

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Tentang Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas ( SCBA)**

##### **2.1.1 Pengertian**

Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) adalah perdarahan saluran cerna bagian atas yang berasal dari bagian proksimal ligamentum Treitz. (Longo 2010)

##### **2.1.2 Etiologi**

Etiologi SCBA yang ditandai dengan hematemesis dan melena yaitu :

1. Kelainan esophagus : pecahnya varises esophagus, esophangitis dan adanya keganasan, ulkus, lesi Mallory weiss
2. Kelainan lambung dan duodenum : tukak lambung , tukak duodenum, gastritis erosif, gastropati kongestif, keganasan., angiodisplasia, penyakit crohn, divertikulum meckel
3. Penyakit darah : leukemia, DIC, purpura, trombositopenia.
4. Penyakit sistemik : uremia dan lainnya.
5. Pemakaian obat yang ulserogenik : golongan salisilat, kortikosteroid, alkohol, dan lainnya.

(Morton 2014 ; Nurarif 2013)

##### **2.1.3 Faktor Resiko Sindrom Erosif Terkait Stres**

Faktor resiko terjadi sindrom erosif terkait stress adalah

1. Hipotensi oleh karena syock
2. Koagulopati
3. Gagal napas yang membutuhkan ventilasi mekanik

4. Sepsis
5. Gagal hati
6. Gagal ginjal
7. Trauma multiple berat
8. Luka bakar > 35 % dari total body surface organ
9. Cidera kepala
10. Riwayat ulkus peptikum atau perdarahan saluran cerna atas
11. Pemanjangan rawat inap di unit intensif.

( Morton 2014)

#### **2.1.4 Tanda Dan Gejala**

Gejala klinis SCBA tergantung dari lama, kecepatan, banyak atau sedikitnya darah yang hilang dan perdarahan berlangsung terus-menerus atau tidak. Kemungkinan pasien datang dengan gejala klinis:

1. Anemia defisiensi besi akibat perdarahan tersembunyi dan berlangsung lama
2. Hematemesis yaitu muntah yang mengandung darah berwarna merah terang/kehitaman akibat proses denaturasi dan melena yaitu perdarahan saluran cerna atas yang keluar melalui rektum dan berwarna kehitaman atau seperti ter disertai atau tanpa anemia dengan atau tanpa gangguan hemodinamik.( Adi 2007)

#### **2.1.5 Penatalaksanaan Komprehensif Pada Perdarahan Saluran Cerna**

##### **Bagian Atas**

Penatalaksanaan komprehensif pada perdarahan saluran cerna bagian atas meliputi :

## 1. Pemeriksaan awal

Pemeriksaan awal, penekanan pada status hemodinamik, meliputi: tekanan darah, nadi, posisi berbaring, perubahan ortostatik tekanan darah dan nadi, ada tidaknya vasokonstriksi perifer (akral dingin), pernafasan, tingkat kesadaran, dan produksi urine. Perdarahan >20 % mengakibatkan hipotensi Tensi < 90/60 atau MAP < 70, nadi > 100x/ mt, tekanan diastolik ortostatik turun > 10 atau sistolik turun > 20, frekuensi nadi ortostatik meningkat > 15x/ mt, akral dingin, anuri/ oliguri produksi urine < 30cc/ jam. (Adi 2007).

Penilaian hemodinamik perlu dilakukan evaluasi tentang jumlah perdarahan:

- 1) Perdarahan < 8 % hemodinamik stabil
- 2) Perdarahan 8 % - 15 % hipotensi ortostatik
- 3) Perdarahan 15% - 25% syock/ renjatan
- 4) Perdarahan 25 % - 40 % renjatan dan penurunan kesadaran
- 5) Perdarahan > 40 % moribund

(Djumhana 2011)

## 2. Resusitasi

Resusitasi terutama untuk stabilisasi hemodinamik. Pada pasien dengan perdarahan aktif pertimbangkan pemasangan kateter intravena dua atau lebih ukuran minimal 18-G. Berikan pada pasien tersebut infus NaCl 0.9% atau larutan kristaloid lainnya dalam 30 menit pertama sebanyak 500 cc atau lebih untuk mempertahankan tekanan darahnya sambil mempersiapkan tranfusi bila diperlukan.

Transfusi diberikan bila penderita dalam kondisi hemodinamik tidak stabil atau syok, perdarahan baru atau masih berlangsung dan diperkirakan masih, perdarahan baru atau masih berlangsung dengan hemoglobin < 10 g% atau hematokrit rendah (20 -25%), hemoglobin < 7 g%, terdapat tanda-tanda oksigenasi jaringan yang menurun. Perlu diketahui bahwa hematokrit untuk memperkirakan jumlah perdarahan kurang akurat bila perdarahan sedang atau baru berlangsung. Proses hemodilusi dari cairan ekstra vaskuler selesai 24- 72 jam (Adi 2007).

### 3. Anamnesis

Anamnesis yang ditekankan adalah

- 1) Sejak kapan terjadi dan berapa perkiraan darah yang keluar
- 2) Riwayat perdarahan sebelumnya
- 3) Riwayat perdarahan dalam keluarga
- 4) Ada tidaknya perdarahan dibagian tubuh lain
- 5) Penggunaan obat- obatan anti inflamasi non steroid dan anti koagulan
- 6) Kebiasaan minum alkohol
- 7) Mencari kemungkinan adanya penyakit hati kronik, demam berdarah, thipoid, GGK, DM, HT, alergi obat
- 8) Riwayat transfusi sebelumnya

(Adi 2007).

### 4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang perlu diperhatikan adalah

1) Keadaan umum : tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas dan suhu tubuh dan perdarahan di tempat lain, stigma penyakit hati kronik

2) Tanda- tanda kulit dan mukosa penyakit sistemik yang bisa disertai perdarahan saluran makan

3) Pemeriksaan abdomen :

(1) Inspeksi : perhatikan apakah abdomen simetris atau tidak, bentuk/contur, ukuran, kondisi dinding perut dan pergerakan dinding perut.

(2) Palpasi: Superfisial (palpasi dinding perut apakah ada ketegangan/distensi abdomen), dan pada deep palpation/ profunda (teknik schuffner untuk spleen, palpasi hati untuk mengetahui apakah adanya hepatomegali)

(3) Perkusi : untuk mengetahui apakah ada kelaian pada hati atau lamdung dan bagian abdomen secara umum. Pada pasien dengan penyakit hati, bunyi pekak yang meluas melebihi batas hati normal.

(4) Auskultasi : hiperperistaltik.

(Adi 2007).

Pemeriksaan yang tidak boleh dilupakan adalah colok dubur, warna feses mempunyai nilai prognostik. (Djumhana 2011)

5. Pemeriksaan penunjang

1) *Naso Gastric Tube* (NGT) : memasukkan selang melalui hidung untuk aspirasi cairan lambung.

2) Endoscopy untuk menentukan asal dan sumber perdarahan. Pemeriksaan endoskopi merupakan gold standard dalam prosedur diagnosis ini. Tindakan ini dapat juga digunakan sebagai terapi disamping sebagai alat diagnostik.

3) Foto polos abdomen

4) Pemeriksaan radiologis : esopagogram, untuk daerah esophagus dan double contrast untuk lambung dan duodenum.

5) Rontgen dada dan elektrokardiografi.

Pada beberapa keadaan dimana pemeriksaan endoskopi tidak dapat dilakukan, pemeriksaan dengan kontras barium (OMD) dengan angiografi atau skintigrafi mungkin bisa membantu . (Adi 2007)

#### 6. Pemeriksaan laboratorium

Laboratorium darah lengkap, faal hati, faal hemostasis, faal ginjal, gula darah, elektrolit, penanda penyakit hepatitis B dan C.

1) Hitung darah lengkap : penurunan Hb, Ht, atau peningkatan leukosit.

2) Profil hematologi : perpanjangan masa protrombin, tromboplastin.

3) Analisis Gas Darah Arteri : alkalosis respiratori, hipoksemia

4) BUN, kreatinin , pada SCBA pemecahan darah oleh kuman usus mengakibatkan kenaikan BUN, sedangkan kreatini serum tetap normal atau sedikit meningkat.

5) Elektrolit Na, K, Cl ; perubahan elektrolit bisa terjadi karena perdarahan, transfusi atau kubah lambung

6) Pemeriksaan lain tergantung macam kasus yang dihadapi

(Adi 2007).

7. Memastikan perdarahan saluran cerna bagian atas atau bawah

Tabel 2.1 Perbedaan Perdarahan SCBA dan SCBB menurut Longo (2010)

	Perdarahan SCBA	Perdarahan SCBB
Manifestasi klinik pada umumnya	Hematemesis dan melena diindikasikan 14 jam setelah terjadi perdarahan	Hematokesia
Aspirasi nasogastrik	Berdarah	Jernih
Rasio BUN/Kreatinin	Meningkat > 35	< 35
Auskultasi usus	Hiperaktif	Normal

8. Menegakkan diagnosis pasti penyebab perdarahan

Mendiagnosa penyebab perdarahan : dilakukan dengan endoskopi fleksibel, pemasangan NGT, pemeriksaan barium, angiografi. Menurut Djumhana (2011) pada prosedur ini perlu penting melihat aspirat dari NGT. Aspirat putih keruh menandakan perdarahan tidak aktif Aspirat warna merah marun menandakan perdarahan masif sangat memungkinkan perdarahan arteri. (Adi 2007).

9. Terapi untuk menghentikan perdarahan , penyembuhan penyebab perdarahan dan mencegah perdarahan ulang .Perdarahan SCBA dibedakan menjadi 2 yaitu perdarahan varises esofagus dan non varises. Penatalaksanaan perdarahan varises esovagus dengan dengan ligasi atau skleroterapi. Adapun terapi untuk mengendalikan perdarahan dengan terapi definitif yaitu terapi endoskopi, bilas lambung, pemberian pitresin (dilakukan bila dengan bilas lambung/skleroterapi tidak menolong, maka diberikan vasopresin

intravena. Selanjutnya melakukan pengurangan asam lambung, memperbaiki status hipokoagulasi dengan :

- 1) Injeksi antagonis reseptor H<sub>2</sub> atau penghambat pompa proton (PPI)
- 2) Sitoprotektor: sukralfat 3-4x1 gram
- 3) Antasida sirup atau tablet
- 4) Injeksi vitamin K untuk pasien dengan penyakit hati kronis
- 5) Terhadap pasien yang diduga kuat karena ruptura varises gastroesofageal dapat diberikan: somatostatin bolus 250 ug + drip 250 mikrogram/jam atau oktreotid bolus 0,1mg/2 jam. Pemberian diberikan sampai perdarahan berhenti atau bila mampu diteruskan 3 hari setelah ligasi varises.
- 6) Propanolol, dimulai dosis 2x10 mg dapat ditingkatkan sampai tekanan diastolik turun 20 mmHg atau denyut nadi turun 20%.
- 7) Laktulosa 4x1 sendok makan
- 8) Neomisin 4x500 mg

(Adi 2007)

10. Pembedahan : dilakukan jika semua intervensi inefektif, endoskopi terapi gagal untuk menghentikan perdarahan, dan rebleeding terjadi pada satu kejadian. Operasi : Intervensi bedah primer harus dipertimbangkan pada pasien dengan perforasi holoviskus (misalnya, dari perforasi ulkus duodenum, ulkus lambung berlubang, atau sindrom Boerhaave). Pada pasien yang tidak memungkinkan untuk operasi, pengobatan konservatif dengan suction nasogastrik dan antibiotik spektrum luas dapat diberikan. Kliping Endoskopi atau teknik jahit



juga telah digunakan pada pasien tersebut. Darurat operasi di UGIB biasanya memerlukan penjahitan perdarahan di lambung atau duodenum (biasanya sebelum operasi diidentifikasi dengan endoskopi), vagotomy dengan pyloroplasty, atau gastrektomi parsial. Obliterasi perdarahan angiografik pada vasa pada pasien dianggap prognosis yang buruk.( Adi 2007)

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi akibat perdarahan akut SCBA adalah

1. Syok hipovolemia
2. Aspirasi pneumonia
3. Gagal ginjal akut
4. Anemia karena perdarahan
5. Syndrom hepatorenal
6. Koma hepaticum

(Priyanto, 2009)

## **2.2 Tinjauan Tentang Kumbah lambung**

### **2.2.1 Pengertian**

Kumbah lambung adalah membersihkan lambung dengan cara memasukkan dan mengeluarkan air ke / dari lambung dengan menggunakan *Naso Gastric Tube* (NGT) (Kholid dan Nila 2013).

### **2.2.2 Tujuan**

Tujuan kumbah lambung adalah :

1. Untuk membuang urgen substansi dan dalam upaya menurunkan absorbs sistemik,

2. Untuk mengosongkan lambung sebelum prosedur endoskopik
3. Untuk mendiagnosis perdarahan lambung dan menghentikan perdarahan

(Kholid dan Nila 2013)

### **2.2.3 Indikasi**

Menurut indikasi dilakukan bilas lambung yaitu:

1. Pasien keracunan makanan atau obat
2. Persiapan tindakan pemeriksaan lambung
3. Persiapan operasi lambung
4. Pasien dalam keadaan tidak sadar
5. Keracunan bukan bahan korosif dan kurang dari enam puluh menit
6. Gagal dengan terapi emesis
7. Overdosis obat/ narkotik
8. Terjadi perdarahan ( hematemesis dan melena) pada saluran pencernaan atas
9. Mengambil contoh asam lambung untuk dianalisis lebih lanjut
10. Dekompresi lambung
11. Sebelum operasi perut atau sebelum pemeriksaan endoskopi.

(Paula 2009)

### **2.2.4 Kontraindikasi**

Menurut kontraindikasi dilakukannya bilas lambung yaitu:

1. Keracunan oral lebih dari 1 jam

2. Pasien keracunan bahan toksik yang tajam dan terasa membakar (resiko perforasi esophageal) serta keracunan bahan korosif (misalnya: hidrokarbon, pestisida, hidrokarbon aromatic, halogen);
3. Pasien yang menelan benda asing yang tajam;
4. Pasien tanpa gangguan reflex atau pasien dengan pingsan (tidak sadar) membutuhkan intubasi sebelum bilas lambung untuk mencegah inspirasi.

(Kholid dan Nila 2013)

### **2.2.5 Prosedur Kumbah Lambung**

Prosedur kumbah lambung pada perdarahan saluran cerna adalah :

#### 1. Persiapan Alat

Alat dan bahan yang digunakan dalam prosedur bilas lambung yaitu sebagai berikut:

- 1) Selang nasogastrik/ diameter besar atau selang Ewald diameter besar
- 2) S spuit pengirigasi besar dengan adapter
- 3) Pelumas larut air
- 4) Air Biasa
- 5) Wadah untuk aspirat/ *collection bag*
- 6) Plester
- 7) Stetoskop
- 8) Sarung tangan bersih sekali pakai

#### 2. Persiapan pasien

Pada keadaan darurat, misalnya pada pasien yang perdarahan akut SCBA , tidak ada persiapan khusus yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan Bilas lambung, akan tetapi sebelum tindakan dilakukan untuk meminta persetujuan tindakan , biasanya dokter akan menyarankan pasien puasa terlebih dahulu atau berhenti makan dan minum.

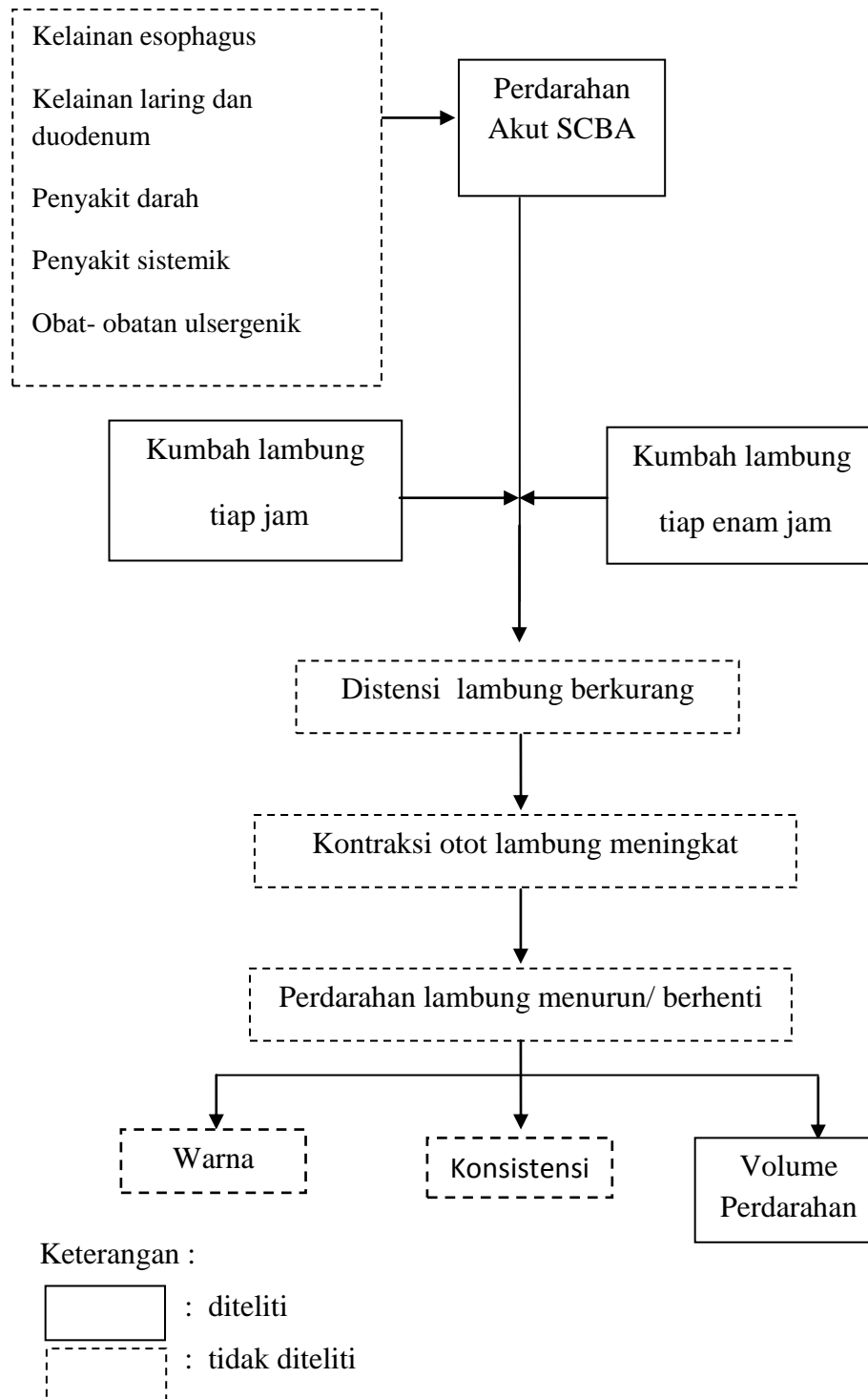
### 3. Prosedur kerja

Prosedur Bilas lambung (*gastric lavage*) pada kasus perdarahan lambung

- 1) Sebelumnya pasang NGT berukuran besar, pastikan posisi sudah tepat dengan cara memasukkan pangkalnya kedalam air dengan klem dibuka, jika tidak ada gelembung air yang keluar, selang sudah masuk dalam lambung.
- 2) Lakukan irigasi dengan menggunakan air dengan cara memasukkan sejumlah air secara bertahap dan kemudian mengeluarkannya dengan cara mengalirkan
- 3) Alirkan cairan yang dikeluarkan ke dalam kantong (*collectionbag*) yang diletakkan dengan posisi lebih rendah dari tubuh klien atau tempat tidur klien.
- 4) Cairan irigasi yang digunakan bisa berjumlah  $\pm$  50- 100 ml
- 5) Pastikan bahwa aliran cairan lancar, begitu juga dengan system drainasenya.
- 6) Waspada terhadap potensial terjadinya sumbatan bekuan darah pada selang atau perubahan posisi selang.

7) Gunakan cairan dengan suhu ruangan, karena akan lebih efektif dalam tindakan kumbah lambung. Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa penggunaan cairan dengan suhu rendah (dingin) akan menggeser kurva disosiasi hemoglobin ke arah kiri dan dapat berakibat langsung seperti : penurunan aliran oksigen ke organ-organ vital serta memperpanjang waktu perdarahan dan *protrombin time*.(Smith 2013)

### 2.3 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Kumbah Lambung Tiap Satu dan Enam Jam Pada Pasien Perdarahan Akut SCBA

Kelainan esophagus, kelainan laring dan duodenum, penyakit darah, penyakit sistemik, obat- obatan ulsergenik merupakan penyebab terjadinya perdarahan akut saluran cerna bagian atas . Sebagai terapi *definitive* pada perdarahan akut saluran cerna bagian atas , pada penelitian ini membagi dua kelompok yaitu dilakukan kumbah lambung tiap satu jam pada kelompok perlakuan dan kumbah lambung tiap enam jam pada kelompok kontrol. Pada prosesnya kumbah lambung merupakan prosedur tindakan yang dapat menurunkan distensi lambung, sehingga mengakibatkan kontraksi otot lambung meningkat, dan pada gilirannya dapat menurunkan atau menghentikan perdarahan. Dalam hal ini dapat dilihat dari karakteristik cairan lambung yang meliputi volume perdarahan, warna, dan konsistensi .

#### **2.4 Hipotesis**

Ada pengaruh kumbah lambung yang dilakukan tiap satu jam terhadap volume perdarahan pada pasien dengan perdarahan akut saluran cerna bagian atas.