



Anemia et Causa Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas

Irwandi¹, Dwi Agustian Harahap^{2*}

¹Departemen Ilmu Penyakit Dalam, RSUD Cut Meutia, Aceh Utara, 24412, Indonesia

²Mahasiswa Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

*Corresponding Author : dwiarahap3108@gmail.com

Abstrak

Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA) merupakan perdarahan pada saluran cerna yang terletak proksimal pada ligamentum treiz dengan tanda adanya hematemesis dan/atau melena. Perdarahan saluran cerna bagian atas (PSMBA) merupakan masalah umum yang diperkirakan terjadi pada 80 hingga 150 dari 100.000 orang setiap tahun. Pasien perempuan berusia 66 tahun dibawa keluarga ke IGD RSUD Cut Meutia Aceh Utara dengan keluhan utama pucat dan buang air besar berwarna hitam semenjak 7 hari sebelum masuk rumah sakit. BAB berwarna hitam seperti kopi dengan konsistensi lunak padat, lengket dan berbau amis. Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri pada ulu hati sejak 2 minggu yang lalu. Nyeri terasa seperti panas terbakar dan semakin memberat dalam 5 hari terakhir. Pasien juga mengeluhkan adanya rasa mual dalam seminggu terakhir. Pasien mengalami penurunan nafsu makan semenjak 1 bulan yang lalu sehingga mengakibatkan pasien malas makan. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosis dengan anemia ec PSMBA (Pendarahan Saluran Makan Bagian Atas) dan direncanakan untuk mendapatkan tranfusi darah.

Kata kunci : *Anemia, tranfusi, perdarahan saluran makan bagian atas*

Abstract

Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB) is bleeding in the gastrointestinal tract which is located proximal to the ligament of Treiz with signs of hematemesis and/or melena. Upper gastrointestinal bleeding is a common problem that is estimated to occur in 80 to 150 of 100,000 people every year. A 66-year-old female patient was brought by her family to the ER at the Cut Meutia Hospital, North Aceh with the main complaints of paleness and black stools since 7 days before being admitted to the hospital. Stool is black like coffee with a soft, dense consistency, sticky and has a fishy smell. The patient also complained of pain in the pit of the stomach since 2 weeks ago. The pain feels like burning heat and has gotten worse in the last 5 days. The patient also complained of nausea in the past week. The patient experienced a decrease in appetite since 1 month ago, resulting in the patient being lazy to eat. Based on the history, physical examination and supporting examination, the patient was diagnosed with anemia ec PSMBA (Upper Feeding Tract Bleeding) and planned to receive a blood transfusion.

Keywords : *Anemia, transfusion, upper gastrointestinal bleeding*

1. PENDAHULUAN

Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas merupakan salah satu penyakit yang sering dijumpai di bagian gawat darurat rumah sakit dengan tanda adanya hematemesis dan/atau

melena (1). Sebahagian besar pasien datang dalam keadaan stabil dan sebagian lainnya datang dalam keadaan gawat darurat yang tindakan yang cepat dan tepat (2). Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA) merupakan perdarahan pada saluran cerna yang terletak proksimal pada ligamentum treiz. Sebahagian besar pasien datang dalam keadaan stabil dan sebahagian lainnya datang dalam keadaan gawat darurat yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat (3).

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 PSMBA sering menyertai penyakit penyakit lainnya seperti trauma kapitis, stroke, luka bakar yang luas, sepsis ,renjatan dan gangguan hemostasis (3).

Perdarahan saluran cerna bagian atas (PSMBA) merupakan masalah umum yang diperkirakan terjadi pada 80 hingga 150 dari 100.000 orang setiap tahun (4). PSMBA kira-kira 4 kali lebih sering terjadi dibandingkan PSMBB dan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Tingkat kematian dari PSMBA adalah 6%-10% secara keseluruhan (2).

PSMBA digambarkan sebagai kehilangan darah dari sumber gastrointestinal di atas ligamen Treitz yang dapat bermanifestasi sebagai hematemesis, berupa emesis merah terang atau emesis bubuk kopi, hematochezia, atau melena. Pasien juga dapat memiliki gejala sekunder kehilangan darah, seperti episode sinkop, kelelahan, dan kelemahan (4).

Pasien memerlukan resusitasi yang cepat dan penilaian risiko menggunakan alat yang divalidasi. Endoskopi saluran cerna bagian atas memberikan diagnosis yang akurat, membantu dalam memperkirakan prognosis dan memungkinkan intervensi terapeutik. Endoskopi harus dilakukan segera setelah resusitasi pada pasien yang tidak stabil dan dalam waktu 24 jam pada semua pasien lainnya. Radiologi intervensi mungkin diperlukan untuk perdarahan yang tidak responsif terhadap intervensi endoskopi. Terapi obat tergantung pada penyebab perdarahan (1).

Pengelolaan dasar pasien perdarahan saluran cerna sama dengan perdarahan pada umumnya, yakni meliputi pemeriksaan awal, resusitasi, diagnosis dan terapi. Tujuan utamanya mempertahankan stabilitas hemodinamik, menghentikan perdarahan dan mencegah perdarahan ulang (5).

2. ILUSTRASI KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama	: Ny. S
Jenis Kelamin	: Perempuan
No. Rekam Medis	: 50.86.94
Tanggal Masuk	: 03 November 2011
Tanggal Lahir	: 01 Juli 1965
Usia	: 66 Tahun
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Menikah
Suku	: Aceh
Pekerjaan	: Buruh Harian Lepas
Alamat	: Gp Paloh, Kec. Tanah Pasir, Kab. Aceh Utara

2.2 Anamnesis

2.2.1 Keluhan Utama

Pucat dan BAB hitam

2.2.2 Keluhan Tambahan

Lemas dan mual

2.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien perempuan berusia 66 tahun dibawa keluarga ke IGD RSUD Cut Meutia Aceh Utara dengan keluhan utama pucat dan buang air besar berwarna hitam semenjak 7 hari sebelum masuk rumah sakit. BAB berwarna hitam seperti kopi dengan konsistensi lunak padat, lengket dan berbau amis. Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri pada ulu hati sejak 2 minggu yang lalu. Nyeri terasa seperti panas terbakar dan semakin memberat dalam 5 hari terakhir. Pasien juga mengeluhkan adanya rasa mual dalam seminggu terakhir. Pasien mengalami penurunan nafsu makan semenjak 1 bulan yang lalu sehingga mengakibatkan pasien malas makan.

2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah mengalami BAB berwarna hitam sebelumnya tetapi belum pernah diobati. Pasien juga mengatakan sering mengalami sakit kepala dan nyeri lutut. Riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi disangkal.

2.2.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien adalah seorang ibu. Tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami keluhan dan gejala yang sama dengan pasien.

2.2.6 Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien merupakan buruh harian lepas yang hidup bersama satu orang anak dengan rata-rata penghasilan Rp.1.500.000-2.000.000,- perbulan. Biaya pengobatan ditanggung oleh BPJS sebagai peserta penerima bantuan iuran atau PBI (APBN).

2.2.7 Riwayat Penggunaan Obat

Pasien mengatakan sering mengonsumsi obat sebelumnya yaitu obat-obat untuk meredakan nyeri ulu hati, sakit kepala dan nyeri lutut yang dibeli di warung dan apotik didekat rumah, tetapi pasien tidak ingat nama obatnya.

3. PEMERIKSAAN FISIK

3.1 Status Generalikus

Kedadaan umum	: Sakit sedang
GCS	: E ₄ V ₅ M ₆ (Composmentis)
<i>Heart Rate</i>	: 84 kali per menit reguler
<i>Respiratory rate</i>	: 20 kali per menit
Tekanan darah	: 110/70 mmHg
Suhu	: 36.9°C
SpO ₂	: 98%

3.2 Status gizi:

Berat badan	: 43 kg
Tinggi badan	: 150 cm
Indeks masa tubuh	: 19.11 kg/m ²

3.3 Keadaan Spesifik

Kulit

Warna	: Sawo matang
Turgor	: Normal
Sianosis	: Tidak ada
Ikterus	: Tidak ada

Oedema : Tidak ada
Anemia : Perifer pucat dan dingin

Kepala

Rambut : Hitam-putih, distribusi merata, tidak mudah dicabut
Wajah : Simetris, tidak dijumpai deformitas dan edema
Mata : Konjunktiva anemis(+/+), sclera ikterik (-/-), reflex cahaya langsung (+/+), reflex cahaya tidak langsung (+/+).
Telinga : Sekret (-/-), darah (-/-)
Hidung : Defiasi septum (-/-), secret (-/-)
Mulut : Bibir pucat (+)

Leher

Inspeksi : Simetris
Palpasi : Pembesaran KGB (-), distensi vena jugularis (-)

Thorax

Paru : Inspeksi : Bentuk dada normal, gerak dada simetris kiri-kanan, tidak ada retraksi
Palpasi : Tidak ada benjolan, nyeri tekan (-), massa (-)
Perkusi : Sonor pada kedua lapang paru
Auskultasi : Vesikuler (+/+), Ronkhi (-/-), Wheezing (-/-)
Jantung : Inspeksi : Bentuk dada normal, gerak simetris, ictus cordis tidak terlihat
Palpasi : Ictus cordis tidak teraba
Perkusi : Batas Jantung normal
Auskultasi : Bunyi jantung I>II reguler, Murmur (-), Gallop (-)

Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen normal, datar, simetris
Palpasi : Nyeri tekan (-), Hepar tidak teraba, Lien tidak teraba
Perkusi : Timpani
Auskultasi : Peristaltik usus normal

Ekstremitas : Akral pucat dan dingin

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tabel 1 Laboratorium

Nama Test	Hasil Test	Nilai Normal
Darah Lengkap		
Hemoglobin	5.55	13.0-18.0 g/dl
Eritrosit	2.28	4.5-6.5 juta/uL
Hematokrit	17.44	37.0-47.0 %
MCV	76.40	79-99 fL
MCH	24.33	27.0-31.2 pg
MCHC	31.84	33.0-37.0 g/dl
Leukosit	4.69	4.0-11.0 ribu/uL
Thrombosit	458	150-450 ribu/uL
RDW-CV	15.35	11.5-14.5 %
Hitung Jenis Leukosit		
Basophil	0.23	0-1.7 %
Eosinophil	0.05	0.60-7.30 %
Nitrofil segmen	83.57	39.3-73.7 %
Limfosit	11.82	18.0-48.3 %
Monosit	4.32	4.40-12.7 %
NLR	7.07	0-3.13 cutoff
ALC	554.24	0-1500 juta/L
Fungsi Ginjal		
Ureun	18	<50 mg/dl
Kreatinin	0.56	0.6-1.1 mg/dl
Asam urat	2.7	3.4-7.0 mg/dl
Glukosa Darah		
Glukosa sewaktu	124.0	<180 mg/dl
Golongan Darah		
	O ⁺	

5. DIAGNOSIS

Anemia ec PSMBA (Pendarahan Saluran Makan Bagian Atas)

6. PENATALAKSANAAN

IVFD RL 20 tetes/menit

Transfusi PRC 4x175 cc

Inj. Omeprazole 40 mg/12 jam

Inj. Ondancetron 4 mg/8 jam

Inj. Kalnex 250 mg/12 jam

Inj. Furosemide 20 mg/ektra

Inj. Dexamethasone 5 mg/ektra

Curcuma 3x1 tablet

7. PEMBAHASAN

Pasien perempuan berusia 66 tahun dibawa keluarga ke IGD RSUD Cut Meutia Aceh Utara dengan keluhan utama pucat dan buang air besar berwarna hitam semenjak 7 hari sebelum masuk rumah sakit. BAB berwarna hitam seperti kopi dengan konsistensi lunak padat, lengket dan berbau amis.

Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA) merupakan perdarahan pada saluran cerna yang terletak proksimal pada ligamentum treiz. Di negara barat insidensi perdarahan akut PSMBA mencapai 100 per 100.000 penduduk/tahun, dengan kejadian pada laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan pada wanita. Insidensi ini meningkat sesuai dengan bertambahnya usia (1,2,3).

Pada perdarahan saluran cerna atas didapatkan manifestasi klinik umumnya hematemesis dan atau melena serta aspirasi nasogastrik didapat adanya darah (3,4). Perdarahan saluran cerna bagian atas biasanya muncul dengan *hematemesis* (muntah darah segar), *emesis* “bubuk kopi” (muntah darah yang berubah warna menjadi gelap), dan/atau melena (tinja berwarna hitam). Melena merupakan kotoran (*feses*) yang berwarna gelap atau seperti aspal, hal ini disebabkan kotoran bercampur asam lambung, biasanya mengindikasikan perdarahan saluran cerna bagian atas (5,13,14).

Kemungkinan pasien datang dengan anemia defisiensi besi akibat perdarahan tersembunyi yang berlangsung lama, dan hematemesis dan atau melena disertai dengan atau tanpa anemia dan gangguan hemodinamik. Pasien dengan perdarahan akut biasanya memiliki sel darah merah normositik. Sel darah merah mikrositik atau anemia defisiensi besi menunjukkan perdarahan kronis yang akan mengakibatkan terjadinya penurunan kadar hemoglobin dalam darah, sehingga pada beberapa pasien akan tampak sangat pucat (6,7,8,9,13,18).

Pasien juga mengeluhkan adanya nyeri pada ulu hati sejak 2 minggu yang lalu. Nyeri terasa seperti panas terbakar dan semakin memberat dalam 5 hari terakhir. Pasien juga mengeluhkan adanya rasa mual dalam seminggu terakhir. Pasien mengalami penurunan nafsu makan semenjak 1 bulan yang lalu sehingga mengakibatkan pasien malas makan.

Presentasi klinis non-spesifik adalah nausea, muntah, nyeri epigastrium, fenomena vasovagal, sinkop, dan tanda komorbid pasien (seperti diabetes melitus, penyakit jantung koroner, stroke, penyakit ginjal kronik, dan artritis). Riwayat konsumsi obat perlu

diketahui. Kurangnya asupan yang masuk kedalam tubuh mengakibatkan terjadinya peningkatan asam lambung, yang akan bemanifestasi seperti adanya rasa terbakar, mual bahkan muntah (5,10,11,12).

Pasien memiliki kebiasaan sering menunda makan dan sering mengonsumsi obat sebelumnya yaitu obat-obat untuk meredakan nyeri ulu hati, sakit kepala dan nyeri lutut yang dibeli di warung dan apotik didekat rumah. PSMBA secara penyebab dibagi menjadi 2 yaitu perdarahan varises dan perdarahan non varises. Varises adalah pembengkakan atau pelebaran pembuluh darah vena yang disebabkan oleh adanya penumpukan darah di dalam pembuluh tersebut (8,15). Varises esophagus termasuk PSMBA yang disebabkan oleh perdarahan varises terbanyak di Indonesia, disebabkan oleh penyakit sirosis hati. Sirosis hati di Indonesia masih banyak disebabkan oleh infeksi virus hepatitis B dan hepatitis C (7). Saat ini, faktor-faktor terpenting yang bertanggung jawab atas terjadinya perdarahan varises adalah: tekanan portal, ukuran varises, dinding varises dan tegangannya, dan tingkat keparahan penyakit hati (7,16).

Peptic ulcer disease (PUD) atau Penyakit ulkus peptikum tetap menjadi penyebab paling umum dari PSMBA. Dalam tinjauan literatur yang melibatkan lebih dari 10.000 pasien dengan PSMBA, PUD bertanggung jawab atas 27%-40% dari semua episode perdarahan. Populasi pasien berisiko tinggi yang berisiko mengalami PUD termasuk mereka yang memiliki riwayat penyalahgunaan alkohol, gagal ginjal kronis, dan/atau penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) (2,17).

Obat-obat antinyeri yang diduga sebagai NSAID merupakan salah satu penyebab tersering terjadinya PSMBA. NSAID nonselektif memblokir isoenzim siklooksigenase-1 (COX-1) dan -2 (COX-2). COX-1 adalah isoenzim konstitutif yang menghasilkan prostaglandin yang terlibat dalam perlindungan mukosa lambung. COX-2 adalah isoenzim yang dapat diinduksi yang menghasilkan prostaglandin inflamasi. Prostaglandin sangat penting untuk perlindungan mukosa lambung dari efek asam dan pepsin. Mereka merangsang sekresi mukus dan bikarbonat, menurunkan produksi asam, dan meningkatkan aliran darah lokal. Dengan memblokir COX-1, NSAID dapat menyebabkan cedera mukosa, yang mengarah pada pembentukan tukak lambung. NSAID juga menghasilkan efek iritasi lokal pada mukosa lambung (11,19,20,21).

Gastritis erosive hemoragic maupun ulcus gaster terjadi akibat adanya gangguan keseimbangan faktor agresif dan faktor defensif, dimana faktor agresif meningkat dan faktor defensifnya menurun. Penggunaan NSAID merupakan peningkatan dari faktor

perusak lambung (faktor agresif). NSAID akan menghambat kerja dari enzim siklooksigenase (COX) pada asam arakidonat sehingga menekan produksi prostaglandin. Kerusakan mukosa akibat hambatan produksi prostaglandin pada penggunaan NSAID melalui 4 tahap yaitu : pertama, menurunkan sekresi mucus dan bikarbonat yang dihasilkan oleh sel epitel pada lambung dan duodenum menyebabkan pertahanan lambung dan duodenum menurun. Kedua, penggunaan NSAID menyebabkan gangguan sekresi asam dan proliferasi sel-sel mukosa. Ketiga, terjadi penurunan aliran darah mukosa, hal ini terjadi akibat hambatan COX-1 akan menimbulkan vasokonstriksi sehingga aliran darah menurun dan terjadi nekrosis sel epitel. Tahap keempat, berlakunya kerusakan mikrovaskuler yang diperberat oleh platelet dan mekanisme koagulasi. Hambatan pada COX-2 menyebabkan peningkatan perlekatan leukosit PMN pada endotel vaskuler gastroduodenal dan mesentrik, dimana dimulai dengan pelepasan mikrovaskular sehingga terjadi iskemia dan akhirnya terjadi ulcers (18,22).

Pada pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, dan dipatkan hasil kadar hemoglobin yang rendah (5.55 g/dl). Tes laboratorium yang perlu dilakukan pada pasien diduga PSMBA adalah hemoglobin, hematokrit, ureum darah, kreatinin, hitung trombosit, *prothrombin time* (PT), *partial thromboplastin time* (PTT), *international normalized ratio* (INR), tes fungsi hepar, serta tes golongan darah dan *crossmatch* (5).

Pilihan untuk pemeriksaan perdarahan GI akut termasuk endoskopi atas dan/atau kolonoskopi, skintigrafi nuklir, CT angiogram dan angiografi kateter. Investigasi pilihan akan dipandu oleh lokasi perdarahan yang dicurigai (GI atas vs bawah) berdasarkan presentasi klinis. Dalam kebanyakan keadaan, standar perawatan untuk evaluasi diagnostik awal dari dugaan perdarahan GI akut adalah endoskopi atas dan/atau kolonoskopi yang mendesak (13). Endoskopi merupakan *gold standard* diagnosis perdarahan PSMBA, bukan hanya menentukan diagnosis dan menentukan stigmata perdarahan, tetapi juga untuk tindakan hemostasis. Stigmata penting diketahui karena dapat menentukan risiko perdarahan ulang (5).

Pasien dengan perdarahan akut biasanya memiliki sel darah merah normositik. Sel darah merah mikrositik atau anemia defisiensi besi menunjukkan perdarahan kronis. Berbeda dengan pasien dengan perdarahan GI atas akut, pasien dengan akut GI rendah perdarahan dan perfusi ginjal normal biasanya memiliki urea darah normal nitrogen-to-kreatinin atau rasio urea-to-kreatinin (13).

Pada pasien diberikan RL 20 tetes/menit, Transfusi PRC 4x175 cc dan Curcuma 3x1 tablet. Pemberian cairan merupakan tatalaksana awal untuk mengatasi keadaan gangguan hemodinamik. Pasien juga mendapatkan terapi simptomatis berupa kombinasi antara omeprazole dan ondancetron. Penggunaan PPI untuk perdarahan ulkus peptikum akut atau rekuren adalah untuk menaikkan pH lambung ke angka 6 atau lebih tinggi. Dalam keadaan pH di atas 6, aktivitas pepsin menurun, fungsi trombosit optimal dan fibrinolisis terhambat, sehinggabekuan darah di atas ulkus menjadi stabil direkomendasikan menggunakan PPI oral dosis standar, sedangkan pada risiko tinggi direkomendasikan PPI dosis tinggi intravenabolus 80 mg diikuti infus kontinu 8 mg/jam selama 72 jam (5).

Omeprazole adalah obat golongan PPI. PPI bekerja langsung pada pompa proton, yang mana bentuk aktif PPI berupa sulfonamid tetrasiklik akan berikatan dengan gugus sulfhidril K⁺, H⁺ATPase (pompa proton) sehingga terjadi proses penghambatan kerja gugus sulfhidril K⁺, H⁺ATPase yang nantinya akan dimanfaatkan untuk produksi HCl, hasilnya sekitar 80-95% HCl akan dihambat yang berlangsung selama 24-48 jam. Penggunaan PPI yang terlalu lama dan sering dapat menyebabkan inflamasi pada mukosa lambung dan usus sehingga meningkatkan risiko malnutrisi dan diare pada pasien (22).

Ondancetron merupakan obat golongan antiemetic turunan antagonis reseptor 5-HT₃ yang secara umum lebih unggul dibandingkan dengan obat antiemetik tradisional yang biasa digunakan. Ondansetron memiliki efek anti muntah yang lebih baik daripada efek anti mualnya. Efek ondansetron timbul dengan berikatan dengan reseptor 5-HT₃ di CTZ dan vagal aferen di traktus gastrointestinal. Ondansetron juga memiliki efek gastroprotektif terutama dalam melindungi mukosa lambung (23,24). Beberapa penelitian mendapatkan kombinasi obat dengan penambahan ondansetron 4 mg/kgBB menunjukkan perlindungan mukosa yang ditandai dengan penurunan substansial terhadap *ulcer indeks* dan skor perdarahan intraluminal (25).

8. KESIMPULAN

Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA) merupakan perdarahan pada saluran cerna yang terletak proksimal pada ligamentum treiz. PSMBA merupakan salah satu 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.

Pasien perempuan berusia 66 tahun yang dibawa keluarga ke IGD RSUD Cut Meutia Aceh Utara dengan keluhan utama pucat dan buang air besar berwarna seperti kopi berdasarkan anamnesis lanjuta, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang didiagnosis dengan Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA).

Perdarahan saluran cerna bagian atas (PSMBA) merupakan masalah umum yang diperkirakan terjadi pada 80 hingga 150 dari 100.000 orang setiap tahun.⁴ PSMBA kira-kira 4 kali lebih sering terjadi dibandingkan PSMBB dan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Tingkat kematian dari PSMBA adalah 6%-10% secara keseluruhan.

Pasien memerlukan resusitasi yang cepat dan penilaian risiko menggunakan alat yang divalidasi. Endoskopi saluran cerna bagian atas memberikan diagnosis yang akurat, membantu dalam memperkirakan prognosis dan memungkinkan intervensi terapeutik. Pengelolaan dasar pasien perdarahan saluran cerna sama dengan perdarahan pada umumnya, yakni meliputi pemeriksaan awal, resusitasi, diagnosis dan terapi. Tujuan utamanya mempertahankan stabilitas hemodinamik, menghentikan perdarahan dan mencegah perdarahan ulang.

Regimen pemberantasan *H pylori* harus dimulai jika *H pylori* hadir dalam kasus penyakit ulkus peptikum. Pemberantasan *H pylori* telah terbukti mengurangi risiko perdarahan ulkus berulang. Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) harus dihindari dan gunakan inhibitor COX-2 yang memiliki risiko lebih kecil untuk perdarahan ulkus. Jika tidak mungkin untuk menghindari NSAID, gunakan dosis dan durasi terendah. Inhibitor pompa proton (PPI) atau terapi misoprostol harus digunakan bersama dengan NSAID.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kurien M, Lobo AJ. Acute upper gastrointestinal bleeding. Clin Med (Northfield Il). 2017 Oct 5;15(5):481.
2. Upchurch BR, Anand B. Upper Gastrointestinal Bleeding (UGIB). Gastroenterology. 2021;9(1).
3. Setiati S, Alwi I, Sudoyo aru w, Simadibrata M, Setiyohadi B, Syam ari fahrial. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. VI. jakarta: Interna Publishing; 2015.
4. Antunes C, Copelin EL. Upper Gastrointestinal Bleeding. Revised. StatPearls. USA: StatPearls Publishing; 2021.
5. Nugraha DA. Diagnosis dan tatalaksana perdarahan saluran cerna bagian atas non-

- variseal. *Cermin Dunia Kedokt.* 2017;44(5):323–7.
6. DiGregorio AM, Alvey H. Gastrointestinal Bleeding. *Pediatr Gastroenterol Nutr Clin Pract.* 2021 Jul 25;615–49.
 7. Effendi J, Waleleng BJ, Sugeng C. Profil pasien perdarahan saluran cerna bagian atas yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D Kandou Manado periode 2013 – 2016. *e-CliniC.* 2017;4(2):2–5.
 8. Sampert C, Jensen K. Esophageal Varices. *Gastroenterol A Color Handb.* 2021 Aug 11;77–82.
 9. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis Prim.* 2018 Apr 19;4.
 10. Fortea JJ, Carrera IG, Puente A, Crespo J. Hepatic Cirrhosis. *Med.* 2021 Jul 19;13(6):297–307.
 11. Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Heal Syst Pharm.* 2015;62(11):1159–70.
 12. Schroder JN, Branch MS. Mallory Weiss Syndrome. *Gastrointest Bleeding A Pract Approach to Diagnosis Manag.* 2021 Aug 9;79–84.
 13. Kim BSM, Li BT, Engel A, Samra JS, Clarke S, Norton ID, et al. Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2017;5(4):467.
 14. Ferguson CB, Mitchell RM. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ulster Med J.* 2016 Jan;75(1):32.
 15. D A. Perdarahan Akut Saluran Cerna Bagian Atas. Bandung: Bagian Ilmu Penyakit Dalam RS Dr Hasan Sadikin .Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran; 2015.
 16. Saleem S, Thomas AL. Management of Upper Gastrointestinal Bleeding by an Internist. *Cureus.* 2018 Jun 26;10(6).
 17. Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician .* 2020 Mar 1;101(5):294–300.
 18. Tjokroprawito A, Budi P, Efendi C, Santoso D, Sugianto G. Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam: Gastroenterologi-hepatologi. Jilid 1 Ed. Surabaya: Airlangga University Press; 2015. 207-225 p.
 19. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):a1–46.
 20. Kurien M, Lobo AJ. Acute upper gastrointestinal bleeding. *Clin Med (Northfield Il).* 2015 Oct 5;15(5):481.
 21. The Indonesian Society of Gastroenterology, Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PB PGI). National consensus on management of non-variceal upper gastrointestinal tract bleeding in Indonesia. *Acta Med Indones.* 2014;46(2):163–71.
 22. Nurharisma. Pola Peresepan dan Ketepatan Pemberian Antasida, PPI, dan AH2 pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Rengas kota Tangerang Selatan Periode Januari-April 2019. Univ Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. 2019;2.
 23. Putri WM. Studi Penggunaan Antiemetik dalam Mencegah Mual dan Muntah. *Farmasi Klinis.* Airlangga; 2016.
 24. Musdja MY, Azrifitria. Buku Farmakoterapi Saluran Cerna. Revisi. Jakarta: UIN Jakarta Press; 2020. 113 p.
 25. Rahmadi M. Efek Gastroprotektif Fluvoksamin dan Ondansetron pada Tukak Lambung yang Diinduksi Stres pada Mencit. *UNAIR.* 2021;(9).