

Akreditasi PB IDI-2 SKP

# Perdarahan Saluran Cerna pada Anak

**Leonirma Tenggara**

Dokter PTT Daerah RS Bergerak Badau, Kabupaten Kapuas Hulu, Kalimantan Barat, Indonesia

## ABSTRAK

Perdarahan saluran cerna pada bayi dan anak perlu mendapatkan perhatian khusus karena keluhan bervariasi mulai dari ringan hingga mengancam nyawa. Gejala umum adalah hematemesis, melena, dan hematokezia. Diagnosis banding dikelompokkan berdasarkan usia pasien, lokasi, dan karakteristik perdarahan, serta gejala penyerta. Pendekatan diagnostik yang teliti diperlukan untuk mengidentifikasi sumber perdarahan serta menghasilkan penatalaksanaan yang tepat.

**Kata kunci:** Anak, hematemesis, hematokezia, melena, perdarahan saluran cerna

## ABSTRACT

Gastrointestinal bleeding in infants and children is an alarming because the symptoms vary from mild to life-threatening. The most common signs are hematemesis, melena, and hematochezia. Differential diagnosis is based on the age of the patient, the localization, and characteristics of bleeding, with accompanying symptoms. Detailed diagnosis is necessary to identify the etiology of the bleeding and its treatment. **Leonirma Tenggara. Gastrointestinal Bleeding in Children**

**Keywords:** Children, gastrointestinal bleeding, hematemesis, hematochezia, melena

## PENDAHULUAN

Perdarahan saluran cerna adalah hilangnya darah dalam jumlah tidak normal pada saluran cerna mulai dari rongga mulut hingga ke anus. Normalnya, volume darah yang hilang dari saluran cerna sekitar 0,5 – 1,5 mL per hari.<sup>1</sup>

Berdasarkan lokasi anatomi sumber perdarahannya, perdarahan saluran cerna terdiri dari perdarahan saluran cerna atas dan perdarahan saluran cerna bawah. Perdarahan saluran cerna atas merupakan perdarahan di atas ligamen Treitz di distal duodenum, yaitu pada rongga mulut, esofagus, gaster, dan duodenum. Sedangkan perdarahan saluran cerna bawah merupakan perdarahan di bawah ligamen Treitz, yaitu pada usus halus, kolon, rektum, dan anus.<sup>1</sup>

Pada kasus pediatri lebih sering ditemukan perdarahan saluran cerna bawah, sebagian besar ringan dan dapat sembuh sendiri. Insidensnya sebesar 0,3% dari seluruh kasus di instalasi gawat darurat anak dan hanya 4,2%-nya yang mengancam nyawa; perdarahan

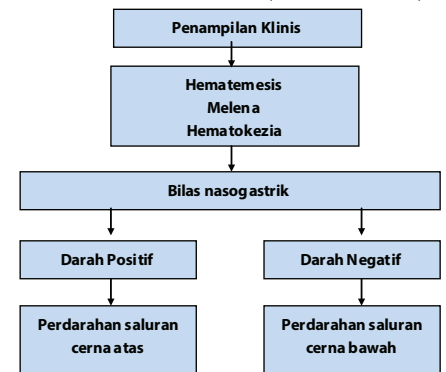
saluran cerna atas lebih jarang dengan insidens 1 – 2 kasus per 10.000 anak tiap tahun.<sup>2</sup>

## MEMBEDAKAN PERDARAHAN SALURAN CERNA ATAS DAN BAWAH

Perdarahan saluran cerna dapat menunjukkan manifestasi klinis berupa: melena (tinja berwarna hitam atau seperti ter); hematokezia (darah segar per rektum berwarna merah cerah atau sedikit gelap); atau hematemesis (muntah darah dengan material muntahan berwarna merah terang atau merah gelap seperti bubuk kopi).<sup>1,3</sup>

Pada hampir seluruh kasus, manifestasi klinis dapat menggambarkan letak perdarahan. Hematemesis adalah gejala klasik perdarahan saluran cerna atas. Diare berdarah dengan darah segar bercampur atau melapisi tinja adalah gejala klasik perdarahan saluran cerna bawah. Sedangkan hematokezia, melena, dan perdarahan samar saluran cerna dapat menandakan perdarahan saluran cerna atas atau bawah. Pada kasus hematokezia

atau melena akut, letak perdarahan dapat



Gambar 1. Penentuan letak perdarahan saluran cerna.<sup>4</sup>

dikonfirmasi dengan memasukkan pipa nasogastrik dan melakukan aspirasi isi lambung. Adanya darah akan mengonfirmasi diagnosis perdarahan saluran cerna atas (termasuk perdarahan duodenum yang biasanya refluks ke lambung) serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menentukan apakah perdarahan telah



berhenti (Gambar 1).<sup>4,5</sup>

**DIAGNOSIS**

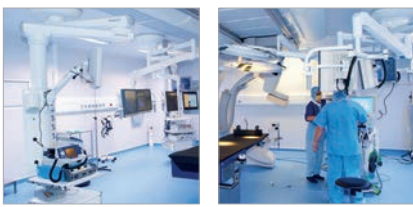
Diagnosis banding perdarahan saluran cerna dapat dikelompokkan berdasarkan manifestasi klinis (Tabel 1), ataupun berdasarkan kelompok usia (Tabel 2). Penegakan diagnosis dengan tepat memerlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang cermat.<sup>1,5</sup>

**Anamnesis<sup>1,6</sup>**

1. Tentukan apakah anak betul-betul mengalami perdarahan saluran cerna. Beberapa kasus yang sering dikelirukan dengan perdarahan saluran cerna antara lain:
  - Hematemesis dan melena:
    - Tertelan darah ibu saat persalinan atau saat menyusu akibat puting yang lecet
    - Tertelan darah epistaksis
    - Mengonsumsi makanan dan obat-obatan tertentu (Tabel 3)
  - Hematokezia:
    - Menstruasi
    - Hematuria
2. Tentukan volume darah yang hilang untuk menentukan berat ringannya perdarahan saluran cerna dan tanyakan tanda-tanda gangguan hemodinamik
3. Tanyakan warna darah dan jenis perdarahannya untuk menentukan lokasi perdarahan, serta frekuensi dan durasi perdarahan untuk menentukan kronisitas perdarahan
4. Tanyakan gejala-gejala penyerta lain seperti nyeri perut dan demam
5. Riwayat konsumsi obat jangka panjang seperti anti-inflamasi non-steroid (AINS), steroid, aspirin, tablet besi, alkohol, dan obat-obatan sitostatika tertentu
6. Riwayat menelan benda asing, bepergian keluar daerah, dan perubahan pola makan
7. Riwayat trauma abdomen terutama epigastrium atau kuadran kanan atas, serta luka bakar dengan jumlah luas
8. Riwayat penyakit sebelumnya: persalinan prematur, pemasangan kateter arteri umbilical atau sepsis, riwayat operasi, penyakit hati, penyakit saluran cerna sebelumnya (enterokolitis, intususepsi, anomali kongenital), anemia sel sabit, atau hemofilia
9. Riwayat penyakit keluarga: penyakit perdarahan, penyakit hati kronik, penyakit

**Tabel 1.** Diagnosis banding perdarahan saluran cerna berdasarkan manifestasi klinis.<sup>5</sup>

<b>Hematemesis</b>
- Darah tertelan Epistaksis, radang tenggorokan, menyusui dari puting, tindakan medis pada gigi, atau tonsilektomi
- Defisiensi vitamin K pada neonatus
- Esofagitis erosif
- Robekan Mallory-Weiss
- Gastritis hemoragik Trauma, pembedahan, luka bakar, atau stres sistematis hebat (pasien di ruang perawatan intensif)
- Gastritis reaktif Gastropati antiinflamasi nonsteroid (AINS), gastritis alkoholik, menelan kokain, menelan bahan kaustik, stres, trauma mekanik, infeksi virus, penyakit Crohn, vaskulitis ( <i>Henoch-Schonlein</i> ), radiasi, refluks empedu, bezoar, hernia hiatus, prolaps dari <i>junction</i> gastroesofageal, atau gastropati kongestif (berkaitan dengan hipertensi portal)
- Ulkus peptikum
- Perdarahan varises: berkaitan dengan hipertensi portal
- Massa submukosa Lipoma, tumor stroma, duplikasi
- Malformasi vaskular Angiodisplasia, hemangioma, lesi Dieulafoy
- Hemobilia
<b>Hematokezia, Melena</b>
- Iskemia usus Intususepsi dengan komplikasi, volvulus <i>mid-gut</i> , hernia inkarserata, atau <i>thombosis mesenteric</i>
- Divertikulum Meckel
- Sumber dari saluran cerna atas: lihat bagan hematemesis
- Vaskulitis: purpura <i>Henoch Schonlein</i>
- Polip
- Ulkus usus atau kolon: gastropati AINS, penyakit Crohn
- Kolitis ulseratif
- Malformasi vaskular
<b>Perdarahan Rektal dan Tanda Kolitis (Diare Berdarah, Tenusmus, Defekasi Malam Hari)</b>
- Kolitis infeksi Pertimbangkan <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Eschericia coli</i> , <i>Aeromonas hydrophilia</i> , <i>Klebsiella oxytoca</i> , <i>Clostridium difficile</i> , <i>Neisseria gonorrhoea</i> , <i>Cytomegalovirus</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Trichuris trichiura</i>
- Sindrom uremik hemolitik
- Enterokolitis nekrotik
- Proktokolitis eosinofilik
- <i>Inflammatory bowel disease</i> (IBD): Kolitis ulseratif, penyakit Crohn
<b>Perdarahan Rektal dengan Pola Tinja Normal</b>
- Polip <i>Juvenile</i>
- Hiperplasia limfoid nodular
- Kolitis eosinofilik
- IBD
- Malformasi vaskular
<b>Darah Segar Melapisi Tinja Normal atau Keras</b>
- Fisura anal
- Kriptitis <i>Streptococcus beta hemolyticus</i>
- Proktitis ulseratif
- Prolaps rekti
- Ulkus rektal soliter
- Hemoroid interna
<b>Perdarahan Samar Saluran Cerna</b>
- Esofagitis
- Gastritis reaktif
- Penyakit asam peptik
- Gastroenteritis eosinofilik, kolitis
- Penyakit <i>Celiac</i>
- IBD
- Poliposis
- Divertikulum Meckel
- Malformasi vaskular



Tabel 2. Diagnosis banding perdarahan saluran cerna pada anak berdasarkan usia.<sup>5</sup>

	KEADAAN UMUM BURUK	KEADAAN UMUM BAIK	
		FREKUENSI PERDARAHAN SERING	FREKUENSI PERDARAHAN JARANG
Bayi	<b>SALURAN CERNA ATAS</b>		
	Gastritis hemoragik		Esofagitis refluks
	<i>Stress ulcer</i>		Gastritis reaktif
			Defisiensi vitamin K
	<b>SALURAN CERNA BAWAH</b>		
	Kolitis infeksi		Fisural anal
	<i>Necrotizing entercolitis</i>		Proktokolitis eosinofilik
	<i>Hirschsprung</i> enterkolitis		Kolitis infeksi
Volvulus		Hiperplasia limfoid nodular	
Usia 2-5 tahun	<b>SALURAN CERNA ATAS</b>		
	Varises esofagus (penyakit hati)	Varises esofagus	Sindrom Mallory-Weiss
	Gastritis hemoragik	Ulkus gaster/duodenum	Gastritis
	<i>Stress ulcer</i>		Esofagitis refluks
	<b>SALURAN CERNA BAWAH</b>		
	Intusussepsi	Divertikulum Meckel	Kolitis infeksi
	Volvulus	<i>Slough juvenile polyp</i>	<i>Juvenile polyp</i>
	<i>Henoch-Schonlein</i> purpura	Kolitis ulseratif	Hiperplasia limfoid nodular
	Sindrom uremik hemolitik		Kolitis ulseratif/penyakit Crohn
			Selulitis perianal streptokokal
		Prolaps rekti/ulkus rekti	
Usia >5 tahun	<b>SALURAN CERNA ATAS</b>		
	Varises esofagus	Varises esofagus	Sindrom Mallory-Weiss
	Gastritis hemoragik	Ulkus perdarahan	Esofagitis refluks
		<i>Dieulafoy lesion</i>	Gastritis reaktif
		Hemobilia	
	<b>SALURAN CERNA BAWAH</b>		
	Kolitis infeksi	Kolitis ulseratif	Kolitis infeksi
	Kolitis ulseratif	Divertikulum Meckel	Kokitis ulseratif/penyakit Crohn
	<i>Henoch-Schonlein</i> purpura		<i>Juvenile polyp</i>
	Iskemia usus		Hemoroid

saluran cerna (polip, ulkus, *colitis*), pemakaian obat-obat tertentu

**Pemeriksaan Fisik**

1. Pemeriksaan tanda-tanda vital dan saturasi oksigen.<sup>6</sup>
2. Tentukan derajat perdarahan melalui keadaan umum pasien, status hemodinamik, perkiraan volume darah yang hilang, dan warna perdarahan.<sup>1,5,6</sup>
  - Perdarahan berat ditandai dengan keadaan umum pucat, gelisah, letargis, dan nyeri perut
  - Anemis (pucat) penting untuk memperkirakan banyaknya kehilangan darah. Indikator terbaik perdarahan berat dan tanda awal gagal jantung adalah takikardi saat istirahat dan perubahan ortostatik tekanan darah, yaitu peningkatan denyut nadi 20 kali/menit atau penurunan tekanan darah sistolik sebesar 10 mmHg atau lebih pada perubahan posisi *supine* ke posisi duduk. Perdarahan kronis atau akut

dapat menimbulkan dekompensasi jantung

3. Tanda-tanda fisik yang sering dijumpai pada anak dengan perdarahan saluran cerna terdapat pada tabel 4.<sup>1,5,6</sup>

**Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan laboratorium:<sup>1,6</sup>
  - Uji *Guaiac* dengan sampel tinja digunakan untuk mengetahui perdarahan samar. Pemeriksaan ini cukup sensitif dan spesifik. Hasil positif palsu dijumpai apabila sampel mengandung hemoglobin (Hb) atau mioglobin dari daging, lobak, *ferrous sulfate* (pH tinja < 6), tomat, ceri merah segar. Hasil negatif palsu dijumpai apabila sampel mengandung vitamin C atau penyimpanan feses >4 hari.
  - Pemeriksaan Hb, hematokrit (Ht), dan eritrosit (RBC), di mana pada perdarahan kronis ditandai dengan penurunan Hb, Ht, dan RBC. Anemia dengan RBC normal menunjukkan

perdarahan akut, sedangkan anemia dengan RBC rendah menunjukkan perdarahan kronis.

- Apabila tidak ada tanda-tanda syok, penyakit sistemik, ataupun penyakit hati dapat dilakukan pemeriksaan berikut: darah rutin lengkap, laju endap darah (LED), *blood urea nitrogen* (BUN), *prothrombin time* (PT), *partial thromboplastin time* (APTT), uji *Guaiac* dari sampel tinja dan muntahan.
  - Apabila ada tanda-tanda syok, penyakit sistemik, ataupun penyakit hati dilakukan pemeriksaan berikut: darah rutin lengkap, LED, BUN, PT, APTT, uji *Guaiac* dari sampel tinja dan muntahan, golongan darah dan *cross match*, *aspartate aminotransferase* (AST), *alanine transaminase* (ALT), *gamma-glutamyl transferase* (GGT), kreatinin, albumin, dan protein total.
  - Uji *Apt-Downey* untuk konfirmasi apakah hematemesis bayi berasal dari saluran cerna bayi atau darah ibu yang tertelan. Tertelan darah ibu adalah penyebab tersering hematemesis pada neonatus. Darah mungkin tertelan saat lahir atau selama bayi menyusu dari puting ibu yang lecet. Prinsip tes ini adalah hemoglobin fetus tidak mengalami denaturasi alkali; hasil tes positif menunjukkan bayi menelan darah ibu sehingga tidak perlu evaluasi lebih lanjut.
2. Endoskopi  
Indikasi gastroskopi dan kolonoskopi, yaitu untuk mengetahui lokasi perdarahan, mencari penyebab spesifik perdarahan saluran cerna, biopsi jaringan, dan bila mungkin sekaligus terapi intervensi.<sup>1</sup>
  3. Pemeriksaan radiologis.<sup>1,5,6</sup>
    - Foto polos abdomen  
Untuk melihat tanda-tanda enterokolitis nekrotikans seperti dilatasi usus, penebalan dinding usus, dan pneumonia intestinal
    - Barium enema  
Untuk melihat adanya polip, malrotasi, atau intusussepsi
    - Foto kontras saluran cerna bagian atas  
Pada kasus perdarahan saluran cerna atas disertai disfagia, odinofagia, atau *drooling*
    - Ultrasonografi abdomen  
Untuk melihat adanya hipertensi portal dan penyakit hati kronis



- **CT scan dan MRI**  
Untuk melihat kondisi vaskularisasi abdomen
- **Techneium99m-pertechnetate scan (Meckel's scan)**  
Untuk mendeteksi adanya divertikulum Meckel
- **Techneium99m-labelled red cells**  
Untuk melokalisir perdarahan kecil dan intermiten dengan kecepatan perdarahan 0,1–0,3 mL/menit (500 mL/hari)
- **Angiografi**  
Untuk lesi perdarahan aktif atau perdarahan kronik rekuren yang tidak tampak dengan pemeriksaan lain. Sumber perdarahan dapat diketahui jika kecepatan perdarahan >0,5 mL/menit. Spesifisitas mencapai 100% tetapi sensitivitas tergantung kecepatan perdarahan.

**Tabel 3.** Makanan dan obat-obatan penyebab warna muntahan dan tinja menyerupai darah.<sup>1</sup>

MERAH	HITAM
Permen merah	Bismuth
Campuran buah-buahan ( <i>fruit punch</i> )	Karbon aktif
Kulit tomat	Besi
Bit	Bayam
Laksatif	<i>Blueberry</i>
Fenitoin	Anggur
Rifampisin	<i>Licorice</i>
Antibiotik sirup	

**Tabel 4.** Pemeriksaan fisik yang sering dijumpai pada anak dengan perdarahan saluran cerna.<sup>1</sup>

Kulit	Pucat
	Iktterik, pruritus, <i>spider hemangioma</i>
	Ekimosis
	Pembuluh darah abnormal
	Hidarsi
Kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan	Ruam kulit
	Injeksi nasofaringeal
	<i>Oozing</i>
Kardiovaskular	Pembesaran tonsil dengan perdarahan
	Frekuensi denyut jantung dan tekanan nadi (diperiksa saat berbaring, duduk, berdiri)
	Tekanan darah
	Irama gallop
Abdomen	Waktu pengisian kapiler
	Organomegali
Perineum	Nyeri tekan
	Fisura
	Fistula
	Ruam
	Indurasi
Rektum	Hemoroid eksterna atau lesi vaskular
	Darah segar (hematokezia)
	Melena
	Nyeri tekan

**PENATALAKSANAAN**

Prinsip penanganan mencakup tindakan suportif dan terapi untuk mengontrol perdarahan aktif.<sup>1</sup>

1. Suportif.<sup>1,4,5,6</sup>

- Stabilisasi hemodinamik dengan resusitasi cairan intravena kristaloid. Pada perdarahan karena varises pemberian cairan harus hati-hati untuk menghindari pengisian intravaskular terlalu cepat yang meningkatkan tekanan porta dan memicu perdarahan berulang.
- Oksigenasi pada perdarahan aktif masif dengan syok
- Pada perdarahan masif diberi transfusi darah untuk memperbaiki kapasitas pengangkutan oksigen. Transfusi darah sebaiknya diberikan hingga target hematokrit kurang dari 30% untuk menghindari kondisi *overtransfused* yang dapat meningkatkan tekanan porta dan memicu perdarahan berulang. Pemantauan hematokrit diperlukan pada kasus perdarahan aktif
- Koreksi koagulasi atau trombositopenia (*fresh frozen plasma*, trombosit)
- Koreksi gangguan elektrolit bila ada
- Mencegah ensefalopati hepatikum pada penderita penyakit hati kronis yang mengalami perdarahan saluran cerna dengan laktulosa dan *non-*

*absorbable antibiotic*. Laktulosa berfungsi membersihkan saluran cerna dari sisa-sisa darah. *Non-absorbable antibiotic* (Neomisin, *Colistin*) bertujuan untuk mensterilkan usus dari bakteri usus yang akan mencerna bekuan darah menjadi amonia (neurotoksik). Dosis laktulosa 0,5–1 mL/kgBB diberikan 2–4 kali sehari.

2. Pengobatan spesifik untuk mengontrol perdarahan:

- Perdarahan aktif:<sup>1,5,6</sup>  
*Gastric acid secretion inhibitor IV:*
  - Ranitidin (antagonis histamin-2) infus kontinu 1 mg/kgBB dilanjutkan 2–4 mg/kgBB/hari atau bolus 3–5 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis
  - Pantoprazol (*proton pump inhibitor/PPI*): anak-anak <40 kg: 0,5–1 mg/kgBB/hari IV sekali

sehari; anak-anak >40 kg: 20–40 mg sekali sehari (maksimal 40 mg/hari)

- Esomeprazol: bayi: 0,5 mg/kgBB/hari; anak 1–17 tahun <55 kg: 10 mg, >55 kg: 20 mg.

Agen vasoaktif IV: mempunyai efek menurunkan tekanan vena porta dengan menurunkan aliran darah splanik.

- Oktretid (analog somatostatin): 1 mcg/kgBB IV bolus (maksimal 50 mcg) dilanjutkan 1–4 mcg/kgBB/jam. Bila perdarahan sudah terkontrol, dosis diturunkan 50% perlahan-lahan tiap 12 jam hingga mencapai 25% dosis pertama baru dihentikan. Oktretid lebih disukai karena lebih sedikit menimbulkan efek samping sistemik dibanding vasopresin dan mempunyai efek mengurangi



sekresi asam lambung. Efek samping yang sering dijumpai adalah hiperglikemia.

- Vasopresin (hormon antidiuretik) 0,002–0,005 unit/kgBB/menit tiap 12 jam kemudian diturunkan dalam 24–48 jam (maksimum 0,2 unit/menit). Vasopresin mempunyai efek samping vasokonstriksi perifer dan memicu gagal ginjal.
- Mencegah perdarahan berulang:<sup>1,5,6</sup>
  - *Gastric acid secretion inhibitor* (oral)
    - Ranitidin 2–3 mg/kgBB/kali, 2–3 kali per hari (maksimum 300 mg/hari)
    - Famotidin 0,5 mg/kgBB/kali, 2 kali sehari (maksimum 40 mg/hari)
    - Lansoprazol 1–1,5 mg/kgBB/hari, 1–2 kali sehari (maksimal 30 mg 2 kali sehari)
    - Omeprazol 1–1,5 mg/kgBB/hari, 1–2 kali sehari (maksimal 20 mg 2 kali sehari)
    - Esomeprazol: bayi: 3,5–5 kg: 2,5 mg/hari; 5–7,5 kg: 5 mg/hari; anak 1–11 tahun: <20 kg: 10 mg/hari; >20 kg: 20 mg/hari
  - *Adhesive protection of ulcerated mucosa* (oral)
    - Sukralfat (*local adhesive paste*) 40–80 mg/kgBB/hari terbagi 4 dosis (maksimum 1000 mg/dosis terbagi dalam 4 dosis)
  - Mencegah perdarahan varises
    - Propranolol (*beta adrenergic blocker*) 0,6–0,8 mg/kgBB/hari terbagi dalam 2–4 dosis, dapat dinaikkan tiap 3–7 hari (maksimal 8 mg/kgBB/hari)

hingga mendapatkan penurunan sedikitnya 25% dari denyut nadi awal. Propranolol mempunyai efek menurunkan tekanan vena porta dengan menurunkan aliran darah mesenterik

3. Pemasangan pipa nasogastrik
  - Bertujuan untuk mengeluarkan sisa bekuan darah, melihat apakah perdarahan masih berlangsung dan untuk persiapan endoskopi emergensi. Sisa bekuan darah yang tidak segera dikeluarkan akan menjadi sumber protein yang dapat memicu ensefalopati dan dapat pula meningkatkan aliran darah limpa sehingga memperberat perdarahan.<sup>1,6</sup>
4. Endoskopi
  - *Gastroskopi*:<sup>1</sup>
    - Terapi ligasi dan skleroterapi untuk perdarahan karena varises esofagus. Efek tidak diinginkan skleroterapi adalah striktur yang terjadi pada sekitar 15% anak pasca-terapi sklerosing. *Rebleeding* dapat terjadi pasca-terapi dan lebih sering pada skleroterapi dibanding ligasi.
  - *Kolonoskopi*: Terapi polipektomi<sup>1</sup>
5. Antibiotik: sesuai indikasi.<sup>1</sup>
6. Angiografi
  - Menggunakan teknik embolisasi atau vasopresin. Vasopresin lebih bermanfaat untuk perdarahan difus atau perdarahan dari pembuluh darah kecil.<sup>1</sup>

### FOLLOW UP

Anak-anak dengan perdarahan saluran cerna bawah disertai nyeri abdomen sebaiknya tidak dipulangkan sampai gejala membaik atau diagnosis definitif ditegakkan. Pada anak yang keadaan umumnya baik dengan keluhan perdarahan segar dalam jumlah sedikit atau dengan tanda perdarahan kronik dapat

dirujuk ke bagian gastroenterologi untuk kolonoskopi rawat jalan. Bayi dengan dugaan alergi protein susu sapi yang tampak sehat dan dapat *follow up* rutin tidak membutuhkan terapi spesifik di IGD. Perubahan pola makan sebaiknya diikuti perkembangannya dalam jangka panjang.<sup>2</sup>

Sesudah perawatan selama 24 jam, sebagian besar anak dengan perdarahan saluran cerna ringan dapat dipulangkan dari IGD. Anak dengan hemodinamik stabil tanpa gejala sistemik atau nyeri abdomen signifikan tidak memerlukan rawat inap atau evaluasi. Keadaan yang dapat ditangani di IGD dan memungkinkan rawat jalan antara lain: bayi tertelan darah ibu, robekan Mallory-Weiss, gastritis, ulkus peptik, fisura anal, polip *juvenile*, alergi protein susu sapi, dan disentri yang tidak membutuhkan rehidrasi intravena. Pada pasien stabil dengan dugaan IBD atau divertikulum Meckel, diagnosis definitif dapat ditegakkan saat rawat jalan.<sup>2</sup>

Jika perdarahan dalam jumlah besar sekalipun kadar hematokrit normal, atau ditemukan nyeri abdomen signifikan dan diagnosis bedah belum dapat disingkirkan, sebaiknya tetap dirawat di rumah sakit.<sup>2</sup>

### SIMPULAN

Perdarahan saluran cerna terdiri dari perdarahan saluran cerna atas (di atas ligamen *Treitz*) dan perdarahan saluran cerna bawah (di bawah ligamen *Treitz*). Untuk membedakan keduanya, selain manifestasi klinis, perlu pemasangan pipa nasogastrik dan aspirasi isi lambung. Diagnosis banding perdarahan saluran cerna dikelompokkan berdasarkan manifestasi klinis serta usia pasien. Prinsip penatalaksanaan tindakan suportif dan terapi untuk mengontrol perdarahan aktif.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Pudjiadi AH, Hegar B, Handryastuti S, Idris NS, Gandaputra EP, Harmoniati ED, et al. Pedoman pelayanan medis. Volume 2. Edisi ke-2. Jakarta: IDAI; 2011 .p. 215-23.
2. Reid SM. Gastrointestinal bleeding in infants and children. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM. Tintinalli's emergency medicine. 8<sup>th</sup> ed. USA: Mc Graw Hill; 2016.
3. Hizal G, Ozen H. Gastrointestinal bleeding in children. In: Eren M, Ozen H, editor. Gastroenterology in pediatrics: Current knowledge about some common disorders. Journal of Pediatric Sciences 2011;3(4):100
4. Juffrie M, Soenarto SSY, Oswari H, Arief S, Rosalina I, Mulyani NS. Gastroenterologi-hepatologi. 1<sup>st</sup> ed. Jakarta: IDAI; 2010 .p. 32-40.
5. Boyle JT. Gastrointestinal bleeding in infants and children. Pediatrics in review 2008;29(2):39-51.
6. Neidich GA, Cole SR. Gastrointestinal bleeding. Pediatrics in review 2014;35(6):243-53.