

Colic Abdomen Dengan Keterlibatan Multisistemik: Laporan Kasus Pada Remaja Perempuan Dengan *Suspect* Gastritis, ISK, Dan Anemia Berat

Aditya Hartawan¹, Shinta Nareswari²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Nyeri perut pada anak dan remaja memerlukan evaluasi menyeluruh karena dapat berkaitan dengan gangguan gastrointestinal, genitourinaria, dan hematologis. Laporan kasus ini membahas seorang anak perempuan berusia 13 tahun 5 bulan yang mengalami nyeri perut kiri hilang timbul selama satu minggu, seperti ditusuk dan menjalar ke punggung, disertai demam, mual, muntah, diare, dan lemas. Pasien memiliki riwayat rawat inap satu bulan sebelumnya dengan diagnosis asites, suspek peritonitis tuberkulosis, dan anemia. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva dan mukosa pucat, takikardia, limfadenopati aurikular dan servikal superfisial yang mobile dan nyeri tekan, nyeri tekan epigastrium, serta hepatomegali. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan anemia berat dengan kadar hemoglobin 5,9 g/dL, indeks eritrosit normositik, trombositopenia dengan jumlah trombosit 31.000/ μ L, peningkatan laju endap darah, dan hipokalemia. Urinalisis menunjukkan mikrohemia tanpa leukosituria, nitrit, atau bakteri. CT scan abdomen memperlihatkan hepatomegali, gambaran sistitis, dan dugaan duodenitis tanpa asites. Diagnosis kerja meliputi kolik abdomen dengan suspek gastritis dan infeksi saluran kemih (ISK), hipokalemia, serta anemia berat disertai trombositopenia. Penatalaksanaan meliputi cairan intravena, antibiotik, antagonis reseptor H_2 , koreksi kalium, dan transfusi *packed red cells* (PRC). Evaluasi lanjutan diperlukan untuk menentukan etiologi anemia berat dan trombositopenia serta mengonfirmasi dugaan ISK, termasuk melalui kultur urin apabila dilakukan. Kasus ini menekankan pentingnya pendekatan diagnostik multisistemik pada remaja dengan nyeri perut dan gejala sistemik, terutama ketika ditemukan kelainan hematologis yang signifikan.

Kata Kunci: Anemia, colic abdomen, hipokalemia

Abdominal Colic With Multisystem Involvement: a Case Report In A Female Adolescent With Suspect Gastritis, Urinary Tract Infection, And Severe Anemia

Abstract

Abdominal pain in children and adolescents requires a thorough evaluation, as it may be associated with gastrointestinal, genitourinary, or hematological disorders. This case report discusses a 13-year-old, 5-month-old girl who presented with intermittent left-sided abdominal pain lasting one week; the pain was described as stabbing, radiating to the back, and accompanied by fever, nausea, vomiting, diarrhea, and weakness. The patient had a history of hospitalization one month prior, with a diagnosis of ascites, suspected tuberculous peritonitis, and anemia. Physical examination revealed pale conjunctivae and mucous membranes, tachycardia, mobile and tender superficial auricular and cervical lymphadenopathy, epigastric tenderness, and hepatomegaly. Laboratory findings showed severe anemia (hemoglobin 5.9 g/dL) with normocytic red blood cell indices, thrombocytopenia (platelet count 31,000/ μ L), an elevated erythrocyte sedimentation rate, and hypokalemia. Urinalysis indicated microhematuria, with no evidence of leukocyturia, nitrites, or bacteria. An abdominal CT scan revealed hepatomegaly, signs suggestive of cystitis, and suspected duodenitis, with no ascites. The working diagnosis included abdominal colic—with suspected gastritis and a urinary tract infection (UTI)—hypokalemia, and severe anemia accompanied by thrombocytopenia. Management consisted of intravenous fluids, antibiotics, H_2 -receptor antagonists, potassium correction, and a transfusion of packed red cells (PRC). Further evaluation is necessary to determine the etiology of the severe anemia and thrombocytopenia, and to confirm the suspected UTI—potentially through a urine culture. This case underscores the importance of a multisystemic diagnostic approach in adolescents presenting with abdominal pain and systemic symptoms, particularly when significant hematological abnormalities are identified.

Keywords: Abdominal colic, anemia, hypokalemia

Korespondensi: Aditya Hartawan, Jl. Kangguru No. 25, Kedaton, Kota Bandar Lampung, HP 082374853231, e-mail adityahartawan07@gmail.com

Pendahuluan

Nyeri perut merupakan keluhan yang sering dijumpai pada anak dan remaja. Etiologinya beragam, mulai dari gangguan

fungsional dan infeksi hingga kondisi yang memerlukan intervensi bedah segera. Nyeri yang bersifat hilang timbul atau terasa tajam dapat ditemukan pada berbagai kondisi

intraabdomen, tetapi karakteristik nyeri saja tidak cukup untuk menentukan mekanisme maupun lokasi sumber nyeri secara pasti. Oleh karena itu, evaluasi perlu mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik, gejala penyerta, dan pemeriksaan penunjang yang relevan. Pemeriksaan serial juga penting untuk memantau perubahan klinis dan mengenali tanda bahaya, seperti nyeri yang semakin berat, tanda iritasi peritoneum, instabilitas hemodinamik, atau muntah persisten, yang dapat mengindikasikan kondisi serius dan memerlukan penanganan segera.^{1,2}

Gastritis merupakan peradangan mukosa lambung yang pada anak dapat berkaitan dengan infeksi *Helicobacter pylori*, penggunaan obat-obatan tertentu, atau gangguan mekanisme pertahanan mukosa. Manifestasi klinisnya bervariasi dan tidak spesifik, meliputi nyeri epigastrium, mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Pada kondisi tertentu, gastritis dapat berkaitan dengan anemia, terutama apabila disertai perdarahan saluran cerna atau kondisi yang memengaruhi status zat besi. Infeksi *H. pylori* juga dilaporkan berhubungan dengan anemia defisiensi besi pada sebagian pasien, meskipun hubungan tersebut tidak selalu menunjukkan kausalitas langsung dan perlu dievaluasi berdasarkan temuan klinis serta laboratorium.^{3,4} Di sisi lain, infeksi saluran kemih (ISK) merupakan salah satu infeksi bakteri yang sering ditemukan pada anak dan lebih banyak terjadi pada perempuan. Pada anak usia sekolah dan remaja, ISK bawah atau sistitis dapat menimbulkan gejala berupa nyeri suprapubik, keluhan abdominal yang tidak spesifik, dan terkadang demam. Kebiasaan menahan berkemih dan asupan cairan yang tidak memadai juga dapat menjadi faktor yang perlu dievaluasi dalam anamnesis, meskipun kontribusinya terhadap risiko ISK perlu ditafsirkan sesuai bukti yang tersedia.^{1,5}

Nyeri perut pada anak dan remaja yang disertai kelainan sistemik, seperti anemia dan gangguan elektrolit, dapat menimbulkan tantangan dalam menentukan etiologi yang mendasari. Laporan kasus ini bertujuan untuk mendeskripsikan proses evaluasi diagnostik dan tata laksana pada seorang remaja perempuan dengan kolik abdomen yang diduga berkaitan dengan gastritis, disertai

dugaan infeksi saluran kemih (ISK), hipokalemia, dan anemia berat, serta riwayat dugaan peritonitis tuberkulosis. Pembahasan difokuskan pada tantangan diagnosis banding dan pentingnya evaluasi multisistem untuk mengidentifikasi kelainan penyerta serta menentukan kebutuhan pemeriksaan dan tindak lanjut yang sesuai.

Kasus

Seorang anak perempuan berusia 13 tahun 5 bulan dibawa ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, Provinsi Lampung, pada 28 Desember 2025 dengan keluhan utama nyeri perut kiri sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit (SMRS), yang memberat dalam 3 hari terakhir. Nyeri bersifat hilang timbul, terasa tajam seperti ditusuk, dan menjalar ke punggung. Intensitas nyeri, faktor pencetus dan pereda, serta hubungannya dengan makan, buang air besar (BAB), dan buang air kecil (BAK) belum terdokumentasi. Pasien juga mengalami demam selama 3 hari dengan pola naik turun, terutama pada malam hari, tanpa menggigil. Keluhan disertai mual dan muntah lebih dari 3 kali sehari, berisi makanan dan cairan kekuningan tanpa darah. Sehari sebelum masuk rumah sakit, pasien mengalami BAB cair bercampur ampas sebanyak sekitar 4 kali tanpa darah, disertai badan lemas. Frekuensi BAK meningkat tanpa nyeri atau rasa terbakar; urin berwarna kuning jernih dan tidak berbusa. Menurut ibu pasien, pasien sering menahan BAB dan BAK, kurang minum, serta tidak menyukai sayuran.

Pada 26 November 2025, pasien pernah dirawat di rumah sakit yang sama karena mual, muntah, tidak dapat buang angin selama 5 hari, demam hilang timbul, pembesaran perut, dan lemas. Saat itu, pasien didiagnosis mengalami asites, dugaan peritonitis tuberkulosis (TB), dan anemia, kemudian dipulangkan setelah kondisi membaik. Riwayat penyakit kuning disangkal. Nenek pasien memiliki riwayat batuk lama, sedangkan riwayat diabetes melitus, TB paru, dan HIV pada anggota keluarga lainnya disangkal.

Pasien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Pasien lahir pervaginam pada usia gestasi 37 minggu dengan berat lahir 2.100 g. Riwayat nutrisi meliputi pemberian ASI eksklusif selama 7 bulan, dilanjutkan makanan

pendamping ASI dan makanan keluarga. Imunisasi dasar dilaporkan lengkap dan tumbuh kembang sesuai usia. Berat lahir tersebut termasuk kategori berat badan lahir rendah, tetapi hubungan langsungnya dengan keluhan saat ini belum dapat ditentukan berdasarkan data yang tersedia.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran *compos mentis* dan skor Glasgow Coma Scale (GCS) 15. Tekanan darah tercatat 87/63 mmHg, frekuensi nadi 115 kali/menit, frekuensi napas 24 kali/menit, suhu 37,1 °C, dan saturasi oksigen 97% pada udara ruangan. Berat badan pasien 38 kg dan tinggi badan 155 cm. Berdasarkan data antropometri yang tersedia, status gizi dinilai baik. Konjungtiva tampak anemis bilateral dan bibir pucat, tanpa ikterus sklera.

Ditemukan pembesaran kelenjar getah bening (KGB) aurikular kanan dan servikal superfisial. KGB teraba licin, mudah digerakkan (*mobile*), dan nyeri tekan. Pemeriksaan toraks dan jantung dalam batas normal. Abdomen tampak cembung tanpa *darm contour* maupun *darm steifung*. Bising usus terdengar 11 kali/menit dan perkusi menunjukkan hipertimpani pada seluruh lapang abdomen. Nyeri ketok sudut kostovertebral (CVA) negatif. Nyeri tekan ditemukan pada regio epigastrium, iliaka kanan, dan hipokondrium kanan. Hati teraba 3 cm di bawah arkus kosta kanan dengan permukaan licin, sedangkan limpa tidak teraba. Turgor kulit kembali cepat. Ekstremitas teraba hangat, waktu pengisian kapiler (*capillary refill time*, CRT) kurang dari 2 detik, dan tidak ditemukan edema.

Pemeriksaan laboratorium pada 28 Desember 2025 menunjukkan anemia berat dengan hemoglobin 5,9 g/dL, indeks eritrosit dalam batas normal, trombositopenia dengan jumlah trombosit 31.000/ μ L, dan peningkatan laju endap darah (LED) hingga 149 mm/jam (Tabel 1). Pemeriksaan morfologi darah tepi menunjukkan anemia normokrom, anisopoikilositosis, trombositopenia, dan neutrofilia relatif. Pemeriksaan elektrolit menunjukkan hipokalemia (2,9 mmol/L), hipokalsemia ringan (8,2 mg/dL), dan kadar klorida 109 mmol/L. Kadar natrium, ureum, kreatinin, glukosa darah sewaktu, serta aktivitas SGOT dan SGPT dilaporkan dalam

batas normal. Pada 29 Desember 2025, kadar ureum sebesar 12 mg/dL dan kreatinin 0,76 mg/dL.

Pemeriksaan darah lengkap ulang pada 31 Desember 2025 menunjukkan peningkatan hemoglobin menjadi 9,2 g/dL dan hematokrit 26,8%, tetapi jumlah trombosit menurun menjadi 22.000/ μ L. LED tercatat 26 mm/jam. Hasil hitung jenis leukosit menunjukkan eosinofil 4,5%, neutrofil batang 0,3%, neutrofil segmen 56,8%, limfosit 32,4%, dan monosit 6,0%. Peningkatan hemoglobin perlu diinterpretasikan berdasarkan riwayat transfusi dan waktu pengambilan sampel, sedangkan penurunan jumlah trombosit memerlukan evaluasi lebih lanjut. Temuan anemia berat yang disertai trombositopenia, hepatomegali, dan limfadenopati tidak dapat dijelaskan hanya berdasarkan indeks eritrosit sehingga memerlukan penelusuran etiologi hematologis dan sistemik.

Tabel 1. Hasil Laboratorium

Parameter	28/12/25	31/12/25	Rujukan
Hb (g/dL)	5,9	9,2	11,8–15
Hct (%)	18,4	26,8	30–82
Eritrosit (juta/ μ L)	2,17	2,89	2,8–6,8
MCV (fL)	84,7	92,8	73–101
MCH (pg)	27	31,8	22–31
MCHC (g/dL)	32,1	34,3	32–36
Leukosit (/ μ L)	5.970	4.720	5.500–15.500
Trombosit (/ μ L)	31.000	22.000	229.000–553.000
LED (mm/jam)	149	26	0–20
GDS (mg/dL)	97	–	<140
Ureum (mg/dL)	15	–	15–36
Kreatinin (mg/dL)	0,69	–	<0,87
SGOT (U/L)	15	–	<29
SGPT (U/L)	7	–	<36
Natrium (mmol/L)	139	–	132–141
K (mmol/L)	2,9	–	3,5–4,6
Ca (mg/dL)	8,2	–	8,4–10,2
Cl (mmol/L)	109	–	97–107

Pemeriksaan penunjang untuk tuberkulosis (TB) pada perawatan sebelumnya, tanggal 27 November 2025, menunjukkan gambaran foto toraks anteroposterior (AP) berupa infiltrat parakardial kanan dan limfadenopati perihiler kanan yang dinilai mengarah pada TB paru primer. Namun, hasil tes cepat molekuler (TCM) pada feses, pemeriksaan Xpert MTB/RIF pada sputum, dan pemeriksaan *lateral flow urine lipoarabinomannan* (LF-LAM) seluruhnya negatif. Hasil tersebut belum cukup untuk mengonfirmasi TB, tetapi hasil negatif juga tidak sepenuhnya menyingkirkan penyakit ini, sehingga diperlukan korelasi dengan temuan klinis, riwayat kontak TB, dan hasil pemeriksaan lanjutan sesuai indikasi.

Urinalisis pada 2 Januari 2026 (Tabel 2) menunjukkan darah samar sebesar 50 Ery/ μ L dan eritrosit 5–8 per lapang pandang besar (lpb), tanpa leukosituria, nitrit, maupun bakteri. Temuan tersebut menunjukkan mikrohematuria, tetapi belum cukup untuk mengonfirmasi infeksi saluran kemih (ISK). Pada tanggal yang sama, pemeriksaan fungsi dan profil biokimia hati menunjukkan bilirubin total 0,2 mg/dL, bilirubin direk 0,1 mg/dL, bilirubin indirek 0,1 mg/dL, SGOT 17 U/L, dan SGPT 7 U/L, yang dilaporkan dalam batas normal.

Tabel 2. Hasil Urinalisis

Parameter	Hasil	Rujukan
Warna / kejernihan	Kuning / jernih	Kuning / jernih
Berat jenis	1.005	1.003–1.030
pH	7,0	4,6–8,5
Leukosit esterase	Negatif	Negatif
Nitrit	Negatif	Negatif
Protein	Negatif	Negatif
Glukosa / keton	Normal / negatif	Negatif
Urobilinogen / bilirubin	Normal / negatif	Negatif
Darah samar	50 Ery/μL	Negatif (<10)
Leukosit sedimen (/lpb)	1–2	1–4
Eritrosit sedimen (/lpb)	5–8	Negatif
Epitel (/lpb)	3–5	5–15
Silinder / kristal / bakteri	Negatif	Negatif

Pemeriksaan tomografi komputer (CT) abdomen tanpa kontras pada 2 Januari 2026 (Gambar 1) menunjukkan hepatomegali, gambaran yang mengarah pada sistitis, dan dugaan duodenitis, tanpa ditemukan asites. Namun, pemeriksaan CT tanpa kontras memiliki keterbatasan dalam menentukan etiologi kelainan tersebut. Gambaran sistitis perlu dikorelasikan dengan gejala klinis, hasil urinalisis, dan kultur urin apabila dilakukan. Pada pasien ini, urinalisis menunjukkan mikrohematuria tanpa leukosituria, nitrit, maupun bakteri, sehingga diagnosis infeksi saluran kemih belum dapat dipastikan berdasarkan temuan tersebut. Demikian pula, dugaan duodenitis perlu diinterpretasikan bersama gejala gastrointestinal dan hasil evaluasi klinis lebih lanjut; pemeriksaan gastroenterologi dapat dipertimbangkan sesuai indikasi. Pemeriksaan ekokardiografi menunjukkan hasil dalam batas normal.



Gambar 1. CT Scan Abdomen tanpa kontras (potongan aksial)

Diagnosis kerja pasien meliputi kolik abdomen dengan dugaan gastritis, dugaan infeksi saluran kemih (ISK) berupa sistitis, hipokalemia, anemia berat, dan trombositopenia. Status gizi dinilai baik dan imunisasi dasar dilaporkan lengkap. Diagnosis banding meliputi kolik abdomen dengan dugaan duodenitis, anemia hemolitik, anemia aplastik, serta tuberkulosis (TB) paru klinis.

Terapi farmakologis selama perawatan meliputi cairan intravena Ringer laktat dengan kecepatan pemberian 20 tetes/menit, antibiotik, antagonis reseptor H_2 , parasetamol, koreksi kalium, dan transfusi *packed red cells* (PRC). Pada terapi awal tercatat pemberian amoksisilin–asam klavulanat intravena dengan dosis tertulis 625 mg setiap 8 jam dan ranitidin intravena 50 mg setiap 12 jam, yang masing-masing direncanakan selama 10 hari.

Parasetamol oral diberikan dengan dosis 500 mg hingga 3 kali sehari bila diperlukan. Koreksi hipokalemia dilakukan menggunakan kalium klorida (KCl) oral 20 mEq sebanyak 2 kali sehari selama 1 hari.

Setelah masuk rawat inap, terapi antibiotik dilanjutkan dengan seftriakson intravena 1 g setiap 12 jam, mulai 29 Desember 2025 hingga 3 Januari 2026. Transfusi PRC diberikan dengan volume tercatat 2 × 200 mL dan dilaporkan selesai pada 1 Januari 2026. Dosis, rute, interval, durasi, serta kronologi pemberian obat dan transfusi perlu diverifikasi berdasarkan rekam medis, khususnya terkait regimen amoksisilin–asam klavulanat intravena dan kesesuaian waktu pemeriksaan hemoglobin pascatransfusi.

Intervensi nonfarmakologis berupa edukasi kepada orang tua mengenai kebersihan area genital setelah BAK, menjaga pakaian dalam tetap kering, menghindari kebiasaan menahan BAB dan BAK, serta menghindari makanan yang memicu keluhan gastrointestinal. Pemeriksaan lanjutan yang direncanakan meliputi elektrokardiografi (EKG), pemeriksaan ulang kadar kalium 24 jam setelah pemberian KCl, *urea breath test*, kultur urin, dan pembahasan melalui tim multidisiplin (*multidisciplinary team*, MDT).

Selama perawatan, nyeri perut dilaporkan berkurang pada 31 Desember 2025 dan menghilang pada 2 Januari 2026. Keluhan mual dan muntah juga membaik. Pemeriksaan darah lengkap pada 31 Desember 2025 menunjukkan peningkatan hemoglobin dari 5,9 menjadi 9,2 g/dL, sedangkan jumlah trombosit menurun dari 31.000 menjadi 22.000/μL. Perubahan tersebut menunjukkan respons hematologis yang berbeda dan memerlukan interpretasi terpisah. Waktu pengambilan sampel terhadap pemberian transfusi serta evaluasi penyebab trombositopenia perlu dikonfirmasi.

Pasien baru mengalami BAB pertama setelah masuk rumah sakit pada 2 Januari 2026. Mengingat riwayat tidak dapat buang angin selama 5 hari pada perawatan sebelumnya serta temuan abdomen cembung dan hipertimpani, perjalanan keluhan gastrointestinal perlu dinilai bersama hasil pencitraan, pemeriksaan abdomen serial, dan dokumentasi kemampuan flatus. Hasil evaluasi

terhadap kemungkinan ileus atau obstruksi serta pertimbangan konsultasi bedah perlu dicantumkan apabila tersedia dalam rekam medis.

Pada 3 Januari 2026, pasien direncanakan menjalani rawat jalan dengan resep cefixime 200 mg oral setiap 12 jam, parasetamol 500 mg oral hingga 3 kali sehari, vitamin B kompleks sekali sehari, dan asam folat. Dosis asam folat tidak tercantum dalam data yang tersedia. Sebelum pemulangan, status klinis, hasil evaluasi elektrolit, tindak lanjut anemia berat dan trombositopenia, serta rencana evaluasi dugaan TB perlu dijelaskan berdasarkan dokumentasi aktual.

Prognosis yang tercatat adalah *quo ad vitam dubia ad bonam*, *quo ad sanationam dubia ad bonam*, dan *quo ad functionam dubia*. Penetapan prognosis akhir perlu mempertimbangkan kondisi pasien saat pulang, penyebab sitopenia yang belum terkonfirmasi, serta rencana pemantauan dan tindak lanjut.

Pembahasan

Nyeri perut pada pasien bersifat hilang timbul, terasa tajam, menjalar ke punggung, dan disertai mual serta muntah. Nyeri tekan ditemukan pada regio epigastrium, iliaka kanan, dan hipokondrium kanan. Temuan tersebut dapat dijumpai pada berbagai gangguan gastrointestinal, tetapi belum cukup untuk memastikan gastritis sebagai penyebab utama. Pemeriksaan abdomen tidak menunjukkan nyeri lepas maupun defans muskular, sehingga tidak ditemukan tanda iritasi peritoneum pada pemeriksaan yang terdokumentasi. Namun, ketiadaan tanda tersebut tidak menyingkirkan seluruh kemungkinan kegawatdaruratan bedah. Riwayat tidak dapat buang angin selama lima hari pada perawatan sebelumnya, disertai abdomen cembung dan hipertimpani pada pemeriksaan saat ini, perlu mendapat perhatian dalam evaluasi kemungkinan ileus atau obstruksi. Oleh karena itu, interpretasi klinis perlu mempertimbangkan pemeriksaan abdomen serial, perubahan pola nyeri, distensi, kemampuan mengeluarkan flatus, serta hasil pencitraan.^{1,6}

Gastritis dan duodenitis merupakan diagnosis banding yang relevan mengingat

adanya nyeri epigastrium, mual, dan muntah. Namun, gejala tersebut bersifat tidak spesifik dan dapat ditemukan pada berbagai gangguan gastrointestinal. Pemeriksaan tomografi komputer (CT) abdomen tanpa kontras menunjukkan gambaran yang mengarah pada duodenitis, tetapi temuan ini belum memastikan etiologi keluhan. Diagnosis gastritis juga belum dapat ditegakkan hanya berdasarkan gejala klinis tanpa evaluasi lebih lanjut sesuai indikasi. Infeksi *Helicobacter pylori* merupakan salah satu faktor yang dapat berkaitan dengan penyakit lambung, tetapi pemeriksaan dan tata laksananya pada anak perlu mengikuti pedoman pediatrik. Pemeriksaan *urea breath test* tidak secara otomatis diperlukan pada setiap anak dengan dugaan gastritis; indikasinya perlu dipertimbangkan berdasarkan gambaran klinis dan tujuan pemeriksaan.^{3,4}

Keluhan peningkatan frekuensi berkemih dan kebiasaan menahan BAK menimbulkan kecurigaan terhadap keterlibatan saluran kemih. Akan tetapi, urinalisis menunjukkan mikrohemia tanpa leukosituria, nitrit, maupun bakteri, sedangkan CT abdomen tanpa kontras memberikan gambaran yang mengarah pada sistitis. Kombinasi temuan tersebut belum cukup untuk memastikan ISK karena mikrohemia bersifat tidak spesifik dan gambaran radiologis tidak selalu membuktikan infeksi aktif. Kultur urin diperlukan untuk membantu mengklarifikasi diagnosis, idealnya menggunakan sampel yang dikumpulkan dengan metode yang sesuai dan sebelum pemberian antibiotik apabila kondisi klinis memungkinkan. Karena pasien telah menerima antibiotik, waktu pengambilan sampel juga perlu diperhatikan dalam interpretasi hasil kultur.⁵

Demam selama tiga hari sebelum masuk rumah sakit, meskipun suhu tubuh normal ketika diperiksa, tetap merupakan bagian penting dari evaluasi klinis. Suhu normal pada satu waktu pemeriksaan tidak menyingkirkan riwayat demam atau proses infeksi. Namun, demam tidak dapat secara spesifik dikaitkan dengan sistitis tanpa bukti pendukung yang memadai. Diagnosis banding perlu mempertimbangkan sumber infeksi lain, termasuk infeksi gastrointestinal dan TB,

dengan memperhatikan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan penunjang.^{7,8}

Pasien mengalami anemia berat dengan hemoglobin 5,9 g/dL, indeks eritrosit dalam batas normal, dan gambaran morfologi darah tepi berupa anemia normokrom disertai anisopoikilositosis. Temuan ini menunjukkan anemia dengan karakteristik morfologis normokrom, tetapi tidak menentukan etiologinya. Konjungtiva anemis, bibir pucat, lemas, dan takikardia dapat berkaitan dengan penurunan kapasitas pengangkutan oksigen akibat anemia. Tekanan darah 87/63 mmHg dan frekuensi nadi 115 kali/menit juga memerlukan interpretasi bersama status hidrasi, perfusi, serta pengukuran tanda vital serial untuk menilai kemungkinan kontribusi anemia dan kehilangan cairan.

LED sebesar 149 mm/jam menunjukkan peningkatan penanda inflamasi yang signifikan, tetapi bersifat nonspesifik dan dapat dipengaruhi oleh anemia. Oleh sebab itu, hasil tersebut tidak dapat digunakan secara terpisah untuk menetapkan inflamasi kronik sebagai penyebab anemia. Infeksi, inflamasi sistemik, gangguan produksi sel darah, hemolisis, dan penyebab hematologis lainnya masih perlu dipertimbangkan.^{3,8,11,12}

Anemia berat yang disertai trombositopenia, dengan jumlah trombosit awal 31.000/ μ L dan penurunan menjadi 22.000/ μ L pada pemeriksaan ulang, merupakan temuan penting yang memerlukan evaluasi tersendiri. Anemia hemolitik dan gangguan sumsum tulang, termasuk anemia aplastik, merupakan bagian dari diagnosis banding, tetapi belum dapat dipastikan berdasarkan indeks eritrosit dan pemeriksaan morfologi yang tersedia. Evaluasi lanjutan dapat mencakup hitung retikulosit, penelaahan apusan darah tepi, bilirubin indirek, LDH, haptoglobin, serta pemeriksaan lain sesuai temuan klinis. Apabila sitopenia menetap atau penyebabnya belum teridentifikasi, konsultasi hematologi perlu dipertimbangkan.^{11,12}

Hepatomegali ditemukan tanpa ikterus dan tanpa peningkatan SGOT maupun SGPT pada pemeriksaan yang tersedia. Temuan tersebut tidak dengan sendirinya membuktikan gangguan fungsi hati, tetapi juga tidak cukup untuk memastikan bahwa

pembesaran hati merupakan manifestasi sekunder proses inflamasi atau hematologis. Diagnosis banding perlu mempertimbangkan infeksi sistemik, penyakit hematologis, dan penyebab hepatomegali lainnya berdasarkan evaluasi klinis serta pemeriksaan lanjutan. Pembesaran KGB aurikular dan servikal yang mudah digerakkan dan nyeri tekan dapat ditemukan pada limfadenopati reaktif, tetapi karakteristik tersebut tidak sepenuhnya menyingkirkan penyebab lain, terutama bila disertai hepatomegali dan sitopenia.

Riwayat asites dan dugaan peritonitis TB pada perawatan sebelumnya, gambaran foto toraks yang mengarah pada TB paru primer, serta riwayat nenek dengan batuk lama meningkatkan relevansi TB sebagai diagnosis banding. Meskipun pemeriksaan tes cepat molekuler pada feses dan sputum serta pemeriksaan LAM dilaporkan negatif, hasil tersebut tidak sepenuhnya menyingkirkan TB pada anak. Namun, riwayat batuk lama pada anggota keluarga belum membuktikan adanya kontak erat dengan pasien TB terkonfirmasi. Penilaian lebih lanjut perlu mempertimbangkan riwayat kontak yang lebih terperinci, gejala klinis, hasil radiologi, pemeriksaan yang telah dilakukan, dan keputusan tim multidisiplin (MDT) mengenai kebutuhan evaluasi atau terapi lanjutan.

Hipokalemia dengan kadar kalium 2,9 mmol/L dapat berkaitan dengan penurunan asupan oral serta kehilangan kalium melalui muntah dan diare. Kondisi ini dapat berkontribusi terhadap kelemahan dan meningkatkan risiko gangguan irama jantung, terutama bila terdapat faktor risiko tambahan. Pasien mendapat KCl oral 20 mEq per dosis sebanyak dua kali sehari selama satu hari. Pada berat badan 38 kg, dosis tersebut setara dengan sekitar 0,53 mEq/kg per dosis dan total 40 mEq per hari. Kesesuaian regimen perlu dinilai berdasarkan kondisi klinis, toleransi oral, fungsi ginjal, protokol setempat, dan hasil pemantauan. Pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) serta pengukuran ulang kadar kalium perlu dilaporkan berdasarkan hasil aktual, bukan hanya sebagai pemeriksaan yang direncanakan.¹⁵

Tata laksana keluhan gastrointestinal perlu disesuaikan dengan diagnosis yang paling mungkin dan respons klinis. Pasien menerima

ranitidin intravena, tetapi indikasi, durasi, dan kesesuaian obat tersebut dengan kebijakan formularium setempat perlu diverifikasi. Dugaan infeksi *H. pylori* tidak dapat dianggap terkonfirmasi hanya berdasarkan gejala, dan terapi eradikasi tidak seharusnya diberikan tanpa dasar diagnostik yang memadai.^{3,4,16}

Antibiotik diberikan dengan amoksisilin–asam klavulanat pada terapi awal, kemudian dilanjutkan dengan seftriakson selama rawat inap, serta cefixime sebagai obat pulang. Pemilihan antibiotik empiris perlu mempertimbangkan derajat sakit, dugaan sumber infeksi, pola resistensi lokal, riwayat antibiotik, dan hasil kultur apabila tersedia. Pada kasus ini, urinalisis belum memberikan bukti kuat untuk memastikan ISK sehingga indikasi dan durasi terapi antibiotik perlu dijelaskan berdasarkan pertimbangan klinis dokter yang merawat. Dosis amoksisilin–asam klavulanat intravena juga perlu diverifikasi berdasarkan sediaan yang digunakan, berat badan pasien, dan dokumentasi pemberian obat.⁵

Transfusi PRC diberikan pada pasien dengan hemoglobin 5,9 g/dL. Volume transfusi yang tercatat adalah 2 × 200 mL, setara dengan sekitar 10,5 mL/kg pada berat badan 38 kg. Hemoglobin meningkat menjadi 9,2 g/dL pada pemeriksaan berikutnya, tetapi waktu pengambilan sampel dan hubungannya dengan jumlah transfusi yang benar-benar telah diberikan perlu dikonfirmasi. Interpretasi respons transfusi sebaiknya mempertimbangkan kondisi klinis, kehilangan darah, status cairan, serta pemeriksaan hemoglobin setelah transfusi.¹⁷

Jumlah trombosit yang menurun hingga 22.000/μL juga memerlukan pemantauan dan penelusuran penyebab. Keputusan untuk memberikan atau tidak memberikan transfusi trombosit tidak dapat didasarkan pada ambang angka semata, tetapi perlu mempertimbangkan adanya perdarahan, kemungkinan prosedur invasif, penyebab trombositopenia, dan kondisi klinis secara keseluruhan. Oleh karena itu, alasan tidak dilakukannya transfusi trombosit perlu dinyatakan berdasarkan dokumentasi klinis, disertai rencana pemeriksaan ulang dan tindak lanjut hematologi.¹⁷

Simpulan

Nyeri abdomen pada pasien ini ditangani dengan diagnosis kerja berupa dugaan gastritis atau duodenitis, disertai kemungkinan infeksi saluran kemih (ISK) bawah. Kondisi tersebut ditemukan bersamaan dengan anemia berat, trombositopenia, hipokalemia, hepatomegali, dan limfadenopati. Perbaikan klinis terjadi selama perawatan multimodal, tetapi belum dapat memastikan etiologi maupun efektivitas masing-masing intervensi. Evaluasi lanjutan diperlukan untuk menentukan penyebab nyeri abdomen dan sitopenia serta menindaklanjuti kemungkinan tuberkulosis. Pemeriksaan penunjang yang belum tersedia dan durasi pengamatan yang terbatas menjadi kendala dalam penegakan diagnosis definitif.

Daftar Pustaka

1. De Jong W, Sastroasmoro S, Sjamsuhidajat R, et al. Buku ajar ilmu bedah. Edisi ke-4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2017.
2. Neuman MI. Clinical evaluation of abdominal pain in children and adolescents. UpToDate; 2024. Available from: <https://www.uptodate.cn/contents/chronic-abdominal-pain-in-children-and-adolescents-approach-to-the-evaluation>
3. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. Nelson textbook of pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
4. Talley NJ, Ford AC. Functional dyspepsia. N Engl J Med. 2015;373(19):1853-63.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman nasional pelayanan klinis tata laksana infeksi saluran kemih. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2025.
6. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. J Emerg Med. 2019;56(6):625-38.
7. Ismoedijanto. Demam pada anak. Sari Pediatri. 2000;2(2):103-8.
8. American Academy of Family Physicians. Evaluation of anemia in children. Am Fam Physician. 2016;93(4):270-8.
9. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Camaschella C. Iron deficiency anemia. Am Fam Physician. 2015;91(2):98-104.
11. Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease. N Engl J Med. 2005;352(10):1011-23.
12. Nemeth E, Ganz T. Anemia of inflammation. Hematol Oncol Clin North Am. 2014;28(4):671-81.
13. Sharma H, Sharma S, Krishnan A, Yuan D, Vangaveti VN, Malabu UH, et al. The efficacy of inflammatory markers in diagnosing infected diabetic foot ulcers and diabetic foot osteomyelitis: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022;17(4):e0267412.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphadenopathy: clinical overview. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513250/>
15. Daly K, Farrington E, Johnson J. Hypokalemia and hyperkalemia in infants and children: pathophysiology and treatment. J Pediatr Health Care. 2013;27(6):486-96.
16. Gold BD, Colletti RB, Abbott M, Czinn SJ, Elitsur Y, Hassall E, et al. Helicobacter pylori infection in children: recommendations for diagnosis and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000;31(5):490-7.
17. Wahidiat PA, Adnani NB. Transfusi rasional pada anak. Sari Pediatri. 2016;18(4):325-31.