

[Case Report]

ANEMIA AKUT AKIBAT PERDARAHAN SALURAN CERN BAGIAN ATAS PADA PASIEN USIA 74 TAHUN

Acute Anemia Due to Upper Gastrointestinal Bleeding in a 74-Year-Old Patient

Salwa Salsabiela¹, YM Agung Prihatiyanto²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Penyakit Dalam RSUD Kartini Karanganyar, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi: Salwa Salsabiela. Alamat email: j510245125@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Anemia akut adalah penurunan kadar hemoglobin yang terjadi cepat dan sering berkaitan dengan perdarahan masif, dengan perdarahan saluran cerna bagian atas (UGIB) sebagai salah satu penyebab penting pada usia lanjut. UGIB diperkirakan terjadi sekitar 50–150 kasus per 100.000 orang per tahun dengan mortalitas 5–10%, dan di Indonesia perdarahan varises terkait sirosis dilaporkan sebagai penyebab tersering. Laporan ini bertujuan menggambarkan perjalanan klinis dan tatalaksana suportif anemia akut akibat UGIB pada pasien geriatri. Metode: laporan kasus berbasis rekam medis yang mencakup anamnesis di IGD, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium/penunjang yang tersedia, catatan terapi, serta follow up harian selama perawatan. Pasien laki-laki 74 tahun datang dengan hematemesis dan melena disertai lemas serta nyeri epigastrium. Hemoglobin turun dari 10,4 g/dL menjadi 6,4 g/dL meskipun perdarahan klinis tidak berulang. Pasien mendapat resusitasi cairan, antiemetik, inhibitor pompa proton intravena, agen antifibrinolitik, serta transfusi PRC total 3 kolf hingga hemoglobin meningkat menjadi 10,3 g/dL. Pada tindak lanjut, keluhan membaik tanpa rebleeding; konstipasi ditangani secara suportif. Simpulan: pemantauan serial hemoglobin tetap penting pada UGIB, dan keputusan transfusi perlu dipandu derajat anemia serta kondisi klinis untuk mencegah komplikasi pada lansia.

Kata Kunci: Perdarahan Saluran Cerna Bagian Atas, Anemia, Hematemesis, Melena

ABSTRACT

Acute anemia is a rapid decline in hemoglobin and is frequently associated with major bleeding, with upper gastrointestinal bleeding (UGIB) being an important cause in older adults. UGIB is estimated at 50–150 cases per 100,000 persons annually with 5–10% mortality; in Indonesia, cirrhosis-related variceal bleeding is reported as the most common etiology. This case report aims to describe the clinical course and supportive management of acute anemia due to UGIB in a geriatric patient. Methods: a medical record-based case report using emergency-department history taking, physical examination findings, available laboratory/imaging results, treatment notes, and daily inpatient follow-up. A 74-year-old man presented with hematemesis and melena accompanied by weakness and epigastric pain. Hemoglobin decreased from 10.4 g/dL to 6.4 g/dL during hospitalization despite no recurrent overt bleeding. Management included fluid resuscitation, antiemetics, intravenous proton pump inhibitor therapy, an antifibrinolytic agent, and packed red cell (PRC) transfusion totaling 3 units, with hemoglobin improving to 10.3 g/dL. Symptoms improved without rebleeding; constipation was managed supportively. Conclusion: serial hemoglobin monitoring remains essential in UGIB, and transfusion decisions should be guided by anemia severity and clinical status to prevent complications in elderly patients.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding; Anemia; Hematemesis; Melena

PENDAHULUAN

Anemia akut merupakan kondisi medis serius yang ditandai oleh penurunan kadar hemoglobin atau sel darah merah dalam waktu singkat yang sering kali disebabkan oleh perdarahan masif (Killeen *et al.*, 2025). Salah satu penyebab utama anemia akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas (*upper gastrointestinal bleeding/UGIB*), yaitu perdarahan yang berasal dari saluran cerna bagian atas mulai dari esofagus, lambung, atau duodenum proksimal, yang terletak di atas ligamen Treitz, yang dapat menimbulkan manifestasi klinis seperti hematemesis dan melena (Irwandi & Harahap, 2022). Kondisi ini berisiko tinggi dan sering dijumpai sebagai keadaan gawat darurat di layanan kesehatan, terutama pada populasi usia lanjut, dengan angka mortalitas yang signifikan bila tidak ditangani secara cepat dan tepat.

Perdarahan saluran cerna bagian atas atau UGIB terjadi pada $\pm$ 50–150 kasus per 100.000 orang per tahun. Angka kematian yang disebabkan oleh UGIB yang parah tidak berubah sejak tahun 1970-an mencapai 5% sampai 10% (Cahyo & Prasetyawati, 2022). Penyebab UGIB

dapat dikategorikan berdasarkan faktor anatomi dan patofisiologi meliputi ulseratif, vaskular, traumatik, iatrogenik, tumor, dan hipertensi portal. Penyebab terbanyak di Indonesia adalah perdarahan varises karena sirosis hati (65%), sedangkan di negara Eropa dan Amerika adalah perdarahan non-varises karena ulkus peptikum (60%) (Kemenkes RI, 2023).

Diagnosis UGIB ditegakkan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, *nasogastric tube (NGT)*, serta konfirmasi dengan endoskopi saluran cerna atas yang menjadi pemeriksaan *gold standard*. Endoskopi berperan penting tidak hanya dalam identifikasi sumber perdarahan, tetapi juga sebagai terapi definitif, seperti ligasi varises atau injeksi hemostatik pada ulkus berdarah. Penatalaksanaan awal UGIB menekankan pada stabilisasi hemodinamik melalui resusitasi cairan, transfusi darah bila diperlukan, serta pemberian terapi farmakologis sesuai etiologi.

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan klinis tentang karakteristik dan penanganan anemia akut pada pasien lansia yang mengalami perdarahan saluran cerna bagian

atas, serta mengidentifikasi aspek-aspek yang mempengaruhi penatalaksanaan dan prognosisnya. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan pendekatan komprehensif dalam penatalaksanaan pasien lansia dengan anemia akut akibat UGIB.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien laki-laki bernama Bp. WN berusia 74 tahun datang ke RSUD Karanganyar pada hari Jumat, 23 Mei 2025 dengan keluhan muntah darah. Muntah darah dialami sebanyak 3x sebelum masuk rumah sakit dan darah yang keluar berwarna merah kehitaman. Muntah darah yang dialami semakin banyak dan tidak membaik. Keluhan lain didapatkan mual, sesak, badan terasa lemas, dan keringat dingin. Pasien juga mengeluhkan BAB hari itu berwarna hitam. Pasien mengatakan bahwa sebelumnya memiliki riwayat penyakit maag. Riwayat penyakit hipertensi, asma, diabetes, hepatitis, dan riwayat alergi disangkal oleh pasien.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan umum sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 104/59 mmHg, nadi

48x/menit, suhu 36.5°C, frekuensi napas 20x/menit, dan saturasi oksigen (SpO₂) 99%. Pemeriksaan kepala tampak normal, dan pada leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening. Inspeksi toraks menunjukkan bentuk dada normal dengan pengembangan dada kanan dan kiri yang simetris. Pada palpasi didapatkan fremitus kanan dan kiri sama, hasil perkusi menunjukkan suara sonor, dan auskultasi paru-paru terdengar suara vesikuler di kedua sisi. Pemeriksaan jantung menunjukkan terdapat pelebaran batas jantung yang menandakan adanya kardiomegali, sedangkan bunyi S1 dan S2 teratur tanpa suara tambahan. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan nyeri tekan di regio epigastrik tanpa adanya pembesaran organ. Pemeriksaan ekstremitas tidak menunjukkan adanya edema atau pembengkakan. Pemeriksaan penunjang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada tanggal 23 Mei 2025 didapatkan:

Tabel 1. Hasil Laboratorium 23 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	10.4 (L)	13.2-17.3
Hematokrit	32.2 (L)	40-52
Leukosit	10.08	3.8-10.6
Eritrosit	3.32 (L)	4.4-5.9
Trombosit	172	150-440
MCH	31.3	26-34
MCV	97.0	80-100
MCHC	32.3	32-36
RDW-SD	42.9	

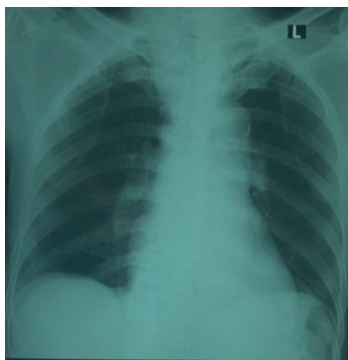
RDW-CV	12.0	11.5-14.5
PDW	14.5	9.0-17.0
MPV	11.5	6.8-10.0
P-LCR	37.3	10-30

Hitung Jenis

ALC	2.69 (H)	<1.5
Neutrofil%	66.7	50.0-70.0
Limfosit%	26.7	25.0-40.0
Monosit%	5.6	2.0-8.0
Eosinofil%	0.9 (L)	2-4
Basofil%	0.1	0.0-1.0
NLR	2.49	<3.13

Kimia Klinik

SGOT	31	0-50
SGPT	13	0-50
Ureum	75 (H)	10-50
Kreatinin	1.42 (H)	0.6-1.2
GDS	123	70-150



Gambar 1. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien memutuskan untuk menjalani rawat inap pada tanggal 23 Mei 2025 dengan diagnosis anemia, hematemesis, dan melena. Pasien kemudian diberikan terapi berupa infus ringer laktat 20 tpm, injeksi ondansetron tiap 8 jam, injeksi omeprazole tiap 12 jam, dan injeksi asam traneksamat 500 mg tiap 8 jam.

Follow up pasien dilakukan, pada tanggal 26 Mei 2025 keluhan pasien masih dirasakan,

pasien masih merasa lemas, nyeri ulu hati, dan sulit tidur. Namun keluhan sesak dan mual berkurang, muntah darah dan BAB hitam juga tidak dialami kembali. Sehingga pasien diberi tambahan obat alprazolam 0.5mg 1x1 dan cek darah rutin kembali.

Tabel 2. Hasil Laboratorium 27 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	6.4 (L)	13.2-17.3
Hematokrit	20.3 (K)	40-52
Leukosit	7.15	3.8-10.6
Eritrosit	2.06 (L)	4.4-5.9
Trombosit	162	150-440
MCH	31.1	26-34
MCV	98.5	80-100
MCHC	31.5	32-36
RDW-SD	44.4	
RDW-CV	12.5	11.5-14.5
Hitung Jenis		
ALC	2.19 (H)	<1.5
Neutrofil%	60.1	50.0-70.0
Limfosit%	30.6	25.0-40.0
Monosit%	7.7	2.0-8.0
Eosinofil%	1.5 (L)	2-4
Basofil%	0.1	0.0-1.0
NLR	1.96	<3.13

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pasien diberikan transfusi PRC 2 kolf dan 1 kolf pada hari berikutnya. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan perbaikan Hb menjadi 9,2 g/dL dan Hct 30% setelah pemberian 2 kolf PRC. Setelah pemberian tambahan 1 kolf kembali Hb menjadi 10,3 g/dL dan Hct 30,6%. Pada 31 Mei 2025, keluhan utama pasien berupa konstipasi, sementara keluhan lemas, sesak, dan

mual semakin berkurang dan tidak ada perdarahan saluran cerna berulang. Terapi suportif dilanjutkan, ditambahkan fleet enema untuk mengatasi konstipasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada kasus ini, kombinasi hematemesis-melena, nyeri epigastrium, serta kebutuhan terapi suportif dan transfusi mendukung bahwa sumber anemia akut paling mungkin berkaitan dengan UGIB, meskipun etiologi definitif idealnya dikonfirmasi dengan endoskopi (Laine *et al.*, 2021).

Perdarahan saluran cerna bagian atas (UGIB) secara definisi merupakan perdarahan yang berasal dari esofagus, lambung, atau duodenum, dan manifestasi klinis utamanya meliputi hematemesis serta melena. Hematemesis adalah muntah darah segar atau “*coffee-ground*” (darah yang telah tercerna sebagian) yang secara khas menunjukkan perdarahan dari saluran cerna bagian atas (esofagus, lambung, atau duodenum) (Morris & Hollingworth, 2024). Melena adalah buang air besar (BAB) dengan warna hitam dan bau menyengat, seperti aspal atau kopi. Warna hitam ini terjadi karena ada darah yang masuk ke

saluran pencernaan dan tercerna oleh asam lambung serta enzim pencernaan (Wiranata, 2020; Lumley & Peter, 2021).

Keluhan awal pasien pada kasus ini berupa hematemesis disertai melena dan nyeri epigastrium. Secara patofisiologi, perdarahan terjadi ketika mukosa dan pembuluh darah di saluran cerna atas terganggu (misalnya akibat lesi ulseratif, erosi, atau ruptur varises), sehingga darah masuk ke lumen lambung atau duodenum. Darah yang terkumpul di lambung dapat dimuntahkan sebagai hematemesis, baik berupa darah segar maupun “*coffee-ground*” ketika hemoglobin mengalami denaturasi oleh asam lambung dan proses pencernaan. Sementara itu, bila darah mengalir melewati usus dan mengalami pencernaan lebih lanjut, terbentuk pigmen hematin yang menyebabkan feses berwarna hitam pekat dan berbau khas (melena) (Antunes *et al.*, 2024; Laine *et al.*, 2021).

Keluhan nyeri ulu hati yang ditemukan pada pasien ini dapat dijelaskan oleh iritasi/inflamasi mukosa gastroduodenal serta paparan asam-pepsin pada area lesi. Pada dugaan etiologi non-varises seperti ulkus peptikum atau gastritis erosif, ketidakseimbangan antara faktor

agresif (asam, pepsin, obat seperti NSAID) dan faktor defensif mukosa (mukus-bikarbonat, aliran darah mukosa, prostaglandin) dapat memicu erosi/ulkus yang kemudian membuka pembuluh darah dan menimbulkan perdarahan (Laine *et al.*, 2021).

Gejala sistemik pasien yang lain berupa lemas, sesak, keringat dingin, dan penurunan parameter hematologi mencerminkan adanya respon fisiologis kehilangan darah. Kehilangan volume intravaskular mengaktifkan respons simpatis dan mekanisme kompensasi (takikardi atau vasokonstriksi), sedangkan berkurangnya massa eritrosit menurunkan kapasitas angkut oksigen sehingga muncul gejala kelemahan dan dispnea, terutama pada lansia yang cadangan kardiopulmonernya lebih terbatas. Namun, pada perdarahan akut kadar hemoglobin awal dapat belum mencerminkan derajat kehilangan darah secara penuh karena sel darah merah dan plasma hilang bersamaan; penurunan Hb/Ht sering tampak lebih jelas setelah terjadi pergeseran cairan dari interstisial ke intravaskuler atau setelah resusitasi cairan (efek hemodilusi) (Rodrigues *et al.*, 2020). Hal ini sesuai pada kasus ini yaitu Hb awal 10,4 g/dL kemudian turun tajam

menjadi 6,4 g/dL pada 27 Mei 2025 meskipun gejala hematemesis dan melena tidak berulang. Mekanisme ini menegaskan pentingnya pemantauan serial Hb pada UGIB, bukan hanya mengandalkan gejala klinis (Killeen *et al.*, 2024).

Pada tahap awal penanganan UGIB, fokus utama adalah menstabilkan kondisi hemodinamik pasien untuk mencegah komplikasi seperti hipoperfusi organ, sebelum lanjut ke pengobatan definitif. Di kasus ini, pasien segera diberi resusitasi cairan kristaloid berupa ringer laktat 20 tetes per menit, serta dukungan antiemetik dan PPI (omeprazole), yang selaras dengan pedoman terkini yang prioritaskan stabilisasi, stratifikasi risiko perdarahan, dan endoskopi setelah stabil (Laine *et al.*, 2021).

Transfusi PRC 2 kolf diberikan pada pasien setelah terjadi penurunan Hb dari 10,4 g/dL ke 6,4 g/dL pada 27 Mei 2025, dilanjut 1 unit hari berikutnya. Pada perdarahan saluran cerna atas yang tidak disertai tanda kegawatan, pemberian transfusi PRC umumnya berdasarkan pendekatan restriktif, yakni transfusi dipertimbangkan ketika Hb berada di kisaran 7–8 g/dL. Berdasarkan penelitian meta analisis RCT menunjukkan strategi ini tidak meningkatkan

mortalitas 30 hari dan pada analisis khusus UGIB bahkan berkaitan dengan lebih rendahnya mortalitas dan *rebleeding* (Orpen-Palmer & Stanley, 2022). Hasilnya Hb naik ke 9,2 g/dL pasca-transfusi pertama dan 10,3 g/dL selanjutnya, tanpa hematemesis atau melenas berulang saat follow-up harian.

Pemberian PPI seperti omeprazole sangat tepat untuk kasus non-varises (misalnya ulkus), karena dapat membantu stabilkan gumpalan darah dan kurangi risiko perdarahan kembali pada lesi berisiko tinggi. ESGE 2021 merekomendasikan PPI dosis tinggi IV terus-menerus pasca-endoskopi, meski bolus atau oral dua kali hari dapat diberikan pada kondisi tertentu.

Dalam kasus ini, pasien menerima asam traneksamat sebagai adjuvan hemostatik, bersamaan dengan resusitasi cairan, antiemetik, dan PPI. Penggunaan asam traneksamat secara klinis umumnya karena kemampuannya menghambat fibrinolisis untuk menstabilkan bekuan darah saat perdarahan aktif (Roberts *et al.*, 2020). Namun, pada uji HALT-IT yang melibatkan lebih dari 12.000 pasien gagal menunjukkan penurunan mortalitas akibat

perdarahan GI akut, justru menemukan peningkatan risiko tromboemboli vena dan kejang (Roberts *et al.*, 2020). Tinjauan terkini mendukung bahwa asam traneksamat tidak bermanfaat dan berpotensi berbahaya, sehingga pedoman seperti ESGE 2021 secara tegas tidak merekomendasikannya untuk UGIB non-varises (Gralnek *et al.*, 2021). Sehingga, pemberian asam traneksamat perlu dievaluasi ulang berdasarkan bukti mutakhir, khususnya pada pasien lansia dengan faktor risiko vaskular (Siau *et al.*, 2022).

Terapi definitif utama untuk UGIB adalah endoskopi *esofagogastroduodenoskopi* (EGD), yang tidak hanya mengkonfirmasi sumber perdarahan tetapi juga memungkinkan hemostasis endoskopik langsung seperti kliping ulkus atau ligasi varises. Pedoman ACG 2021 serta ESGE 2021 merekomendasikan EGD dilakukan dalam waktu 24 jam setelah stabilisasi hemodinamik pada pasien rawat inap, tanpa dukungan kuat untuk endoskopi ultra-darurat (<12 jam) kecuali risiko sangat tinggi (Laine *et al.*, 2021; Gralnek *et al.*, 2021). Studi observasional terbaru memperkuat bahwa timing endoskopi 6-24 jam seringkali memberikan *outcome* lebih baik seperti mengurangi

rebleeding dan lama rawat inap dibanding penundaan >24 jam, meski manfaatnya tergantung stratifikasi risiko (Laursen *et al.*, 2019).

KESIMPULAN DAN SARAN

Laporan kasus ini menunjukkan bahwa perdarahan saluran cerna atas (UGIB) pada pasien dapat tampak membaik secara klinis (tidak ada hematemesis maupun melena berulang), namun anemia tetap dapat memburuk sehingga pemantauan hemoglobin secara serial menjadi penentu penting dalam pengambilan keputusan terapi. Pada pasien ini, penurunan Hb hingga 6,4 g/dL menjadi dasar pemberian transfusi PRC (total 3 kolf), yang diikuti perbaikan Hb dan kondisi umum, serta tidak ditemukan tanda perdarahan ulang selama pemantauan. Temuan ini menegaskan bahwa evaluasi respons terapi pada UGIB perlu menggabungkan perbaikan gejala klinis dan parameter laboratorik, bukan hanya salah satunya.

DAFTAR PUSTAKA

- Antunes, C., Tian, C., & Copelin, E. L., II. (2024, August 17). Upper gastrointestinal bleeding. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470300/>
- Cahyo, V. D., & Prasetyawati, D. (2022). Seorang Perempuan 69 Tahun dengan Hematemesis: Laporan Kasus. Proceedings of The 15th CME Faculty of Medicine UMS. <https://proceedings.ums.ac.id/kedokteran/article/view/2178>
- Gralnek, I.M. et al. (2021) 'Endoscopic diagnosis and management of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021', Endoscopy, 53(3), pp. 300–332.
- Irwandi, I., & Harahap, D. A. (2022). Anemia et Causa Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas. GALENICAL Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh, 1(4), 24. <https://doi.org/10.29103/jkkmm.v1i4.9039>
- Kemenkes RI (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/2162/2023 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Perdarahan Saluran Cerna. In Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Killeen, R. B., Kaur, A., & Afzal, M. (2025, February 26). Acute anemia. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK537232/>
- Laine, L., Barkun, A. N., Saltzman, J. R., Martel, M., & Leontiadis, G. I. (2021). ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. The American Journal of Gastroenterology, 116(5), 899–917. <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000001245>
- Laursen, S.B. et al. (2019) 'Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study', Gut, 68(5), pp. 836–843.
- Lumley, E. S., & Peter, M. B. (2021).

HAEMATEMESIS. InnovAiT, 0(0),
694–700.
<https://doi.org/10.1177/17557380211015266>

Morris, K., & Hollingworth, T. (2024).
Haematemesis and melaena – a review of
upper gastrointestinal bleeding.
Medicine.
<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.11.006>

Orpen-Palmer, J., & Stanley, A. J. (2022). Update
on the management of upper
gastrointestinal bleeding. BMJ Medicine,
1(1), e000202.
<https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000202>

Roberts, I. et al. (2020) 'Effects of a high-dose 24-
h infusion of tranexamic acid on death
and vascular occlusive events in patients
with acute gastrointestinal bleeding
(HALT-IT): an international,
randomised, double-blind trial', The
Lancet, 395(10241), pp. 1927–1936.

Rodrigues, A., Carrilho, A., Almeida, N.,
Baldaia, C., Alves, Â., Gomes, M.,
Gonçalves, L., et al. (2020).
Interventional Algorithm in
Gastrointestinal Bleeding—An expert
consensus multimodal approach based on
a multidisciplinary team. Clinical and
Applied Thrombosis/Hemostasis, 26,
1076029620931943.
<https://doi.org/10.1177/1076029620931943>

Siau, K. et al. (2022) 'Update on the management
of upper gastrointestinal bleeding', BMJ
Medicine, 1(1), e000202.

Wiranata, M. (2020). MELENA ec
GASTROPATHY NSAID.
<https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/>