



HEMATEMESIS MELENA ET CAUSA GASTRITIS EROSIF DENGAN RIWAYAT PENGGUNAAN OBAT NSAID PADA PASIEN LAKI-LAKI LANJUT USIA

Almi DU ¹⁾

¹⁾ Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

ABSTRAK

Latar Belakang. *Hematemesis* (muntah darah) dan *melen* (berak darah) merupakan keadaan yang diakibatkan oleh perdarahan saluran cerna bagian atas (*upper gastrointestinal tract*). Kebanyakan kasus *hematemesis* adalah keadaan gawat di rumah sakit yang menimbulkan 8% - 14% kematian di rumah sakit. Di negara barat perdarahan karena tukak peptik menempati urutan terbanyak, sedangkan 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%. Tujuan untuk memahami definisi, etiologi, patogenesis dan cara mendiagnosis *hematemesis melen* serta mengetahui algoritma penatalaksanaan dan komplikasi *hematemesis* dan *melen*. **Metode.** Laporan kasus di Rumah Sakit Abdoel Moeloek pada bulan Mei 2013 yang ditelaah berdasarkan *evidence-based medicine*. **Hasil.** Tn.S, laki-laki 70 tahun, didiagnosa menderita *hematemesis melen et causa gastritis erosif*. Hasil ini didapat berdasarkan data dari anamnesis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Penatalaksanaan pada kasus ini dibagi menjadi non- medikamentosa antara lain bed rest, puasa hingga perdarahan berhenti dan diet cair. Dan penatalaksanaan medikamentosa antara lain cairan infus Ringer Laktat (RL) 20 tetes/menit, pemasangan *nasogastric tube* (NGT), *paracetamol* 3x500 mg, *omeprazole* 2x40 mg tablet, *sukralfat* 2x500 mg intravena, jika Hemoglobin (Hb)<8 tranfusi. **Simpulan.** Telah ditegakkan diagnosis *Hematemesis Melen et causa Gastritis erosif* pada Tn.S laki-laki 70 tahun atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta telah ditatalaksana dengan pemberian edukasi dan pengobatan. [Medula.2013;1:73-79]

Kata Kunci: evidence-based medicine, *gastritis erosif*, *hematemesis*, *melen*

Pendahuluan

Hematemesis (muntah darah) dan *melen* (berak darah) merupakan keadaan yang diakibatkan oleh perdarahan saluran cerna bagian atas (*upper gastrointestinal tract*). Kebanyakan kasus *hematemesis* adalah keadaan gawat di rumah sakit yang menimbulkan 8%-14% kematian di rumah sakit. Faktor utama yang berperan dalam tingginya angka kematian adalah kegagalan untuk menilai masalah ini sebagai keadaan klinis yang gawat dan kesalahan diagnostik dalam menentukan sumber perdarahan.¹

Di negara barat perdarahan karena tukak peptik menempati urutan terbanyak sedangkan di Indonesia perdarahan karena ruptura *varises gastroesofagus* merupakan penyebab tersering yaitu sekitar 50% - 60%, *gastritis erosifa 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 Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) yang datang ke Unit Gawat Darurat (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%.²

Angka kematian di berbagai belahan dunia menunjukkan jumlah yang cukup tinggi, terutama di Indonesia yang wajib menjadi perhatian khusus. Berdasarkan hasil penelitian di Jakarta didapati bahwa jumlah kematian akibat perdarahan saluran cerna atas berkisar 26%. Insiden perdarahan SCBA dua kali lebih sering pada pria dari pada wanita dalam seluruh tingkatan usia; tetapi jumlah angka kematian tetap sama pada kedua jenis kelamin. Angka kematian meningkat pada usia yang lebih tua (>60 tahun) pada pria dan wanita.^{2,3}

Untuk memeriksa perdarahan saluran cerna atas dilakukan pemeriksaan endoskopi untuk menegakkan diagnosa tentang penyebab yang dapat menimbulkan perdarahan saluran cerna bagian atas.⁴

Tujuan penulisan, memahami definisi, etiologi, patogenesis dan cara mendiagnosis *hematemesis melena* serta mengetahui algoritma penatalaksanaan dan komplikasi *hematemesis* dan *melena*.

Metode

Metode dalam penulisan ini menggunakan laporan kasus di Rumah Sakit Abdoel Moeloek pada bulan Mei 2013 yang ditelaah berdasarkan *evidence-based medicine*.

Hasil

Tn. S, laki-laki, 70 tahun, datang ke Rumah Sakit Abdoel Moeloek dengan keluhan buang air besar berwarna kehitaman sejak 2 minggu yang lalu kurang lebih 4 kali disertai muntah darah sebanyak kurang lebih 1 gelas belimbing. Pasien juga mengaku nyeri pada bagian ulu hati dan bagian tengah perut, selain itu pasien juga mengeluh badan terasa lemas disertai kepala pusing.

Pasien mengaku mempunyai riwayat penyakit maag sejak 4 tahun yang lalu dan mempunyai kebiasaan meminum obat-obat sakit kepala pada saat sebelum keluhan datang hingga sekarang. Hampir tiap hari saat pasien mengeluh sakit kepala pasien meminum obat aspirin yang beli di warung. Pasien pada waktu usia muda berprofesi sebagai tukang ojek. Buang air kecil tidak ada keluhan. Riwayat hipertensi, kencing manis, penyakit hati dan kebiasaan minum alkohol disangkal oleh pasien.

Pasien sudah pernah berobat ke dokter umum sebelumnya namun tidak ada perubahan. Pasien selanjutnya pergi ke Rumah Sakit Abdoel Moeloek untuk perawatan lebih lanjut. Pasien mengatakan bahwa dirinya mempunyai riwayat sakit tifus kurang lebih 3 tahun yang lalu dan riwayat sakit maag sejak 4 tahun yang lalu.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan penderita dengan kesadaran kompos mentis, keadaan umum baik, status gizi penderita cukup, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88 x/menit regular, isi cukup, respirasi 24 x/mnt, dengan temperatur aksila 36,8 C. Pada pemeriksaan mata didapatkan konjungtiva anemis, sklera anikterik. Pada pemeriksaan Telinga Hidung Tenggorokan (THT) tidak ditemukan kelainan. Pada pemeriksaan dada didapatkan bentuk dada normal, pergerakan napas kanan kiri simetris, tidak ditemukan *spider nevi*, suara nafas vesikuler, *ronchi* tidak ada, *wheezing* tidak ada. Suara jantung *S1* dan *S2* reguler, murmur tidak ada. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan epigastrium, hepar dan lien tidak teraba, tidak ada asites, bising usus normal. Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan hangat, tidak ditemukan edema dan *eritema palmaris*. Pada pemeriksaan *rectal toucher* didapati sfingter ani kuat,

mukosa licin, tidak terdapat benjolan, terdapat feses berwarna hitam tidak berlendir.

Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan hematologi Hemoglobin (Hb) 8,4 gr/dl, Ht 38,3%, Leukosit 10.700/uL, Trombosit 182.000/uL. Faal hati *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)* 23 U/L, *Serum Glutamic Piruvic Transaminase (SGPT)* 24 U/L, fungsi ginjal ureum 19 mg/dL, creatinin 0,8 mg/dL, asam urat 4,0 mg/dL, dan gula darah sewaktu 78 mg/dL.

Penderita ditatalaksana secara non-medikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non-medikamentosa antara lain bed rest, puasa hingga perdarahan berhenti, dan diet cair. Penatalaksanaan medikamentosa dengan cairan infus Ringer Laktat (RL) 20 tetes/menit, dilakukan pemasangan *Nasogastric tube (NGT)*, *omeprazole* tablet 2x40 mg, sukralfat intravena 2x500 mg, dan dilakukan pemantauan Hemoglobin (Hb), jika Hemoglobin (Hb) < 8 mg/dl dilakukan transfusi.

Pada follow up hari ketiga, *Nasogastric Tube (NGT)* pasien telah terlihat jernih dan dimulai diet cair. Nyeri ulu hati dirasakan mulai berkurang. Pada hari kelima didapatkan hasil pemeriksaan Hemoglobin (Hb) 10,5 gr/dl dan keluhan nyeri ulu hati tidak ada lagi.

Pembahasan

Pada kasus ini pasien didiagnosis dengan *hematemesis melena* berdasarkan data anamnesis bahwa pasien mengeluhkan BAB kehitaman sejak 2 minggu yang lalu, muntah darah kehitaman, nyeri ulu hati, dan riwayat mengkonsumsi obat-obat sakit kepala aspirin sejak 30 tahun yang lalu. Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva anemis dan terdapat nyeri tekan epigastrium. Pemeriksaan *Rectal Toucher*: Sfingter ani kuat, mukosa licin, tidak terdapat benjolan, terdapat feses berwarna hitam, dan tidak ada lendir. Serta tidak ditemukan stigmata penyakit hati kronis (ikterus, spider nevi, ascites, splenomegali, eritema palmaris, edema tungkai). Pada pemeriksaan penunjang didapatkan Hemoglobin (Hb) 8,4 g/dl, Hematokrit (Ht) 38,3%, leukosit

10.700/uL, trombosit 182.000/uL, *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)* 23 U/L, *Serum Glutamic Piruvic Transaminase (SGPT)* 24 U/L.

Diagnosis pada kasus ini sesuai dengan pengertian *hematemesis melena*. *Hematemesis* adalah dimuntahkannya darah dari mulut, darah bisa dalam bentuk segar (bekuan/ gumpalan/ cairan warna merah cerah) atau berubah karena enzim dan asam lambung menjadi kecoklatan dan berbentuk seperti butiran kopi. *Melena* yaitu keluarnya tinja yang lengket dan hitam seperti aspal (*ter*) dengan bau khas, yang menunjukkan perdarahan SCBA serta dicernanya darah pada usus halus. Dimana penyebab kelainan diatas dapat berasal dari kelainan esofagus, kelainan lambung, dan kelainan duodenum.^{4,5}

Pada kasus ini mengarah pada kelainan di lambung yaitu adanya *gastritis erosif* atas dasar riwayat kebiasaan pasien meminum obat-obat sakit kepala sejak 30 tahun yang lalu sampai sekarang. Dimana penyebab dari *gastritis erosif* yang terbanyak adalah akibat obat-obatan yang mengiritasi mukosa lambung atau obat yang merangsang timbulnya tukak (*ulcerogenic drugs*). Misalnya obat-obat golongan salisilat seperti aspirin, ibuprofen, dan lainnya. Obat-obatan lain yang juga dapat menimbulkan *hematemesis* yaitu : golongan kortikosteroid, butazolidin, reserpin, spironolakton dan lain-lain. Golongan obat-obat tersebut menimbulkan hiperasiditas.⁶

Gastritis erosif hemoragika merupakan urutan kedua penyebab perdarahan saluran cerna atas. Pada endoskopi tampak erosi di angulus, antrum yang multipel, sebagian tampak bekas perdarahan atau masih terlihat perdarahan aktif di tempat erosi. Tampilan di sekitar erosi umumnya hiperemis, tidak terlihat varises di esophagus dan fundus lambung. Sifat *hematemesis* tidak masif dan timbul setelah berulang kali minum obat-obatan tersebut, disertai nyeri dan pedih di ulu hati.^{4,7}

Penatalaksanaan pada kasus ini dibagi menjadi dua yaitu non-medikamentosa dan medikamentosa. Penatalaksanaan non-medikamentosa antara lain bed rest, puasa hingga perdarahan berhenti dan diet cair. Dan penatalaksanaan medikamentosa antara lain cairan infus Ringer Laktat (RL 20 tetes/menit,

pemasangan *Nasogastric tube (NGT)*, *paracetamol* 3x500 mg, *omeprazole* 2x40 mg tablet, sukralfat 2x500 mg intravena, jika Hemoglobin (Hb) < 8 transfusi.

Pemasangan NGT dilakukan untuk mengevaluasi perdarahan yang sedang berlangsung. Untuk analgetik diberikan *paracetamol* 3x500 mg. Diberikan juga *Proton Pump Inhibitor (PPI)* yaitu *omeprazole* dimana obat-obat golongan PPI mengurangi sekresi asam lambung dengan jalan menghambat enzim H⁺, K⁺, *Adenosine Triphosphatase (ATPase)* (enzim ini dikenal sebagai pompa proton) secara selektif dalam sel-sel parietal. Enzim pompa proton bekerja memecah KH⁺ ATP yang kemudian akan menghasilkan energi yang digunakan untuk mengeluarkan asam dari kanalikuli sel parietal ke dalam lumen lambung. Ikatan antara bentuk aktif obat dengan gugus sulfhidril dari enzim ini yang menyebabkan terjadinya penghambatan terhadap kerja enzim. Kemudian dilanjutkan dengan terhentinya produksi asam lambung.⁸

Pemberian sukralfat pada kasus ini didasari mekanisme kerja sukralfat atau aluminium sukrosa sulfat diperkirakan melibatkan ikatan selektif pada jaringan ulkus yang nekrotik, dimana obat ini bekerja sebagai sawar terhadap asam, pepsin, dan empedu. Obat ini mempunyai efek perlindungan terhadap mukosa termasuk stimulasi prostaglandin mukosa. Selain itu, sukralfat dapat langsung mengabsorpsi garam-garam empedu. Aktivitas ini nampaknya terletak didalam seluruh kompleks molekul dan bukan hasil kerja ion aluminium saja. Obat ini juga memerlukan pH asam untuk aktif sehingga tidak boleh diberikan bersama antasid atau antagonis reseptor H₂.^{9,10}

Jika Hemoglobin (Hb) < 8 gr/dl atau perdarahan masif dan terdapat tanda-tanda kegagalan sirkulasi maka pasien dapat diberikan transfusi.

Simpulan, telah ditegakkan diagnosis *Hematemesis Melena e.c Gastritis erosif* pada Tn.S laki-laki 70 tahun atas dasar anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta telah ditatalaksana dengan pemberian edukasi dan pengobatan.

Banyak faktor yang mempengaruhi prognosis penderita seperti faktor umur, kadar Hemoglobin (Hb), tekanan darah selama perawatan, dan lain-lain. Banyak penelitian menunjukkan bahwa angka kematian penderita dengan perdarahan

saluran cerna bagian atas dipengaruhi oleh faktor kadar Hemoglobin (Hb) waktu dirawat, terjadi/tidaknya perdarahan ulang, keadaan hati, seperti ikterus, dan encefalopati.⁹

Prognosis cukup baik apabila dilakukan penanganan yang tepat. Mengingat tingginya angka kematian dan sukarnya dalam menanggulangi perdarahan saluran cerna bagian atas maka perlu dipertimbangkan tindakan yang bersifat preventif.

Daftar Pustaka

- 1) Davey P, 2006. Hematemesis & Melena: dalam At a Glance Medicine. Jakarta: Erlangga. Hlm 36-7
- 2) Djumhana A, 2011. Perdarahan Akut Saluran Cerna Bagian Atas. http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2011/03/pendarahan_akut_saluran_cerna_bagian_atas.pdf. [Diakses pada tanggal 11 Mei 2013]
- 3) Hastings GE, 2005. Hematemesis & Melena. <http://wichita.kumc.edu/hastings/hematemesis.pdf>. [Diakses pada tanggal 14 Mei 2013]
- 4) Hadi S, 2002. Perdarahan Saluran Makan : dalam Gastroenterologi. Bandung: PT Alumni. Hlm 281-305
- 5) Richter JM, Isselbacher KJ, 1999. Prinsip Ilmu Penyakit Dalam Harrison. Jakarta: EGC. Hlm 259-62
- 6) Adi P, 2006. Pengelolaan Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas : Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Jakarta: FKUI. Hlm 289-97
- 7) Ponijan AP, 2012. Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31735/4/Chapter%20II.pdf>. [Diakses pada tanggal 14 Mei 2013]
- 8) Purwadianto A, Budi S, 2000. Hematemesis & Melena: dalam Kedaruratan Medik. Jakarta: Binarupa Aksara. Hlm 105-10
- 9) Astera IWM, Wibawa IDN, 1999. Tata Laksana Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas : dalam Gawat Darurat di Bidang Penyakit Dalam. Jakarta: EGC. Hlm 53-62
- 10) PB PAPDI, 2005. Standar Pelayanan Medik. Jakarta: PB PAPDI. Hlm 272-73