dan antrum (5%). Perforasi gaster yang disebabkan karsinoma gaster jarang terjadi. Insiden perforasi gaster yang disebabkan karsinoma gaster adalah 5%. Sebagian besar pasien berada dalam stadium lanjut (64-88%). Perforasi yang disebabkan oleh keganasan gaster umumnya ditemukan pada kurvatura mayor (77%).(5)

Peritoneum merupakan selaput serosa yang melapisi rongga perut. Struktur ini terdiri dari sel-sel mesothelial yang didukung oleh lapisan tipis jaringan fibrosa dan secara embriologis berasal dari mesoderm. Peritoneum berfungsi untuk menyokong organ

di dalam perut dan bertindak sebagai saluran untuk lewatnya saraf, pembuluh darah, dan limfatik. Meskipun peritoneum tipis, struktur ini terdiri dari 2 lapisan dengan ruang diantaranya. Ruang diantara 2 lapisan mengandung sekitar 50 sampai 100 ml cairan serosa yang berfungsi mencegah gesekan dan memungkinkan lapisan dan organ meluncur bebas. Lapisan luar adalah peritoneum parietal yang menempel pada dinding perut dan panggul. Lapisan viseral bagian dalam membungkus organ dalam yang terletak di dalam ruang intraperitoneal.(6)

Rongga peritoneal berisi omentum, ligamen, dan mesenterium. Organ intraperitoneal meliputi gaster, limpa, hati, bagian pertama dan keempat duodenum, jejunum, ileum, transversal, dan kolon sigmoid. Organ retroperitoneal terletak di belakang selubung posterior peritoneum dan termasuk aorta, esofagus, bagian kedua dan ketiga duodenum, kolon ascendens dan descendens, pankreas, ginjal, ureter, dan kelenjar adrenal.(6)

Peritoneum parietal menerima suplai darah dari pembuluh darah dinding perut, termasuk arteri iliaka, lumbar, epigastrium, dan interkostal. Peritoneum viseral menerima suplai dari arteri mesenterika superior dan inferior. Dua bagian peritoneum juga berbeda dalam drainase vena, peritoneum parietal mengalir ke vena cava inferior sementara peritoneum viseral mengalir ke vena portal. Peritoneum memiliki persarafan somatik dan otonom. Peritoneum parietal menerima persarafan dari saraf vertebra T10 melalui L1. Persarafan ini bersifat somatik dan memungkinkan sensasi nyeri dan suhu yang dapat dilokalisasi. Peritoneum viseral menerima persarafan otonom dari nervus Vagus dan persarafan simpatis yang mengakibatkan sensasi perut yang sulit dilokalisasi yang dipicu oleh distensi organ.(6)

Gaster biasanya tidak memiliki mikroorganisme karena tingkat keasaman yang tinggi. Oleh karena itu, mayoritas individu yang mengalami perforasi lambung tidak berisiko untuk pertumbuhan bakteri. Pada kondisi kebocoran cairan asam di rongga

perut dapat menyebabkan peritonitis kimiawi yang parah. Dalam beberapa jam setelah perforasi, pasien akan mengalami akut abdomen dan tanda-tanda peritonitis. Makanan yang bocor di dalam rongga perut dapat menyebabkan reaksi inflamasi dan menimbulkan banyak kantong infeksi atau abses. Jika tidak diobati, pasien akan mengalami sepsis sistemik yang diikuti dengan kegagalan multiorgan.(4)

Anamnesis yang cermat penting dalam mengevaluasi pasien. Anamnesis harus mencakup pertanyaan tentang serangan nyeri perut atau dada sebelumnya, riwayat sebelumnya (NGT, trauma perut, endoskopi), operasi sebelumnya, keganasan, kemungkinan benda asing yang tertelan (misalnya, menelan ikan atau tulang ayam), dan kondisi medis (misalnya, penyakit peptikum, implan perangkat medis), termasuk obat-obatan (obat antiinflamasi nonsteroid [NSAID], glukokortikoid) yang menjadi predisposisi perforasi gastrointestinal.(7)

Pasien dengan perforasi mungkin mengeluh nyeri dada atau perut sampai derajat

tertentu. Pasien yang menggunakan agen immunosupresif atau antiinflamasi mungkin mengalami gangguan respon inflamasi, dan beberapa mungkin mengalami sedikit atau tidak ada rasa sakit dan nyeri tekan.(7) Tanda dan gejala dapat mual, muntah, dan penurunan aktivitas. Manifestasi yang paling umum adalah timbulnya distensi dan nyeri perut secara tiba-tiba. Gejala lain yang kurang umum adalah ileus, gangguan pernapasan, demam, emesis, hematemesis, atau hemochezia.(4)

Sepsis dapat menjadi presentasi awal perforasi. Kemampuan permukaan peritoneal untuk menutupi perforasi dapat terganggu pada pasien dengan komorbiditas medis berat, terutama pasien yang lemah, lanjut usia, dan immunosupresi, yang mengakibatkan sepsis. Pemeriksaan fisik harus mencakup tanda-tanda vital, pemeriksaan perut secara menyeluruh. Sebagian besar pasien akan mengalami takikardia, takipnea, demam, dan nyeri perut menyeluruh. Bising usus mungkin tidak ditemukan.(4)

Diagnosis biasanya dikonfirmasi dengan pencitraan radiologis yang menunjukkan udara bebas intraperitoneal. Tanda sugestif lain yang dilaporkan adalah kurangnya tingkat udara-cairan di perut dalam *horizontal beam view* dan kekurangan gas relatif di usus distal.(4) Temuan foto polos abdomen 3 posisi sugestif perforasi meliputi :

(8)

1. Udara bebas yang terperangkap di lokasi subdiafragma. Jika jumlah udara bebas cukup banyak, gambaran dapat divisualisasikan pada radiografi abdomen supine.
2. Terlihat ligamen falciform. Ligamen dapat muncul sebagai struktur miring yang memanjang dari kuadran kanan atas menuju umbilikus, terutama ketika sejumlah besar gas hadir di kedua sisi ligamen.
3. *Air-fluid level*. Ini ditunjukkan dengan adanya *hydropneumoperitoneum* atau *pyopneumoperitoneum* pada radiografi abdomen erect.

Hitung darah lengkap dapat mengungkapkan parameter sugestif infeksi (misalnya, leukositosis), meskipun leukositosis mungkin jarang ditemukan pada pasien usia lanjut. Peningkatan volume sel darah menunjukkan pergeseran cairan intravaskular. Kultur darah untuk organisme aerob dan anaerob diindikasikan. Temuan dari tes fungsi hati dan fungsi ginjal mungkin berada dalam batas normal jika tidak ada kelainan yang sudah ada sebelumnya.(8)

Pengumpulan gas lokal yang berhubungan dengan perforasi usus dapat dideteksi dengan ultrasonografi (USG), terutama jika dikaitkan dengan kelainan lain yang terlihat (misalnya *thickened bowel loop*). Lokasi perforasi usus dapat dideteksi dengan USG (misalnya, perforasi gaster vs duodenum, apendisitis perforasi vs divertikulitis perforasi). USG abdomen juga dapat memberikan evaluasi cepat pada hati, limpa, pankreas, ginjal, ovarium, adrenal, dan rahim.(8)

Computed tomography (CT) abdomen dapat menjadi alat investigasi yang

197

memberikan informasi morfologi diferensial yang tidak dapat diperoleh dengan foto polos atau ultrasonografi. CT scan dapat memberikan bukti perforasi lokal (misalnya, ulkus duodenum perforasi) dengan kebocoran di daerah kandung empedu dan panggul kanan dengan atau tanpa udara bebas yang terlihat. Modalitas ini mungkin menunjukkan perubahan inflamasi pada jaringan lunak perikolon dan abses fokal akibat divertikulitis.(8)

Manajemen awal terdiri dari resusitasi agresif, terapi oksigen, cairan intravena, dan antibiotik spektrum luas. Antibiotik spektrum luas telah terbukti mengurangi risiko infeksi luka. Metronidazol dan sefalosporin atau aminoglikosida. Tabung nasogastrik (NGT) juga harus dipasang. Analgesia intravena dan PPI harus diberikan sesuai kebutuhan. Kateter urin memungkinkan pemantauan ketat output urin. Penatalaksanaan pembedahan merupakan terapi definitif untuk sebagian besar perforasi gaster. Tatalaksana bedah definitif harus dilakukan sedini mungkin.(4)

Pada kasus ini, pasien mendapatkan tatalaksana operatif laparotomi.

Laparotomi berasal dari kata Yunani *lapara*, yang berarti panggul, dan *tomy*, yang berarti memotong. Dalam praktik pembedahan, ini berarti sayatan besar di perut untuk mendapatkan akses ke rongga peritoneum. Laparotomi adalah sayatan yang dibuat di garis tengah sepanjang linea alba. Kontraindikasi yang paling penting untuk diperhatikan adalah pasien yang tidak layak untuk anestesi umum. Kondisi ini disebabkan faktor komorbiditas, sepsis, ketidakstabilan hemodinamik, dan penyakit metastatik yang meluas. Keinginan pasien juga sangat penting karena merupakan hak mereka untuk menolak laparotomi (apa pun indikasinya) jika mereka memiliki kapasitas untuk membuat keputusan itu. Evaluasi klinis menyeluruh dan investigasi radiologis yang relevan sangat penting karena seseorang harus selalu memiliki indeks kecurigaan yang tinggi untuk kondisi medis yang mungkin menyerupai akut abdomen sehingga menyebabkan indikasi yang salah untuk laparotomi seperti pankreatitis akut,

krisis hiperglikemik, asam urat, gastritis, atau infeksi saluran kemih.(9)

Pada peritonitis sekunder, terapi antibiotik sistemik merupakan pengobatan andalan kedua setelah kontrol sumber infeksi (misalnya pengangkatan apendiks, penutupan perforasi, reseksi usus gangren, drainase abses). Beberapa studi menunjukkan bahwa terapi antibiotik tidak efektif pada tahap akhir infeksi dan terapi antibiotik sistemik awal (pra operasi) dapat secara signifikan mengurangi konsentrasi dan tingkat pertumbuhan bakteri yang hidup dalam cairan peritoneum. Perforasi organ saluran GI bagian atas berhubungan dengan bakteri gram positif, sedangkan perforasi usus halus dan kolon distal melibatkan spesies aerob dan anaerob polimikrobial.(10)

Pemberian antibiotik dapat berupa monoterapi maupun terapi kombinasi. Pada pasien dengan infeksi intra-abdominal yang telah diobati dengan kontrol sumber yang tepat dan intervensi bedah segera, terapi antibakteri diberikan selama 5-7 hari, tetapi rejimen ini mungkin perlu diperpanjang yang bergantung

pada kondisi klinis. Beberapa regimen antibiotik yang dapat digunakan adalah :

Tabel 1. Terapi Antibiotik Empiris yang Diusulkan

Monoterapi	Terapi Kombinasi
Amoksisilin	/ Cefuroxime +
Amoxiclav	Metronidazole
Pipperacillin	/ Sefalosporin generasi
Tazobactam	3 atau 4 + Metronidazol
Ticarcillin / Amoxiclav	Ciprofloxacin + Metronidazol
Cefoperazone	/ Aminoglikosida +
Sulbactam	Klindamisin
Ertapenem	Aztreonam + Metronidazol
Imipenem/cilastatin/rel ebactam	
Meropenem	
Tigecycline	

Pada kasus peritonitis bakterial spontan, beberapa terapi empiris yang disarankan adalah Cefotaxime 2 gram/8 jam, Ceftriaxone 1 – 2 gram/24 jam, Ticarcillin-clavulanate 3,1 gram/6 jam, Piperacillin-tazobactam 3,375 gram/6 jam atau 4,5 gram/8 jam, Ampicillin-sulbactam 3 gram/6 jam, Ertapenem 1 gram/24 jam, Levofloxacin 500 mg/24 jam, atau Moxifloxacin 400 mg/24 jam.(11)

Selama 3 dekade terakhir, prognosis pasien dengan perforasi gaster telah meningkat secara signifikan. Namun, keterlambatan diagnosis dan pengobatan masih bisa menyebabkan kematian. Faktor-faktor yang terkait dengan kematian yang tinggi meliputi adanya penyakit komorbid, usia lanjut, malnutrisi, adanya komplikasi, dan tipe dan lokasi perforasi. Komplikasi yang dapat terjadi meliputi sepsis, infeksi pada luka, malnutrisi, kegagalan multiorgan, delirium, adhesi dan obstruksi usus. Pasien yang datang lebih awal setelah perforasi biasanya pulih dengan baik dan dapat diberi makan satu atau dua hari setelah operasi dan dipulangkan setelah

asupan yang cukup dapat ditoleransi. Pasien yang datang terlambat dalam keadaan septik atau memiliki beberapa komorbiditas mungkin mengalami pemulihan yang lebih lama termasuk waktu di ICU untuk merawat mereka karena sepsis.(4)

KESIMPULAN

Pada kasus ini pasien didiagnosis peritonitis et causa perforasi gaster dan mendapatkan penanganan tindakan laparotomi, hecting gaster dan omental patch.

DAFTAR PUSTAKA

- Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen Continuing Education Activity. 2023.
- 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. Vol. 10, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2020.
- Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: Principles of diagnosis and

- intervention. Vol. 361, BMJ (Online). BMJ Publishing Group; 2018.
- Sigmon DF, Tuma F, Bishoy ;, Kamel G, Cassaro S. Gastric Perforation Continuing Education Activity. 2023.
- Koto K, Asrul A, A M. Characteristic of Gastric Perforation Type and The Histopathology at Haji Adam Malik General Hospital Medan-Indonesia. Bali Medical Journal. 2016 Oct 14;5(1):186.
- Kalra A, Wehrle CJ, Tuma F. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Peritoneum. 2023.
- Odom RS. Overview of Gastrointestinal Tract Perforation. 2023. Available at : https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gastrointestinal-tract-perforation?search=gastric%20perforation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Azer SAA. Intestinal Perforation Workup Imaging Studies Radiography. 2022. Available at : <https://emedicine.medscape.com/article/195537-workup#c6>
- Rajaretnam N, Okoye E, Burns B. Laparotomy Continuing Education Activity. 2023.
- Kapoor VK. Antibiotic Therapy for Peritonitis Treatment Overview. 2019. Available at : <https://emedicine.medscape.com/article/1926162-overview#a3>
- Lo BM. Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP) Empiric Therapy Empiric Therapy Regimens. 2023. Available at : <https://emedicine.medscape.com/article/2012225-overview>