

# **PERDARAHAN AKUT SALURAN CERNA BAGIAN ATAS**

## **H Ali Djumhana**

Bagian Ilmu Penyakit Dalam – RS Dr Hasan Sadikin / FK Unpad  
Bandung

### **Pendahuluan**

Perdarahan akut Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) merupakan salahsatu penyakit yang sering dijumpai di bagian gawat darurat rumah sakit. Sebahagian besar pasien datang dalam keadaan stabil dan sebahagian lainnya datang dalam keadaan gawat darurat yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat.

Kejadian perdarahan akut saluran cerna ini tidak hanya terjadi diluar rumah sakit saja namun dapat pula terjadi pada pasien-pasien yang sedang menjalani perawatan di rumah sakit terutama di ruang perawatan intensif dengan mortalitas yang cukup tinggi. Selain itu perdarahan akut SCBA sering menyertai penyakit-penyakit lainnya seperti trauma kapitis, stroke, luka bakar yang luas, sepsis ,renjatan dan gangguan hemostasis.

### **Epidemiologi**

Di negara barat insidensi perdarahan akut SCBA mencapai 100 per 100.000 penduduk/tahun, laki-laki lebih banyak dari wanita.Insidensi ini meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Di Indonesia kejadian yang sebenarnya di populasi tidak diketahui. Dari catatan medik pasien-pasien yang dirawat di bagian penyakit dalam RS Hasan Sadikin Bandung pada tahun 1996-1998,pasien yang dirawat karena perdarahan SCBA sebesar 2,5% - 3,5% dari seluruh pasien yang dirawat di bagian penyakit dalam.

Berbeda dengan di negara barat dimana perdarahan karena tukak peptik menempati urutan terbanyak maka di Indonesia perdarahan karena ruptura varises gastroesofagei merupakan penyebab tersering yaitu sekitar 50-60%, gastritis erosiva hemoragika sekitar 25-30%,tukak peptik sekitar 10-15% dan karena sebab lainnya < 5%.Kecenderungan saat ini menunjukkan bahwa perdarahan yang terjadi karena pemakaian jamu rematik menempati urutan terbanyak sebagai penyebab perdarahan SCBA yang datang ke UGD RS Hasan Sadikin. Mortalitas secara keseluruhan masih tinggi yaitu sekitar 25%, kematian pada penderita ruptur varises bisa mencapai 60% sedangkan kematian pada perdarahan non varises sekitar 9-12%. Sebahagian besar penderita perdarahan SCBA meninggal bukan karena perdarahannya itu sendiri melainkan karena penyakit lain yang ada secara bersamaan seperti penyakit gagal ginjal, stroke, penyakit jantung, penyakit hati kronis, pneumonia dan sepsis.

### **Presentasi klinis**

Saluran cerna bagian atas merupakan tempat yang sering mengalami perdarahan. Dari seluruh kasus perdarahan saluran cerna sekitar 80% sumber perdarahannya berasal dari esofagus,gaster dan duodenum.

Penampilan klinis pasien dapat berupa

Hematemesis : Muntah darah berwarna hitam seperti bubuk kopi

Melena : Buang air besar berwarna hitam seperti ter atau aspal

Hematemesis dan melena

Hemoskizia : Buang air besar berwarna merah marun, biasanya dijumpai pada pasien-pasien dengan perdarahan masif dimana *transit time* dalam usus yang pendek

Penampilan klinis lainnya yang dapat terjadi adalah sinkope, instabilitas hemodinamik karena hipovolemik dan gambaran klinis dari komorbid seperti penyakit hati kronis, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit ginjal dsb.

### **Pendekatan diagnosis**

Seperti dalam menghadapi pasien-pasien gawat darurat lainnya dimana dalam melaksanakan prosedur diagnosis tidak harus selalu melakukan anamnesis yang sangat cermat dan pemeriksaan fisik yang sangat detil, dalam hal ini yang diutamakan adalah penanganan A - B - C ( Airway - Breathing - Circulation ) terlebih dahulu. Bila pasien dalam keadaan tidak stabil yang didahulukan adalah resusitasi ABC. Setelah keadaan pasien cukup stabil maka dapat dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang lebih seksama.

Pada anamnesis yang perlu ditanyakan adalah riwayat penyakit hati kronis, riwayat dispepsia, riwayat mengkonsumsi NSAID, obat reumatik, alkohol, jamu - jamuan, obat untuk penyakit jantung, obat stroke. Kemudian ditanya riwayat penyakit ginjal, riwayat penyakit paru dan adanya perdarahan ditempat lainnya. Riwayat muntah-muntah sebelum terjadinya hematemesis sangat mendukung kemungkinan adanya sindroma Mallory Weiss. Dalam pemeriksaan fisik yang pertama harus dilakukan adalah penilaian ABC, pasien-pasien dengan hematemesis yang masif dapat mengalami aspirasi atau sumbatan jalan nafas, hal ini sering ini sering dijumpai pada pasien usia tua dan pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Khusus untuk penilaian hemodinamik (keadaan sirkulasi) perlu dilakukan evaluasi jumlah perdarahan.

Perdarahan	< 8%	hemodinamik stabil
Perdarahan	8%-15%	hipotensi ortostatik
Perdarahan	15-25%	renjatan (shock)
Perdarahan	25%-40%	renjatan + penurunan kesadaran
Perdarahan	>40%	moribund

Pemeriksaan fisik lainnya yang penting yaitu mencari stigmata penyakit hati kronis (kterus, spider nevi, asites, splenomegali, eritema palmaris, edema tungkai), masa abdomen, nyeri abdomen, rangsangan peritoneum, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit reumatik dll. Pemeriksaan yang tidak boleh dilupakan adalah colok dubur. Warna feses ini mempunyai nilai prognostik

Dalam prosedur diagnosis ini penting melihat aspirat dari Naso Gastric Tube (NGT). Aspirat berwarna putih keruh menandakan perdarahan tidak aktif, aspirat berwarna merah marun menandakan perdarahan masif sangat mungkin perdarahan arteri. Seperti halnya warna feses maka warna aspiratpun dapat memprediksi mortalitas pasien.

Walaupun demikian pada sekitar 30% pasien dengan perdarahan tukak duodeni ditemukan adanya aspirat yang jernih pada NGT.

Dalam prosedur diagnostik ini perlu dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang

Antara lain laboratorium darah lengkap, faal hemostasis, faal hati, faal ginjal, gula darah, elektrolit, golongan darah, RÖ dada dan elektrokardiografi.

Dalam prosedur diagnosis ini pemeriksaan endoskopi merupakan *gold standard*. Tindakan endoskopi selain untuk diagnostik dapat dipakai pula untuk terapi. Prosedur ini tidak perlu dilakukan segera (bukan prosedur emergensi), dapat dilakukan dalam kurun waktu 12 - 24 jam setelah pasien masuk dan keadaan hemodinamik stabil. Tidak ada keuntungan yang nyata bila endoskopi dilakukan dalam keadaan darurat. Dengan pemeriksaan endoskopi ini lebih dari 95% pasien-pasien dengan hematemesis, melena atau hematemesis-melena dapat ditentukan lokasi perdarahan dan penyebab perdarahannya. Lokasi dan sumber perdarahan

Esofagus : Varises, erosi, ulkus, tumor

Gaster : Erosi, ulkus, tumor, polip, angiodisplasia, Dilafeyu, varises, gastropati kongestif

Duodenum : Ulkus, erosi, tumor, divertikulitis

Untuk kepentingan klinik biasanya dibedakan perdarahan karena ruptur varises dan perdarahan bukan karena ruptur varises (variceal bleeding dan non variceal bleeding).

Identifikasi varises biasanya memakai cara *red whale marking*. Yaitu dengan menentukan besarnya varises (F1-F2-F3), jumlah kolom (sesuai jam), lokasi di esofagus (Lm, Li, Lg) dan warna (biru, cherry red, hematocystic).

Untuk ulkus memakai kriteria Forrest.

Forrest Ia : Tukak dengan perdarahan aktif dari arteri

Forrest Ib : Tukak dengan perdarahan aktif berupa oozing

Forrest IIa : Tukak dengan *visible vessel*

Forrest IIb : Tukak dengan ada klot di atasnya yang sulit dilepas

Forrest IIc : Tukak dengan klot di atasnya yang dapat dilepas

Forrest III : Tukak dengan dasar putih tanpa klot.

**TABLE 64.3. ULCER APPEARANCE AND PROGNOSIS IN PEPTIC ULCER DISEASE**

Appearance	Prevalence (%)	Rebleed (%)	Mortality (%)
Clean base	42	5	2
Flat spot	20	10	3
Clot	17	22	7
Visible vessel	17	43	11
Active bleeding	18	55	11

Adapted from Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-727, with permission.

Pada beberapa keadaan dimana pemeriksaan endoskopi tidak dapat dilakukan, pemeriksaan dengan kontras barium (OMD) mungkin dapat membantu.

Untuk pasien yang tidak mungkin dilakukan endoskopi dapat dilakukan pemeriksaan dengan angiografi atau skintigrafi.

Hasil pemeriksaan endoskopi untuk pasien-pasien perdarahan non varises mempunyai nilai prognostik. Dengan menganalisis semua data yang ada dapat ditentukan strategi penanganan yang lebih adekuat.

Dari berbagai pemeriksaan di atas harus dilakukan pemilahan pasien apakah berada pada kelompok risiko tinggi atau bukan

**TABLE 64.1. PREDICTORS OF OUTCOME IN UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING**

Clinical predictors of outcome	Endoscopic predictors of outcome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age &gt;60 y</li> <li>• Hemodynamic instability</li> <li style="padding-left: 20px;">Tachycardia</li> <li style="padding-left: 20px;">Shock (SBP &lt; 100 mm Hg)</li> <li>• Comorbidity</li> <li style="padding-left: 20px;">Cirrhosis</li> <li style="padding-left: 20px;">Renal failure</li> <li style="padding-left: 20px;">Metastatic cancer</li> <li style="padding-left: 20px;">Congestive heart failure</li> <li style="padding-left: 20px;">Cardiac ischemia</li> <li style="padding-left: 20px;">Sepsis</li> <li style="padding-left: 20px;">Encephalopathy</li> <li>• Hematemesis</li> <li>• Coagulopathy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Low-risk endoscopic findings</li> <li style="padding-left: 20px;">Esophagitis</li> <li style="padding-left: 20px;">Gastritis</li> <li style="padding-left: 20px;">Duodenitis</li> <li style="padding-left: 20px;">Mallory-Weiss tears</li> <li style="padding-left: 20px;">Clean-based ulcers</li> <li>• High-risk endoscopic findings</li> <li style="padding-left: 20px;">Active bleeding of any lesion</li> <li style="padding-left: 20px;">Peptic ulcers with visible vessel or clot</li> <li style="padding-left: 20px;">Esophageal/gastric varices</li> </ul>

*SBP*, systolic blood pressure.

### Pengelolaan pasien

Pengelolaan pasien dengan perdarahan akut SCBA meliputi tindakan umum dan tindakan khusus .

Tindakan umum:

Tindakan umum terhadap pasien diutamakan untuk ABC.

Terhadap pasien yang stabil setelah pemeriksaan dianggap memadai, pasien dapat segera dirawat untuk terapi lanjutan atau persiapan endoskopi.

Untuk pasien-pasien risiko tinggi perlu tindakan lebih agresif seperti:

- Pemasangan IV line paling sedikit 2 dengan jarum(kateter) yang besar minimal no 18. Hal ini penting untuk keperluan transfusi. Dianjurkan pemasangan CVP
- Oksigen sungkup/ kanula. Bila ada gangguan A-B perlu dipasang ETT
- Mencatat intake output, harus dipasang kateter urine
- Memonitor Tekanan darah, Nadi, saturasi oksigen dan keadaan lainnya sesuai dengan komorbid yang ada.
- Melakukan bilas lambung agar mempermudah dalam tindakan endoskopi

Dalam melaksanakan tindakan umum ini, terhadap pasien dapat diberikan terapi

- Transfusi untuk mempertahankan hematokrit > 25%
- Pemberian vitamin K
- Obat penekan sintesa asam lambung (PPI)
- Terapi lainnya sesuai dengan komorbid

Terhadap pasien yang diduga kuat karena ruptura varises gastroesofageal dapat diberikan omeprazole bolus 50 µg dilanjutkan dengan drip 50 µg tiap 4 jam.

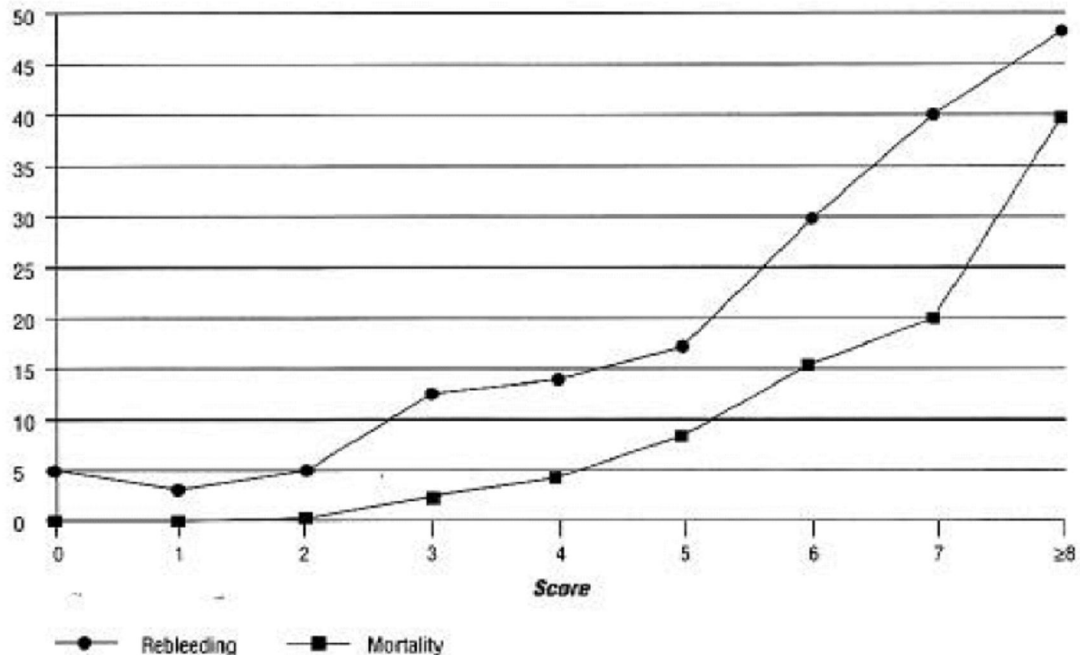
Sebagian besar pasien dengan perdarahan SCBA dapat berhenti sendiri, tetapi pada 20% dapat berlanjut. Walaupun sudah dilakukan terapi endoskopi pasien dapat mengalami perdarahan ulang. Oleh karena itu perlu dilakukan assessmen yang lebih akurat untuk memprediksi perdarahan ulang dan mortalitas.

**TABLE 64.4. SCORING SYSTEM FOR PREDICTING REBLEEDING AND MORTALITY**

Variable	Score
<b>Age (y)</b>	
<60	0
60-79	1
>80	2
<b>Shock</b>	
None	0
Tachycardia	1
Hypotension (SBP <100 mm Hg)	2
<b>Comorbidity</b>	
None	0
CAD, CHF, other major comorbidity	2
Renal failure, liver failure, malignancy	3
<b>Diagnosis</b>	
Mallory-Weiss tear or no lesion observed	0
All other diagnoses	1
Malignant lesions	2
<b>Stigmas of recent hemorrhage</b>	
None or spot in ulcer base	0
Blood in the GI tract, clot, visible or spurting vessel in ulcer base	2

*SBP systolic blood pressure; CAD, coronary artery disease; CHF congestive heart failure; GI, gastrointestinal.*

Adapted from Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage [see comments]. *Gut* 1996; 38:316-321, with permission.



**FIGURE 64.1.** Rebleeding and mortality rates, in percentages, by risk score. (Adapted from Rockhall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage [see comments]. Lancet 1996;347:1138-1140, with permission.)

Dalam hal ini tampak bahwa makin tinggi skor makin tinggi risiko perdarahan ulang dan mortalitasnya

Untuk pasien dengan skor > 4 harus dilakukan penanganan secara tim dengan melibatkan Penyakit dalam, bedah, ICU, radiologi dan Laboratorium.

#### Terapi khusus

##### Varises gastroesofageal

- Terapi medikamentosa dengan obat vasoaktif.
  - Otreotid
  - Somatostatin
  - Glipressin (Terlipressin)
- Terapi mekanik dengan balon Sengstaken Blackmore atau Minnesota
- Terapi endoskopi
  - Skleroterapi
  - Ligasi
- Terapi secara radiologik dengan pemasangan TIPS( Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunting) dan Perkutaneous obliterasi spleno – porta.
- Terapi pembedahan
  - Shunting
  - Transeksi esofagus + devaskularisasi + splenektomi
  - Devaskularisasi + splenektomi

Outcome pasien ruptura varises gastroesofageal sangat bergantung pada berbagai faktor antara lain

- Beratnya penyakit hati (Kriteria Child-Pugh)
- Ada tidak adanya varises gaster, walaupun disebutkan dapat diatasi dengan semacam glue(histoakrilat)
- Komorbid yang lain seperti ensefalopati,koagulopati, hepato renal sindrom dan infeksi

Tukak peptik

- Terapi medikamentosa
  - PPI
  - Obat vasoaktif ?
- Terapi endoskopi
  - Injeksi (adrenalin-saline, sklerosan,glue,etanol)
  - Termal (koagulasi, heatprobe,laser)
  - Mekanik (hemoklip,stapler)
- Terapi bedah

Untuk pasien-pasien yang dilakukan terapi non bedah perlu dimonitor akan kemungkinan perdarahan ulang. *Second look endoscopy* masih kontroversi

Realimentasi bergantung pada hasil endoskopi.

Pasien-pasien bukan risiko tinggi dapat diberikan diit segera setelah endoskopi sedangkan pasien dengan risiko tinggi perlu puasa antara 24-48 jam , kemudian baru diberikan makanan secara bertahap.

Pencegahan perdarahan ulang

Varises esofagus

- Terapi medik dengan betabloker nonselektif
- Terapi endoskopi dengan skleroterapi atau ligasi

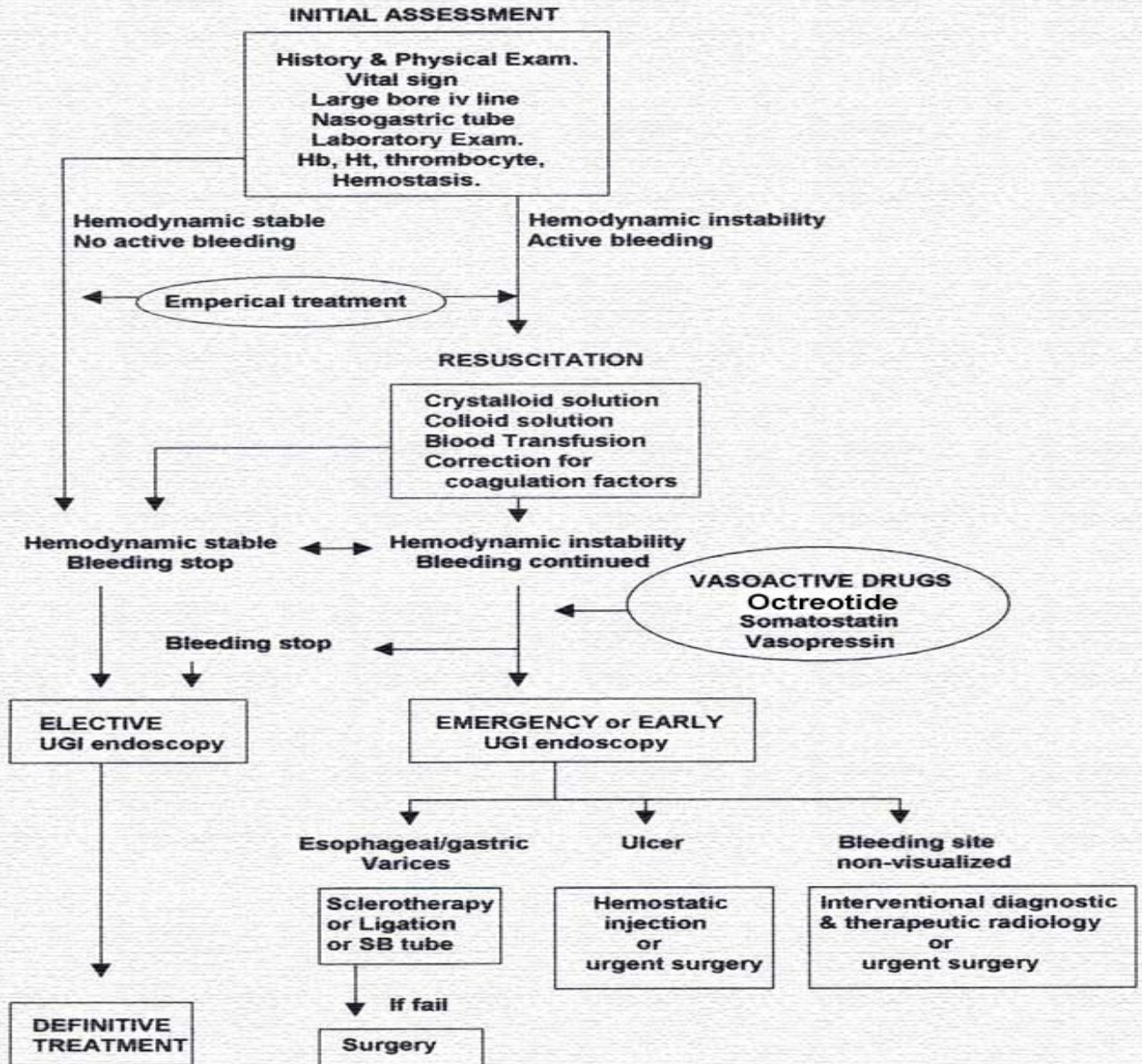
Tukak peptik

- Tukak gaster PPI selama 8-12 minggu dan tukak duodeni PPI 6-8 minggu
- Bila ada infeksi helicobacter pilory perlu dieradikasi
- Bila pasien memerlukan NSAID diganti dulu dengan analgetik dan kemudian dipilih NSAID selektif(non selektif?) + PPI atau misoprostol

Memulangkan pasien

Sebagian besar pasien umumnya pulang pada hari ke 1 – 4 perawatan. Adanya perdarahan ulang atau komorbid sering memperpanjang masa perawatan. Apabila tidak ada komplikasi, perdarahan telah berhenti dan hemodinamik stabil serta risiko perdarahan ulang rendah pasien dapat dipulangkan . Pasien biasanya pulang dalam keadaan anemis, karena itu selain obat untuk mencegah perdarahan ulang perlu ditambahkan preparat Fe.

**Indonesian Society of Gastroenterology**  
**NATIONAL CONCENSUS ON UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING**  
**MANAGEMENT IN;**  
**Referral Hospital type A and B**  
**(Endoscopy facilities is available)**





## Daftar Pustaka

Lindenauer PK and Terdiman JP: Acute gastrointestinal bleeding.

Djumhana A;Hadi S;Abdurachman SA;Wijojo J;Saketi R: Upper GI bleeding in Hasan Sadikin Hospital during 1996 – 1998 . Analysis of 605 cases. Workshop on Therapeutic Endoscopy .Hong Kong 1998

Galley HF;Webster NR;Lawler PGP;Soni N;Singer M:Critical care Focus 9 Gut. BMJ.Publishing Group . London.2002

Krasner N: Gastrointestinal bleeding.BMJ Publishing Group. London 1996

Elta GH:Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding in Yamada T;Alpers DH;Kaplowitz N;Laine L;Owyang C;Powell DW eds: Text Book of Gastroenterology 4 edition.Lippincot William & Wilkins. Philadelphia.2003

Rockey DC: Gastrointestinal bleeding in Feldman M;Friedman LS;Sleisenger MH eds: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 7 edition WB Sauders.Philadelphia.2002

Gilbert DA;Silverstein FE: Acute upper gastrointestinal bleeding in SivaK MV ed :Gastroenterologic endoscopy.WB Sauders.Philadelphia. 2000

Work shop perdarahan saluran cerna. Hotel Horison Bandung. April 2002.