Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2775-771X (Online)
ISSN 2962-570X **(Printed)**
5 (3) 2025, Page: 37265-37272

Henoch–Schönlein Purpura dengan Manifestasi Gastrointestinal Berat dan Hipertensi pada Anak: Laporan Kasus

M Irsal Arif Rais[1], Meisy Grania Amalinda[2], Wan Nedra[3]
[1]Fakultas Kedokteran, Universitas Yarsi
Corresponding Author: mirsalar321@gmail.com

Published: December, 2025

ABSTRAK

Latar Belakang: Purpura Henoch-Schönlein, yang juga dikenal sebagai Vaskulitis IgA, adalah sebuah peradangan pembuluh darah sistemik yang paling umum ditemukan pada populasi anak-anak. Penyakit ini memiliki empat gejala klasik yang khas: ruam purpura yang dapat diraba, nyeri atau radang sendi, nyeri perut, dan keterlibatan organ ginjal. Keterlibatan saluran cerna yang berat dapat menyerupai kondisi bedah abdomen darurat, sementara komplikasi ginjal berupa nefritis merupakan masalah morbiditas jangka panjang yang paling serius.

Laporan Kasus: Laporan ini menjabarkan kasus seorang pasien laki-laki berusia 11 tahun yang datang ke unit gawat darurat. Keluhan utamanya adalah nyeri perut kolik yang teramat berat selama tujuh hari, disertai mual dan muntah. Pasien juga menderita demam, nyeri di kaki saat berjalan yang merupakan tanda artralgia, dan memiliki riwayat batuk dua minggu sebelumnya. Pemeriksaan fisik mengungkapkan pasien dalam keadaan demam dengan suhu 38.7°C, menderita hipertensi dengan tekanan darah 115/98 mmHg, dan menunjukkan nyeri tekan pada abdomen. Ditemukan pula temuan khas berupa purpura teraba dengan krusta hitam di kedua kakinya. Hasil tes laboratorium mengkonfirmasi jumlah trombositnya berada dalam batas normal, yaitu 373.000/µL. Diagnosis kerja Henoch-Schönlein Purpura ditegakkan berdasarkan temuan-temuan klinis. Pasien segera diberikan tatalaksana komprehensif yang terdiri dari rehidrasi cairan, kortikosteroid methylprednisolon, antibiotik ceftriaxone, dan terapi suportif lainnya. Pasien merespons pengobatan dengan sangat baik dan menunjukkan perbaikan klinis yang signifikan; keluhan nyeri perut dan demamnya dilaporkan membaik setelah tiga hari menjalani perawatan.

Kesimpulan: Diagnosis HSP pada kasus ini ditegakkan secara klinis. Kasus ini menunjukkan manifestasi klasik berat pada saluran cerna dan kulit, diperkuat dengan temuan hipertensi yang mengindikasikan adanya komplikasi nefritis. Hitung trombosit yang normal memegang peranan penting untuk menyingkirkan diagnosis banding lainnya. Prognosis pasien ini adalah dubia ad bonam atau cenderung baik, namun pemantauan jangka panjang terhadap fungsi ginjal melalui urinalisis dan pengukuran tekanan darah secara berkala mutlak diperlukan.

Keywords: Henoch-Schönlein Purpura, Vaskulitis IgA, nyeri perut, purpura, nefritis, anak

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Atibution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

PENDAHULUAN

Purpura Henoch-Schönlein, yang kini sering disebut Vaskulitis IgA, adalah peradangan pembuluh darah sistemik yang paling sering ditemukan pada anak-anak. Kondisi ini adalah vaskulitis pembuluh darah kecil yang dimediasi oleh penumpukan kompleks imun, khususnya Immunoglobulin A. Penyebab pastinya masih belum dimengerti sepenuhnya, namun penyakit ini seringkali diawali oleh sebuah infeksi, utamanya infeksi saluran pernapasan atas, sebagaimana yang tampak pada kasus ini.

Diagnosis Purpura Henoch-Schönlein ditegakkan melalui gambaran klinis yang didasarkan pada kriteria yang telah ada. Kriteria ini mengharuskan adanya purpura yang dapat diraba sebagai gejala wajib, terutama di tungkai bawah dan bokong. Gejala ini harus disertai setidaknya satu dari manifestasi lainnya, seperti nyeri perut difus, radang sendi atau artralgia, atau gangguan ginjal yang biasanya ditandai dengan hematuria atau proteinuria. Temuan jumlah trombosit yang normal pada hasil laboratorium merupakan faktor penting untuk membedakan penyakit ini dari purpura lain yang disebabkan oleh trombositopenia, misalnya Immuno Thrombocytopenic Purpura atau Demam Berdarah Dengue.

Walaupun Purpura Henoch-Schönlein pada umumnya dapat sembuh dengan sendirinya, komplikasi yang serius dapat berkembang pada sistem pencernaan dan ginjal. Keterlibatan saluran cerna

dialami oleh sebagian besar pasien, bermanifestasi sebagai nyeri perut yang bersifat kolik, mual, muntah, dan terkadang perdarahan gastrointestinal. Pada kasus yang parah, nyeri perut ini bisa menyerupai gambaran kondisi bedah darurat abdomen dan memiliki risiko komplikasi berupa intususepsi atau pelipatan usus.

Komplikasi yang paling dikhawatirkan dan menjadi penentu prognosis jangka panjang adalah nefritis Henoch-Schönlein Purpura. Keterlibatan ginjal ini terjadi pada sekitar 30 hingga 50 persen kasus. Spektrumnya bervariasi, mulai dari hematuria dan proteinuria ringan hingga sindrom nefritik atau nefrotik yang berat. Tekanan darah tinggi atau hipertensi, sebagaimana ditemukan pada pasien dalam laporan ini, adalah salah satu tanda klinis utama yang menunjukkan adanya gangguan pada ginjal.

Laporan kasus ini menganalisis diagnosis dan tatalaksana komprehensif Purpura Henoch-Schönlein pada anak laki-laki 11 tahun yang datang dengan manifestasi gastrointestinal berat dan hipertensi sebagai tanda komplikasi nefritis. Kasus ini menyoroti pentingnya diagnosis klinis yang cermat, peran terapi suportif serta kortikosteroid, dan urgensi pemantauan ginjal jangka panjang untuk mencegah kerusakan permanen.

Penatalaksanaan Purpura Henoch-Schönlein (Vaskulitis IgA) pada anak pada prinsipnya bersifat individual dan disesuaikan dengan derajat keparahan manifestasi klinis yang muncul. Pada sebagian besar kasus ringan, terutama yang hanya menunjukkan purpura kulit dan artralgia tanpa keterlibatan organ vital, terapi suportif sudah memadai. Terapi ini meliputi tirah baring relatif, hidrasi adekuat, serta pemberian analgesik seperti parasetamol untuk mengontrol nyeri. Penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid perlu dipertimbangkan secara hati-hati, terutama bila terdapat kecurigaan keterlibatan ginjal, karena dapat memperburuk fungsi ginjal.

Pada kasus yang dilaporkan ini, pasien menunjukkan manifestasi gastrointestinal berat disertai hipertensi, yang mengarah pada keterlibatan ginjal sebagai komplikasi utama. Kondisi tersebut menempatkan pasien dalam kategori Purpura Henoch-Schönlein derajat sedang hingga berat, sehingga membutuhkan pendekatan terapeutik yang lebih agresif dan pemantauan ketat. Kortikosteroid sistemik menjadi terapi utama pada kondisi ini, terutama untuk mengurangi inflamasi vaskular, memperbaiki gejala nyeri perut, dan mencegah progresivitas komplikasi ginjal.

Pemberian kortikosteroid, seperti prednison atau metilprednisolon, telah terbukti secara klinis efektif dalam meredakan nyeri perut yang berat dan mengurangi edema dinding usus pada pasien dengan keterlibatan gastrointestinal. Meskipun peran kortikosteroid dalam mencegah nefritis jangka panjang masih menjadi perdebatan, pada pasien dengan tanda awal gangguan ginjal, terapi ini dianggap bermanfaat untuk menekan proses inflamasi imunologis yang mendasarinya. Pada pasien dalam laporan kasus ini, penggunaan kortikosteroid menunjukkan perbaikan gejala sistemik, penurunan nyeri perut, serta stabilisasi tekanan darah.

Hipertensi pada Vaskulitis IgA merupakan tanda klinis penting yang mencerminkan keterlibatan ginjal dan harus ditangani secara serius. Penatalaksanaan hipertensi pada anak dengan nefritis Henoch-Schönlein melibatkan kombinasi kontrol cairan, pembatasan asupan natrium, serta penggunaan obat antihipertensi bila diperlukan. Golongan penghambat enzim pengonversi angiotensin (ACE inhibitor) atau angiotensin receptor blocker (ARB) sering menjadi pilihan utama, terutama bila disertai proteinuria, karena memiliki efek protektif terhadap ginjal. Pengendalian tekanan darah yang optimal sangat penting untuk mencegah progresi kerusakan ginjal jangka panjang.

Evaluasi laboratorium secara serial merupakan bagian integral dari penatalaksanaan dan pemantauan pasien dengan Purpura Henoch-Schönlein. Pemeriksaan urin rutin untuk mendeteksi hematuria dan proteinuria, pengukuran fungsi ginjal melalui kadar ureum dan kreatinin serum, serta pemantauan tekanan darah secara berkala harus dilakukan selama fase akut dan dilanjutkan pada periode tindak lanjut. Pada sebagian pasien, manifestasi ginjal dapat muncul beberapa minggu hingga bulan setelah gejala awal, sehingga pemantauan jangka panjang menjadi sangat krusial meskipun gejala klinis telah membaik.

Selain kortikosteroid, terapi imunosupresif lain seperti azatioprin, siklofosfamid, atau mikofenolat mofetil dapat dipertimbangkan pada kasus nefritis berat yang tidak responsif terhadap kortikosteroid atau pada pasien dengan gambaran histopatologis ginjal yang berat. Namun, keputusan untuk menggunakan terapi ini harus didasarkan pada evaluasi menyeluruh oleh tim multidisiplin,

termasuk dokter spesialis anak dan nefrologi anak, serta mempertimbangkan risiko dan manfaat jangka panjang.

Aspek edukasi kepada pasien dan keluarga juga memiliki peran penting dalam tatalaksana Purpura Henoch-Schönlein. Orang tua perlu diberikan pemahaman bahwa meskipun sebagian besar kasus memiliki prognosis yang baik, penyakit ini dapat bersifat kambuhan dan memiliki risiko komplikasi ginjal jangka panjang. Edukasi mengenai tanda bahaya, seperti pembengkakan pada wajah atau ekstremitas, penurunan jumlah urin, urin berwarna kemerahan, atau peningkatan tekanan darah, sangat penting agar keluarga dapat segera mencari pertolongan medis bila gejala tersebut muncul.

Dari sudut pandang prognostik, keterlibatan ginjal merupakan faktor penentu utama luaran jangka panjang pada pasien dengan Vaskulitis IgA. Sebagian besar anak dengan hematuria atau proteinuria ringan akan mengalami perbaikan spontan tanpa sisa, namun sebagian kecil dapat berkembang menjadi penyakit ginjal kronik. Risiko ini meningkat pada pasien dengan proteinuria berat, sindrom nefrotik, hipertensi persisten, atau penurunan fungsi ginjal sejak awal perjalanan penyakit. Oleh karena itu, pasien dalam laporan kasus ini memerlukan tindak lanjut jangka panjang hingga beberapa tahun setelah episode akut, bahkan bila kondisi klinis telah stabil.

Kasus ini juga menegaskan pentingnya pendekatan klinis yang komprehensif dan kewaspadaan tinggi terhadap komplikasi sistemik pada Purpura Henoch-Schönlein. Manifestasi gastrointestinal berat yang menyerupai abdomen akut dapat menimbulkan tantangan diagnostik dan berpotensi menyebabkan intervensi bedah yang tidak perlu bila tidak dikenali dengan baik. Oleh karena itu, korelasi yang cermat antara gambaran klinis, riwayat penyakit, dan hasil pemeriksaan penunjang sangat diperlukan untuk menegakkan diagnosis secara tepat dan menentukan tatalaksana yang optimal.

Secara keseluruhan, laporan kasus ini menggambarkan bahwa Purpura Henoch-Schönlein bukanlah sekadar penyakit kulit yang jinak, melainkan suatu vaskulitis sistemik dengan potensi komplikasi serius, khususnya pada ginjal. Diagnosis dini, penatalaksanaan yang tepat sesuai derajat keparahan, serta pemantauan jangka panjang merupakan kunci utama dalam mencegah morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif, sebagian besar anak dengan Vaskulitis IgA dapat mencapai luaran klinis yang baik tanpa gangguan fungsi organ permanen.

METODE

Penelitian ini merupakan studi deskriptif observasional dengan desain laporan kasus (case report) yang bertujuan untuk menggambarkan secara komprehensif proses diagnosis, tatalaksana, dan luaran klinis pada pasien anak dengan Purpura Henoch-Schönlein (Vaskulitis IgA) yang disertai manifestasi gastrointestinal berat dan tanda keterlibatan ginjal berupa hipertensi. Pendekatan ini dipilih untuk memberikan gambaran mendalam mengenai perjalanan penyakit serta pertimbangan klinis dalam penatalaksanaan kasus yang relatif jarang dengan komplikasi sistemik. Subjek penelitian adalah seorang pasien anak laki-laki berusia 11 tahun, inisial An. MFI, yang datang ke Instalasi Gawat Darurat RS POLRI dengan keluhan utama nyeri perut hebat hilang timbul disertai muntah, demam, dan riwayat ruam purpura pada ekstremitas bawah. Pemilihan subjek dilakukan secara purposive berdasarkan kesesuaian dengan kriteria klinis Purpura Henoch-Schönlein serta kelengkapan data klinis dan penunjang selama perawatan di rumah sakit.

Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dan prospektif melalui anamnesis terarah, pemeriksaan fisik menyeluruh, serta pemeriksaan penunjang laboratorium yang tercatat dalam rekam medis pasien. Anamnesis dilakukan dengan menggali riwayat keluhan utama, perjalanan penyakit, gejala penyerta, riwayat infeksi sebelumnya, serta riwayat kekambuhan gejala serupa. Informasi diperoleh langsung dari pasien dan orang tua sebagai sumber data primer. Data sekunder diperoleh dari catatan medis selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit. Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis meliputi penilaian status umum, kesadaran, tanda-tanda vital, status gizi berdasarkan pengukuran antropometri, serta pemeriksaan organ sistemik dengan fokus pada abdomen, kulit, dan ekstremitas. Pemeriksaan kulit difokuskan untuk mengidentifikasi karakteristik purpura, meliputi distribusi, bentuk, jumlah, dan adanya krusta atau tanda inflamasi lain. Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menilai distensi, bising usus, serta adanya nyeri tekan yang mendukung keterlibatan gastrointestinal. Pemeriksaan tekanan darah dilakukan secara berkala untuk menilai kemungkinan keterlibatan ginjal.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan meliputi pemeriksaan darah lengkap untuk menilai kadar hemoglobin, leukosit, trombosit, dan hematokrit, pemeriksaan kimia darah untuk menilai elektrolit serta fungsi ginjal melalui kadar ureum dan kreatinin serum, serta pemeriksaan urinalisis lengkap untuk mendeteksi adanya hematuria, proteinuria, atau kelainan sedimen urin lainnya. Hasil pemeriksaan laboratorium digunakan untuk mendukung diagnosis, menyingkirkan diagnosis banding seperti purpura trombositopenik dan infeksi dengue, serta menilai adanya komplikasi ginjal. Diagnosis kerja Purpura Henoch-Schönlein ditegakkan berdasarkan kriteria klinis yang mencakup adanya purpura yang dapat diraba tanpa trombositopenia, disertai manifestasi gastrointestinal berupa nyeri perut berat dan riwayat artralgia, serta didukung oleh hasil laboratorium yang menunjukkan jumlah trombosit normal dan tidak ditemukan penyebab lain yang lebih sesuai. Penegakan diagnosis dilakukan secara klinis tanpa pemeriksaan histopatologi, mengingat gambaran klinis yang khas dan respon terapi yang sesuai.

Penatalaksanaan pasien dicatat sebagai bagian dari data penelitian, meliputi terapi cairan intravena, pemberian obat simptomatik berupa antipiretik dan analgetik, serta terapi kortikosteroid sistemik. Evaluasi klinis dilakukan setiap hari selama masa perawatan dengan memantau perbaikan gejala demam, nyeri perut, kondisi kulit, serta stabilitas tanda vital. Lama rawat inap dan respons terhadap terapi menjadi bagian dari penilaian luaran klinis jangka pendek. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif, dengan menyajikan data klinis pasien secara naratif dan sistematis. Data dianalisis dengan membandingkan temuan klinis dan perjalanan penyakit pasien dengan literatur terkini mengenai Purpura Henoch-Schönlein pada anak, khususnya terkait manifestasi gastrointestinal dan risiko komplikasi ginjal. Hasil analisis digunakan untuk menyoroti aspek diagnostik, tatalaksana, serta pentingnya pemantauan lanjutan.

Penelitian ini memperhatikan prinsip etika penelitian medis, dengan menjaga kerahasiaan identitas pasien melalui penggunaan inisial dan tidak mencantumkan data pribadi yang dapat mengungkap identitas subjek. Penulisan laporan kasus ini bertujuan murni untuk kepentingan ilmiah dan edukatif, serta diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pemahaman klinis dan pengelolaan Purpura Henoch-Schönlein pada populasi anak.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pasien datang ke IGD RS POLRI dengan keluhan utama nyeri perut hebat yang bersifat hilang timbul. Nyeri ini berlangsung sekitar lima hingga sepuluh menit setiap kali kambuh dan sudah dialami selama tujuh hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri tersebut sangat berat hingga pasien tidak bisa beraktivitas dan tidak membaik dengan perubahan posisi. Gejala penyertanya meliputi mual dan muntah tiga kali sehari yang berisi sisa makanan serta cairan kuning, dan pasien juga melaporkan belum buang air besar selama seminggu. Pasien mengalami demam yang naik turun, serta ruam merah di kaki yang terasa panas dan nyeri, terutama saat berjalan, selain adanya ruam kulit lain yang sudah membaik. Pasien tercatat pernah mengunjungi IGD yang sama satu minggu sebelumnya dengan keluhan nyeri perut dan demam, dan beberapa hari sebelumnya juga mengalami demam dan batuk.

Rangkaian riwayat penyakit pasien menunjukkan tiga gejala khusus dari Purpura Henoch-Schönlein, yaitu nyeri perut hebat yang bersifat kolik disertai mual dan muntah. Selain itu, terdapat tanda-tanda inflamasi seperti demam naik turun yang didahului oleh batuk sebagai infeksi pemicu. Ditemukan pula ruam kulit yang sudah mengering serta nyeri seperti terbakar saat berjalan, yang juga merupakan manifestasi khas dari penyakit ini. Saat pemeriksaan fisik di UGD, pasien tampak sakit sedang namun kesadarannya penuh. Pasien teridentifikasi demam dengan suhu 38.7°C, laju napas 26 kali per menit, tekanan darah 115/98 mmHg, denyut nadi 77 kali per menit, dan saturasi oksigen 99%. Status gizi pasien tergolong baik. Pemeriksaan abdomen menunjukkan perut datar dan bising usus normal, tetapi ditemukan nyeri tekan saat diraba. Temuan klinis yang paling menonjol adalah pada kulit kedua kaki, di mana terlihat jelas adanya purpura multipel atau lesi keunguan. Lesi ini bervariasi bentuknya dari numular hingga plakat, tersebar secara difus dan sebagian menyatu, serta disertai dengan krusta berwarna hitam.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 16.3 gr/dl, leukosit 8.580 × 10^9/μL, hematokrit 46%, trombosit 373.000 μL, dan eritrosit 5.41 × 10^9/μL. Pemeriksaan kimia darah dan elektrolit juga menunjukkan Gula Darah Sewaktu 87 mg/dl, Natrium 134 mmol/L, Kalium 4.1

mmol/L, serta Klorida 100 mmol/L. Ureum 25 mg/dl, kreatinin 0.7 mg/dl. Urinalisis; warna: kuning, kejernihan: jernih, pH: 6.0, berat jenis: 1.015, Protein: Negatif, Glukosa: Negatif, Keton: Negatif, Bilirubin: Negatif, Urobilinogen: Normal, Nitrit: Negatif, Leukosit (Sel Darah Putih): 0 - 1 /LPB (Rujukan: < 5), Eritrosit (Sel Darah Merah): 1 - 2 /LPB (Rujukan: < 3), Sel Epitel: 1 - 3 /LPB (Positif rendah, normal), Silinder: Negatif /LPK, Kristal: Negatif, Bakteri: Negatif. Tidak tampak adanya tanda infeksi ataupun perubahan lain yang berarti dari hasil tersebut. **1. Diagnosis dan Temuan Klinis**

Penegakan diagnosis Henoch-Schonlein Purpura didasarkan pada kombinasi riwayat pasien, temuan pemeriksaan fisik, serta hasil laboratorium. Gejala-gejala khasnya meliputi nyeri perut kolik, ruam kulit yang teraba, nyeri sendi, dan adanya darah dalam urin atau hematuria. Riwayat penyakit yang perlu digali mencakup infeksi saluran napas atas satu hingga tiga minggu sebelumnya, riwayat penyakit ginjal atau vaskulitis, serta riwayat alergi atau autoimun. Pemeriksaan penunjang akan menilai beberapa hal, seperti jumlah trombosit yang normal, adanya hematuria dan proteinuria melalui urinalisis, serta kemungkinan pengujian komplemen C3.

Pada kasus ini, pasien menunjukkan gejala nyeri perut kolik dan memiliki nyeri tekan saat pemeriksaan fisik. Ruam kulit ditemukan di tungkai bawah serta lengan, disertai rasa nyeri ketika pasien berjalan. Pasien juga mengeluh demam, yang merupakan respons tubuh terhadap peradangan yang sedang aktif. Diketahui pasien memiliki riwayat batuk dan demam dua minggu sebelum dirawat. Temuan trombosit yang normal, yaitu 373.000 per mikroliter, mengindikasikan bahwa purpura tersebut bukan diakibatkan oleh kekurangan trombosit, tidak seperti pada kasus Demam Berdarah Dengue atau Immuno Thrombocytopenic Purpura. Pemeriksaan lanjutan yang dapat dilakukan adalah urinalisis untuk mendeteksi adanya komplikasi pada ginjal. Pemeriksaan komplemen C3 tidak dilakukan karena fasilitas tidak tersedia di rumah sakit. Keluhan nyeri kolik abdomen membaik setelah diberikan tatalaksana dan keluhan pada BAB disangkal, gejala khas appendicitis di sangkal sehingga pemeriksaan USG Abdomen dapat ditunda.

2. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Purpura Henoch-Schönlein bergantung pada sistem organ mana yang terdampak, baik itu kulit, sendi, saluran cerna, maupun ginjal. Untuk keterlibatan kulit, terapi standarnya adalah Prednison 1 mg per kilogram berat badan per hari yang dibagi dalam dua dosis selama 14 hari. Dosis ini kemudian diturunkan bertahap menjadi 0,5 mg per kilogram berat badan per hari selama satu minggu, lalu dilanjutkan 0,5 mg per kilogram berat badan sekali sehari. Apabila kelainan kulitnya berat, dapat dipertimbangkan pemberian kortikosteroid sistemik atau imunosupresif yang lebih kuat, contohnya azatioprin, metotreksat, atau siklofosfamid. Untuk gejala persendian, penanganannya mencakup Asetaminofen 10 hingga 15 mg per kilogram berat badan per dosis setiap 6 jam, atau obat AINS seperti Naproksen 10 hingga 20 mg per kilogram berat badan per hari dengan batas maksimal 1 gram, dibagi dalam dua dosis. Pilihan lain AINS adalah Ibuprofen 30 hingga 40 mg per kilogram berat badan per hari, dengan batas maksimal 2.400 mg, yang dibagi dalam tiga sampai empat dosis. Aspirin tidak dianjurkan, dan AINS tidak boleh digunakan jika terdapat insufisiensi ginjal

Penanganan untuk saluran cerna dibedakan menurut tingkat keparahannya. Kasus ringan diobati dengan Prednison 2 mg per kilogram berat badan per hari selama 2 minggu, sudah termasuk proses penurunan dosis bertahap. Kasus yang berat membutuhkan Metilprednisolon dosis tinggi 30 mg per kilogram berat badan per hari, dengan batas 1 gram, yang diberikan secara intravena selama 3 hari berturut-turut. Terapi ini dilanjutkan dengan prednison 40 mg per meter persegi luas permukaan tubuh per hari selama 1 minggu. Jika gejala masih berlanjut, pasien diberikan Mikofenolat mofetil 30 mg per kilogram berat badan per hari.

Tatalaksana untuk Nefritis HSP dimulai dengan pemberian Prednisolon oral 1,5 mg per kilogram berat badan per hari, yang dibagi dalam tiga dosis selama dua minggu. Jika pasien menderita proteinuria yang resisten, terapi dilanjutkan dengan Methylprednisolon pulse 15 hingga 30 mg per kilogram berat badan per hari, dengan dosis maksimal 0,5 gram, selama tiga hari. Pemberian ini diulang setiap dua minggu berturut-turut sebanyak empat hingga enam kali. Apabila proteinuria masih juga resisten, tersedia dua pilihan terapi: Siklofosfamid, mengikuti Protokol vaskulitis Birmingham, atau Mikofenolat Mofetil. Dosis Mikofenolat Mofetil adalah 20 hingga 25 mg per kilogram berat badan per hari secara oral, dibagi menjadi dua dosis pagi dan sore saat perut kosong, selama enam bulan. Obat ini kemudian diturunkan dosisnya selama 10 hingga 15 bulan jika proteinuria sudah negatif. Terapi Mikofenolat Mofetil ini juga digabungkan dengan Prednison 2 mg per kilogram berat badan per hari secara oral selang sehari selama empat hingga enam minggu, yang kemudian juga diturunkan dosisnya bertahap.

Pada kasus ini, pasien spesifik tersebut menerima terapi yang mencakup cairan infus D5 seperempat normal saline sebanyak 1200cc selama 24 jam. Pasien juga menerima paracetamol 400mg akan diberikan melalui infus drip apabila suhu tubuhnya melebihi 37.5°C. Untuk pengobatan oral, pasien diberikan methylprednisolon 8mg dengan jadwal minum pagi dua, siang satu, dan malam satu.. Pasien menunjukkan kemajuan klinis yang berarti dalam dua hari tanda-tanda vitalnya stabil, nyeri perutnya berkurang, dan demamnya menurun.

3. Analisis Penyebab dan Pencegahan

Vaskulitis IgA atau Purpura Henoch-Schönlein bukanlah penyakit menular, melainkan sebuah reaksi autoimun atau respons imun yang berlebihan. Pada sekitar 50 hingga 70 persen kasus anak, penyakit ini dipicu oleh infeksi yang terjadi satu sampai tiga minggu sebelumnya. Kasus ini sesuai dengan pola tersebut, karena pasien memiliki riwayat demam dan batuk tiga hari sebelumnya. Infeksi saluran napas atas merupakan pemicu yang paling umum, di mana sistem imun yang seharusnya melawan infeksi tersebut malah "salah sasaran" dan menyerang pembuluh darah kecilnya sendiri.

Strategi pencegahan pada Vaskulitis IgA tidak berfokus pada pencegahan penyakit itu sendiri, karena pemicunya adalah infeksi yang umum. Sebaliknya, fokus utama adalah pada pencegahan komplikasi serius. Pencegahan primer, atau upaya mencegah penyakit pertama kali terjadi, tidak dapat dilakukan. Hal ini karena pemicunya adalah infeksi umum seperti radang tenggorokan atau batuk pilek, dan respons imun setiap anak berbeda, sehingga tidak ada cara spesifik untuk mencegah episode pertama terjadi. Pencegahan sekunder dan tersier adalah yang paling krusial, yang bertujuan untuk mencegah komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Pencegahan komplikasi gastrointestinal akut berfokus pada risiko intususepsi, yaitu kondisi usus terlipat yang merupakan darurat bedah, yang bisa dipicu oleh nyeri perut hebat akibat vaskulitis usus. Pasien dengan nyeri perut hebat seperti ini harus diobservasi ketat di rumah sakit. Dokter akan memantau karakteristik nyeri dan mungkin melakukan USG Abdomen untuk memastikan tidak ada intususepsi.

Selanjutnya, pencegahan komplikasi ginjal jangka panjang adalah yang paling serius. Komplikasi ini berupa Nefritis, atau peradangan ginjal akibat deposit IgA, yang terjadi pada sekitar 30 hingga 50 persen pasien dan sebagian kecil dapat berkembang menjadi penyakit ginjal kronis atau gagal ginjal. Keterlibatan ginjal seringkali tidak bergejala. Satu-satunya cara mendeteksinya adalah melalui Urinalisis rutin, yang merupakan tindakan pencegahan terpenting. Pasien harus memantau urinnya secara berkala, misalnya mingguan selama bulan pertama, lalu bulanan, dan kemudian setiap tiga sampai enam bulan, untuk mencari proteinuria atau hematuria. Selain itu, pemantauan tekanan darah juga penting, karena hipertensi bisa menjadi tanda awal gangguan ginjal. Terakhir adalah pencegahan kekambuhan. Penyakit ini dapat kambuh pada sekitar 30 persen pasien, biasanya dalam beberapa bulan pertama. Pencegahan kekambuhan sulit dilakukan, namun umumnya disarankan untuk menjaga kesehatan umum dan segera mengobati jika terjadi infeksi baru untuk mengurangi risiko terpicunya vaskulitis kembali.

4. Prognosis

Prognosis pasien ini dinilai dubia ad bonam, karena pasien menunjukan tanda gejala khas HSP, namun tatalaksana yang cepat dan tepat pada pasien dan pasien menunjukkan respons yang baik terhadap terapi sistemik. Prognosis buruk dapat terjadi jika terjadi komplikasi ginjal ditandai dengan terdapat hematuria, priteinuria, dan gagal ginjal akut atau kronis

KESIMPULAN

Kasus ini menjabarkan sebuah laporan mengenai Henoch-Schönlein Purpura, yang juga disebut Vaskulitis IgA, pada seorang pasien laki-laki berusia 11 tahun, An. MFI. Diagnosis ditegakkan berdasarkan kumpulan temuan klinis klasik yang saling mendukung. Temuan ini meliputi keluhan utama nyeri perut kolik yang hebat akibat vaskulitis gastrointestinal, temuan fisik berupa purpura teraba di kedua kaki yang disertai krusta hitam, dan riwayat artralgia atau nyeri saat berjalan. Manifestasi klinis ini timbul setelah pasien mengalami demam dan batuk, yang diyakini sebagai infeksi pemicu respons autoimun.

Temuan penting lain dari pemeriksaan fisik adalah demam dengan suhu 38.7°C, nyeri tekan pada perut, dan tekanan darah tinggi 115/98 mmHg. Hipertensi ini sangat mengindikasikan adanya komplikasi peradangan ginjal yang disebut nefritis. Hasil laboratorium yang menunjukkan trombosit normal sebesar 373.000/µL menjadi poin diagnostik krusial. Temuan ini membantu menyingkirkan diagnosis banding seperti ITP atau DBD, sekaligus mengkonfirmasi bahwa purpura tersebut disebabkan oleh vaskulitis dan bersifat non-trombositopenik.

Penatalaksanaan komprehensif diberikan dengan fokus pada obat anti-inflamasi yaitu kortikosteroid methylprednisolon, rehidrasi cairan melalui infus D5 seperempat normal saline, antibiotik ceftriaxone, dan terapi suportif paracetamol. Pasien memberikan respons yang baik terhadap pengobatan, yang ditandai dengan membaiknya keluhan nyeri perut dan demam sesudah tiga hari dirawat.

Prognosis pasien ini dinilai dubia ad bonam, yang artinya cenderung baik. Walaupun begitu, ditekankan pentingnya mencegah komplikasi jangka panjang. Hal ini dilakukan melalui pemantauan ketat terhadap risiko intususepsi, baik melalui observasi klinis maupun USG, serta deteksi dini nefritis melalui pemantauan tekanan darah dan urinalisis secara berkala.

REFERENSI

Abadiyah, A. K. (2021). The Effect of Leadership Style on Employee Job Satisfaction at Pt Columbia Palu Branch. *Journal of Management Sinar*,*8* (1), 7-13. Https://Doi.Org/10.56338/Jsm.V8i1.1429

Castañeda, S., Quiroga-Colina, P., Floranes, P., Uriarte-Ecenarro, M., Valero-Martínez, C., Vicente-Rabaneda, E. F., & González-Gay, M. A. (2024). IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein Purpura): An Update on Treatment. *Journal of clinical medicine*, *13*(21), 6621.

Davin, J.C. and Coppo, R. (2014) 'Henoch-Schönlein purpura nephritis in children', *Nature Reviews Nephrology*, 10(9), pp. 503–513.

Garna, H. and Nataprawira, H.M. (eds.) (2014) *Pedoman diagnosis dan terapi ilmu kesehatan anak*. 5th edn. Bandung: Departemen/SMF Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/RSUP Dr. Hasan Sadikin.

Heineke, M.H., Ballering, A.V., Jamin, A. *et al.* (2017) 'New insights in the pathogenesis of IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura)', *Autoimmunity Reviews*, 16(12), pp. 1246–1253.
IDAI (2011) *Pedoman Pelayanan Medis*. 2nd edn. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
Kliegman, R.M., St. Geme, J.W., Blum, N.J. *et al.* (eds.) (2020) *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st edn. Philadelphia, PA: Elsevier.
Ozen, S., Marks, S.D., Brogan, P. *et al.* (2019) 'European consensus-based recommendations for the management of IgA vasculitis in children', *Rheumatology (Oxford)*, 58(7), pp. 1167–1178.
Roache-Robinson P, Killeen RB, Hotwagner DT. IgA Vasculitis (Henoch-Schönlein Purpura) [Updated 2023 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-.
Sondheimer, J.M. (2008) *CURRENT essentials: Pediatrics*. New York: McGraw-Hill Medical.
Sugianti, I., Akib, A.A. and Soedjatmiko (2014) 'Karakteristik Purpura Henoch-Schönlein pada anak di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo', *Sari Pediatri*, 16(2), pp. 128–135.
Trnka, P. (2013) 'Henoch-Schönlein purpura in children', *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(12), pp. 995–1003.